



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione**

**Corso di laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche**

**Elaborato Finale**

**Teorie e Interventi Secondo  
l'Approccio "Social Recovery":  
Una Revisione Sistemica della Letteratura**

**Theories and Interventions According to the  
"Social Recovery" Approach:  
A Systematic Literature Review**

*Relatrice*

**Prof.ssa Elena Faccio  
Dipartimento di Filosofia, Sociologia,  
Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA)**

*Laureanda: Lucia Falcioni  
Matricola: 2012704*

Anno Accademico 2022/2023

# Contenuti

<b>1. Introduzione.....</b>	<b>2</b>
<b>1.1 Il concetto di <i>recovery</i> .....</b>	<b>2</b>
<b>1.2 L'evoluzione del costrutto di <i>social recovery</i>.....</b>	<b>3</b>
<b>1.3 Obiettivi dell'elaborato .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Metodi.....</b>	<b>5</b>
<b>2.1 Metodi e strategia di ricerca .....</b>	<b>5</b>
<b>2.2 Criteri di inclusione .....</b>	<b>5</b>
<b>2.3 Criteri di esclusione .....</b>	<b>6</b>
<b>2.4 Studi selezionati .....</b>	<b>6</b>
<b>2.5 Caratteristiche degli studi.....</b>	<b>8</b>
<b>3. Risultati .....</b>	<b>13</b>
<b>3.1 Descrizione dei temi.....</b>	<b>13</b>
<b>3.2 I modelli teorici del costrutto di <i>social recovery</i>.....</b>	<b>13</b>
3.2.1 Approcci multifattoriali .....	14
3.2.2 Approcci socio-funzionali .....	16
3.2.3 Approcci relazionali e basati sul contesto .....	18
<b>3.3 Le pratiche di intervento.....</b>	<b>21</b>
<b>4. Discussione e considerazioni conclusive .....</b>	<b>26</b>
<b>4.1 Implicazioni per la ricerca e la pratica .....</b>	<b>26</b>
<b>4.2 Limitazioni e sviluppi futuri .....</b>	<b>27</b>
<b>4.3 Conclusione .....</b>	<b>27</b>
<b>5. Riferimenti Bibliografici .....</b>	<b>29</b>

# 1. Introduzione

## 1.1 Il concetto di *recovery*

Il concetto di *recovery* in psicopatologia è di difficile definizione in quanto profondamente legato alla concettualizzazione complessa e dai contorni ambigui di salute e malattia. Tradizionalmente, la ricerca e le politiche sociali hanno impiegato una visione bio-medica di malattia mentale, che inserisce il malessere psicologico entro diagnosi cliniche e vede il costrutto di *recovery* in ottica di riduzione dei sintomi (Vera San Juan, et al., 2021). Questa prospettiva è chiamata *clinical recovery* e si focalizza sulla riduzione dei sintomi clinici della psicopatologia, con l'obiettivo di portare l'individuo ad una situazione tanto più vicina a quella in cui era vissuto prima della diagnosi. Questo tipo di concezione è stato per molto tempo alla base di modelli e strumenti di raccolta dati usati nella ricerca epidemiologica (Vera San Juan, et al., 2021).

Tuttavia, nuove interpretazioni di malattia e *recovery* si sono sviluppate in letteratura dalla fine del secolo scorso. A partire da movimenti sociali come il *survivor movement* per i sopravvissuti psichiatrici, e da nuove evidenze scientifiche, la visione di *recovery* si è sviluppata tramite l'inclusione di obiettivi e significati individuali. Il focus si è spostato dalla riduzione di sintomi alla conquista di una vita soddisfacente, indipendentemente dalla presenza di sintomi. Questo approccio ha preso il nome di *personal recovery*. Una delle definizioni più influenti di quest'approccio viene da Anthony (1993):

*“A deeply personal, unique process of changing one’s attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one’s life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness”*  
(Anthony, 1993, p. 15).

Questa definizione mette l'individuo *consumer* di servizi al centro del processo di *recovery*, e non implica l'eliminazione dei sintomi, ma considera la psicopatologia come parte accettabile di una persona. Questa definizione è divenuta uno degli approcci più influenti nella ricerca, nelle politiche sociali, e nello sviluppo di servizi *recovery-oriented* per la cura di psicopatologie (Norton & Swords, 2021).

In tempi più recenti anche questo approccio è stato soggetto a critiche per la sua natura individualista, che privilegia punti di vista occidentali, e per la limitata inclusione

del ruolo dell'altro – la famiglia, la comunità, la società intera – nel processo di *recovery*. Nella prospettiva individualista, l'essere umano è considerato come un'entità autosufficiente, autodeterminata e indipendente. Ciò pone nell'individuo con psicopatologie l'onore ultimo di *recovery* e del reinserimento nella società, oscurando il ruolo che ricoprono i contesti familiari, sociali, economici e politici (Price-Robertson, Obradovic, & Morgan, 2017). L'aspetto sociale, relazionale e di interconnessione tra individui affetti da psicopatologie e ambiente è uno degli aspetti più recenti in cui la letteratura si sta confrontando, evolvendosi sempre più verso la centralità di questi aspetti. In quest'ottica si inserisce l'evoluzione di un terzo tipo di *recovery*, chiamato *social recovery*.

## **1.2 L'evoluzione del costrutto di *social recovery***

Seguendo in modo quasi parallelo lo sviluppo del costrutto di *recovery*, il termine *social recovery* è stato usato nel tempo per definire concetti a tratti correlati e a tratti contrapposti tra loro. Quando inizialmente veniva privilegiata l'ottica clinica, il concetto di *social recovery* è stato introdotto per indicare il recupero di funzionalità sociali, che in principio includevano solamente l'impiego lavorativo e una situazione abitativa stabile e indipendente. Con l'avvento del *survivor movement*, il termine *social recovery* è stato utilizzato, in modo talvolta ambiguo, come sinonimo di *personal recovery* oppure come un sottoinsieme di questo. Secondo questa linea teorica, il costrutto di *social recovery* non comprende più soltanto lavoro, abitazione e funzionalità sociali, ma anche un insieme di elementi derivanti dalla sfera sociale come capitale sociale, ruoli sociali e attività sociali.

Più recentemente, si sono sviluppate visioni alternative che sostengono la necessità di individuare con maggior precisione ed efficacia il ruolo delle relazioni e del contesto nei processi di *recovery*. Come fa notare Ramon (2018), in un articolo fondante del nuovo approccio di *social recovery*, nella definizione di *personal recovery* presentata da Anthony c'è solo un elemento, '*contributing life*', che fa riferimento indirettamente alla dimensione sociale. Implicitamente, quindi, sembra assumere che sia possibile realizzare una vita personalmente significativa senza una significativa interazione con la dimensione sociale (Ramon, 2018). In contrapposizione a questa visione, sempre più autori hanno sottolineato come il sociale debba considerato l'aspetto fondante del processo di *recovery*.

È su queste premesse che la letteratura ha iniziato ad indagare un nuovo costrutto di *social recovery*:

*“As distinct from personal recovery, yet inter-related to it, social recovery includes the components of interdependence with others, connectedness, recovery capital and social capital, as well as the impact of collective culture and the structural elements of our socio-economic-political system. To add to the complexity, the impact of each element on one’s identity, in interaction with how one is seen by others, needs to be taken into account”* (Ramon, 2018).

In questa nuova concettualizzazione si inseriscono approcci di *social recovery* che evidenziano ancor di più l’importanza della sfera sociale come la *relational recovery*, che vede il processo di *recovery* come relazionale e fondato nella costruzione dinamica di nuove narrazioni e identità. (Price-Robertson, Obradovic, & Morgan, 2017)

### **1.3 Obiettivi dell’elaborato**

Negli ultimi due decenni si è affermato sempre di più il bisogno di rivalutare la posizione che il sociale occupa nelle politiche e negli interventi di *recovery*: *“There is an increasing recognition that experiences with mental health challenges are intrinsically social and a developing focus on social recovery”* (Marino, 2015). Tuttavia, ad oggi non esiste un consenso su quale sia l’approccio di *social recovery* più adeguato. Il concetto rimane in continua evoluzione. Dall’idea originaria di indipendenza economica e abitativa (Warner, 2004), al recupero di una posizione civica attiva e una vita ricca di significato (Tew J. , 2013), fino al ruolo di supporto di comunità e relazioni interpersonali (Ogundipe, Sælør, & Biong, 2022), l’idea di *social recovery* è tutt’oggi usata per indicare concetti diversi. Questo, oltre all’ambigua distinzione tra *social recovery* e altri tipi di *recovery*, causa difficoltà nella ricerca e nei servizi per la realizzazione di misure adeguate (Mezes, et al., 2022).

Il presente elaborato vuole esplorare gli approcci di *social recovery* attraverso una revisione sistematica della letteratura allo scopo di raccogliere ed esemplificare i principali costrutti, e identificare le maggiori correnti teoriche e protocolli di intervento ad essi collegate.

## 2. Metodi

### 2.1 Metodi e strategia di ricerca

La revisione sistematica della letteratura è stata effettuata secondo i principi del PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta- Analyses statement*) (Maraolo, 2021). Il PRISMA *statement* propone linee guida accettate internazionalmente per la selezione e revisione della letteratura in modo sistematico e trasparente. La ricerca di articoli scientifici è stata effettuata tramite tre banche dati: Scopus, Psycinfo e PubMed. In ognuna di queste vengono usate come parole chiave i temi di interesse: *social recovery* e *mental illness*. Il dettaglio della ricerca avanzata utilizzata per ogni banca dati è riportata in Tabella 1.

Tabella 1 – Strategie di ricerca

Database	Strategia di ricerca
Scopus	( ALL ( ( "mental health" ) OR ( "mental illness" ) OR ( "mental disorder" ) OR ( "mental disease" ) OR ( "mental problem" ) ) AND TITLE-ABS-KEY ( "social recovery" ) )
PsycInfo	(( "mental health" ) OR ( "mental illness" ) OR ( "mental disorder" ) OR ( "mental disease" ) OR ( "mental problem" )) AND TI ("social recovery") OR AB ("social recovery") OR KW ("social recovery")
PubMed	(( "mental health" ) OR ( "mental illness" ) OR ( "mental disorder" ) OR ( "mental disease" ) OR ( "mental problem" )) AND ("social recovery"[Title/Abstract])

Come si evince dalla scelta delle parole chiave, la ricerca prende in considerazione gli studi che includono il termine *social recovery* nel titolo, nell'abstract o nella lista di parole chiave. In aggiunta, sinonimi di malattia mentale sono stati aggiunti alla ricerca per limitare l'indagine al campo della psicopatologia.

### 2.2 Criteri di inclusione

Per l'identificazione degli articoli di interesse, sono stati inclusi tutti i documenti in lingua inglese, senza limite di anno di pubblicazione. Dove possibile sono stati utilizzati criteri di inclusione riguardanti la disciplina in modo da includere solo studi riguardanti il campo medico e psicologico.

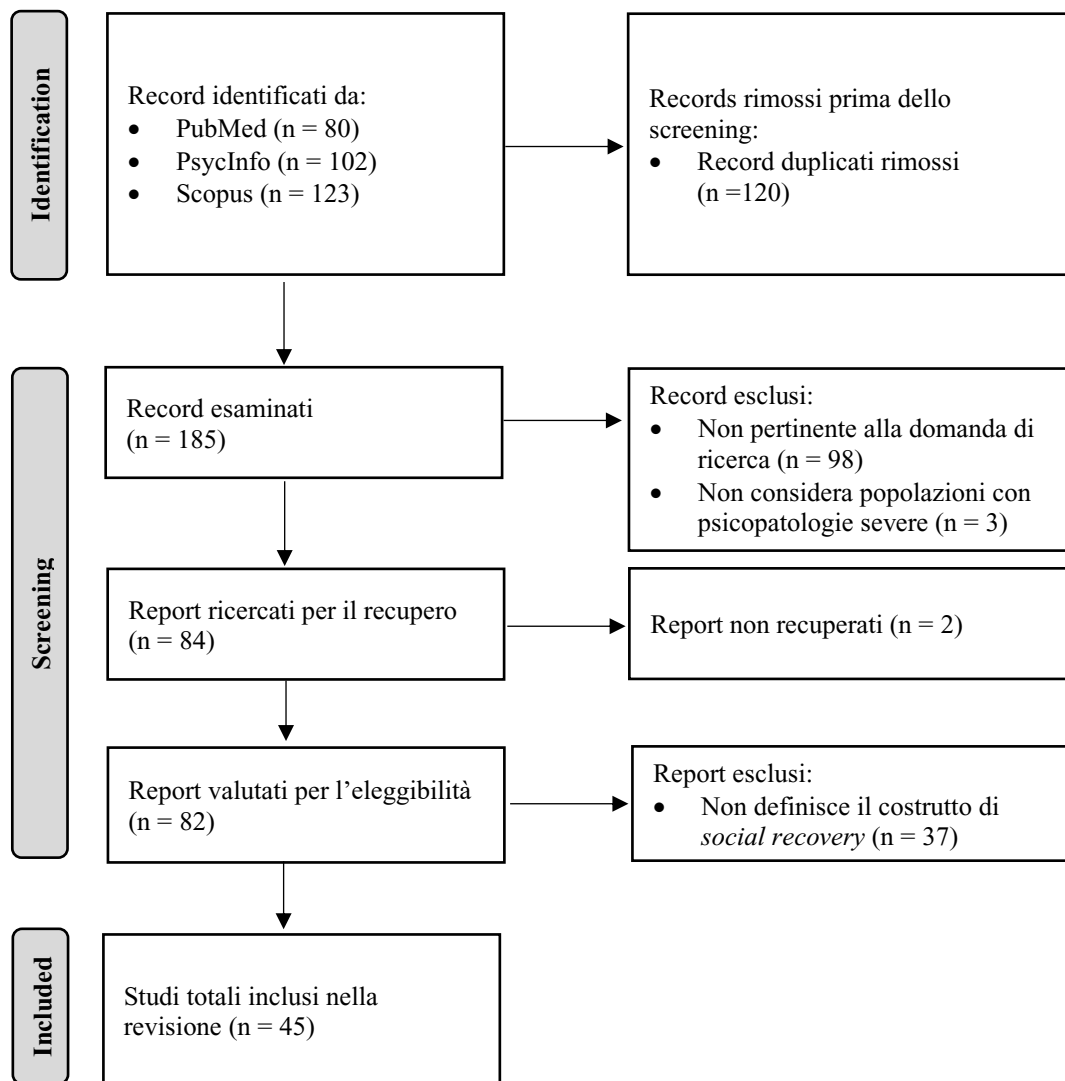
## **2.3 Criteri di esclusione**

In accordo con le linee guida del PRISMA *Statement*, criteri di esclusione sono stati applicati alla lista di articoli inizialmente identificati. Sono stati esclusi i risultati doppi, gli studi che non considerano psicopatologie severe, e gli articoli che non definiscono il costrutto di *social recovery*.

## **2.4 Studi selezionati**

A seguito della ricerca precedentemente descritta, sono stati inizialmente identificati 305 documenti. Dopo la rimozione di 120 duplicati, 185 documenti sono stati revisionati sulla base di titolo e abstract. Questo passaggio ha portato all'esclusione di 103 titoli in base ai criteri di esclusione definiti (non pertinente alla domanda di ricerca, non considera popolazioni con psicopatologie severe) e alla reperibilità. I rimanenti 82 titoli sono stati esaminati nella loro interezza allo scopo di verificarne l'eleggibilità. In concordanza con l'obiettivo della ricerca, si è deciso di ammettere nella lista finale di titoli solo quelli che specificano, anche brevemente, una definizione del costrutto di *social recovery*. In base a questo criterio sono stati esclusi 37 titoli, portando la lista finale di articoli considerati dal presente studio a 45. La Figura 1 mostra una rappresentazione grafica della selezione di titoli.

Figura 1 – Diagramma di flusso PRISMA





## 2.5 Caratteristiche degli studi

Degli articoli analizzati, ad eccezione di un articolo del 1970, l'anno di pubblicazione va dal 2007 al 2023. Dal 2007 l'interesse della letteratura è stato costante, con una leggera crescita di articoli pubblicati in media ogni 5 anni. Sono stati pubblicati 11 articoli negli anni 2010-2014, 15 articoli tra 2015-2019 e ben 14 articoli negli ultimi quattro anni. Per quanto riguarda la nazione d'origine, si nota una decisa prevalenza dei Paesi anglosassoni, con la grande maggioranza (N=20, 44%) di articoli pubblicati nel Regno Unito.

Circa la metà degli articoli selezionati (N=23) hanno indagato l'effetto di particolari interventi e servizi (sia mirati specificatamente al *social recovery* come la *Social Recovery Therapy*, che più genericamente in supporto del processo di *recovery* come case di cura) sul processo e i risultati di *social recovery*. Tra questi, si nota la presenza maggioritaria (N=12) di articoli che identificano il costrutto di *social recovery* come recupero di funzionalità sociali (*social functioning*) e che usano il tempo speso in attività strutturate come misura di *outcome*. La Tabella 2 presenta l'elenco di articoli presi in esame del presente elaborato.

Tabella 2: Caratteristiche degli studi analizzati (N=45)

N	Autori e anno	Nazione	Definizione di <i>social recovery</i>	Obiettivo dell'articolo
1	Gee et al. (2023)	Regno Unito	Attività strutturata**.	Studiare l'impatto della <i>Social Recovery Therapy</i> (SRT).
2	Atapattu et al. (2022)	Australia	Lavoro, connessioni con il gruppo dei pari, capacità sociali e riduzione dello stigma.	Identificare le prospettive degli psicologi sull'impatto dei fattori interpersonali e intrapersonali sul processo di <i>recovery</i> .
3	Mezes et al. (2022)	Regno Unito	Funzionamento sociale*.	Indagare le definizioni e i fattori alla base del costrutto di <i>recovery</i> nel disordine bipolare.
4	Ogundipe et al. (2022)	Norvegia	Inclusione sociale e partecipazione in comunità.	Indagare come la promozione alla vita comunitaria è sperimentata dal personale di servizi per persone con comorbidità.
5	Skånland (2022)	Norvegia	<i>Recovery</i> attraverso le relazioni (speranza, identità, significato ed empowerment si sviluppano attraverso le relazioni sociali)	Indagare come la musicoterapia, offerta attraverso FACT ( <i>Flexible Assertive Community Treatment</i> ), possa supportare il processo di <i>social recovery</i> .
6	Fowler et al. (2021)	Regno Unito	Attività strutturata**.	Determinare l'efficacia clinica e il rapporto costo-efficacia della SRT.
7	Griffiths et al. (2021)	Regno Unito	Attività strutturata**.	Investigare l'impatto della SRT sulla cognizione sociale e la neuro-cognizione.
8	Norton & Swords (2021)	Irlanda	Processo influenzato da salute, economia, connessione/ interazione sociale, alloggio, relazioni personali e sostegno.	Esplorare le visioni di <i>recovery</i> degli utenti di servizi di salute mentale.
9	Van Bussel et al. (2021)	Paesi Bassi	Processo che ha l'obiettivo di ridurre lo stigma sociale della malattia mentale e migliorare la posizione sociale e i diritti, l'alloggio, il lavoro, l'istruzione e le relazioni sociali.	Valutare la relazione tra attaccamento e <i>recovery</i> sintomatico, sociale e personale in clienti con disturbo psicotico.
10	Vera San Juan et al. (2021)	Regno Unito	Diviso in derivazione esterna (l'accettazione del gruppo), e derivazione interna (socializzare, stabilire relazioni significative, essere un membro produttivo della comunità e adempiere ai ruoli familiari).	Sistematizzare la visione di <i>recovery</i> da psicopatologie di <i>service users</i> e <i>caregiver</i> informali.
11	Barlott et al. (2020)	Australia	Capacità di ridefinizione della propria identità, che coinvolge l'individuo e la comunità.	Analizzare il costrutto di <i>recovery</i> e l'inclusione sociale usando il concetto di <i>assemblages</i> .
12	Lowen et al. (2020)	Regno Unito	Attività strutturata**.	Descrive la checklist di aderenza alla SRT e il contenuto della terapia erogata nello studio SUPEREDEN3.
13	Ogundipe et al. (2020a)	Norvegia	Include il contributo delle altre persone, la comunità, i contesti sociali e interpersonali.	Esplorare l'effetto della partecipazione a squadre di calcio di strada sul <i>recovery</i> .

14	Ogundipe et al. (2020b)	Norvegia	Processo per natura sociale, influenzato dal contesto sociale, le relazioni e il sistema socio-economico-politico.	Esplorare la creazione del senso di appartenenza secondo i residenti e lo staff di una struttura abitativa per persone con psicopatologie e problemi di abuso di sostanze.
15	Benkwitz et al. (2019)	Regno Unito	Influenzato dal contesto sociale.	Esplorare il ruolo del calcio di comunità nel <i>social e personal recovery</i>
16	Fowler et al. (2019a)	Regno Unito	Attività strutturata**.	Fornire una panoramica narrativa delle prove per la SRT e riportare nuovi dati su un follow-up di 2 anni dei partecipanti dello studio ISREP.
17	Fowler et al. (2019b)	Regno Unito	Attività strutturata**.	Presentare le componenti principali della SRT.
18	Nurjannah et al. (2019)	Indonesia	Funzionamento sociale*.	Descrivere le percezioni degli operatori sanitari nei confronti del recovery di pazienti affetti da schizofrenia.
19	Meesters et al. (2019)	Paesi Bassi	Funzionamento sociale*.	Investigare il contributo del New Club (struttura di comunità) al <i>personal e social recovery</i> dei residenti.
20	Fowler et al. (2018)	Regno Unito	Attività strutturata**.	Valutare l'efficacia dei servizi di intervento precoce integrati con la SRT in pazienti con psicosi al primo episodio.
21	Ramon (2018)	Regno Unito	Capacità di condurre una vita significativa e di contribuire come cittadini attivi. Comprende interdipendenza con gli altri, connessione, recovery capital e capitale sociale, impatto del sistema socio-economico-politico.	Fornire un commento critico sullo stato del costrutto di <i>social recovery</i> .
22	Tiderington (2018)	USA	Riconquista di relazioni significative e integrazione con la famiglia, gli amici e la comunità più ampia.	Esaminare le prospettive dei fornitori di strutture sulle relazioni sociali e le barriere al <i>social recovery</i> .
23	Fowler et al. (2017)	Regno Unito	Attività strutturata**.	Valutare la SRT su giovani con disabilità sociale e problemi di salute mentale gravi e complessi.
24	Chester et al. (2016)	Australia	Poter vivere con un disagio sociale minimo ed essere finanziariamente indipendenti con un alloggio stabile.	Determinare le componenti specifiche del lavoro di supporto al recovery richiesto agli operatori sanitari.
25	Gee et al. (2016)	Regno Unito	Attività strutturata**.	Indagare le traiettorie dei sintomi negativi durante i primi 12 mesi di trattamento per il primo episodio di psicosi, i loro predittori e la relazione con il costrutto di <i>social recovery</i> .
26	Hodgekins et al. (2015)	Regno Unito	Funzionamento sociale*.	Esplorare traiettorie e predittori di <i>social recovery</i> a seguito di un primo episodio di psicosi.
27	Lower et al. (2015)	Regno Unito	Funzionamento sociale*.	Presentare le caratteristiche e i risultati del trattamento per un gruppo di giovani visti dal <i>Central Norfolk Early Intervention Team (CNEIT)</i> .

28	Marino (2015)	USA	Include l'occupazione di ruoli sociali apprezzati, l'esercizio dell'autorità personale, lo sviluppo di un'identità personale positiva e la partecipazione alla comunità.	Presentare la prima fase di sviluppo di una misura di <i>social recovery</i> .
29	Solli (2015)	Norvegia	Include aspetti di empowerment e controllo sulla propria vita, connessione e ricostruzione di un'identità positiva.	Esplorare come la musicoterapia può facilitare il <i>social recovery</i> .
30	Fullagar et al. (2014)	Australia	Esperienza relazionale.	Investigare la dimensione di genere nella creazione di identità personale e relazioni sociali all'interno di un processo di <i>recovery</i> .
31	Simonds et al. (2014)	Regno Unito	Vivere una vita significativa nonostante la continua presenza di sintomi.	Comprendere il processo di esperienza dell'ansia e della depressione nei giovani in ottica di <i>recovery</i> .
32	Rowe et al. (2013)	USA	Raggiungere una vita piena nella comunità. Include auto-direzione, empowerment, supporto tra pari, rispetto, responsabilità e speranza.	Esplorare la relazione tra <i>social recovery</i> e le pratiche di gestione del denaro.
33	Solli et al. (2013)	Norvegia	Approccio contestuale e sociale, concentrato sulle relazioni sociali, sui ruoli sociali e sull'inclusione sociale. Tre elementi principali: autodeterminazione, inclusione sociale e cittadinanza, benessere ed eventi positivi.	Esplorare le esperienze di musicoterapia applicata alla cura della salute mentale e il potenziale ruolo della musicoterapia nello sviluppo di servizi orientati al <i>recovery</i> .
34	Van Lith et al. (2013)	Australia	Partecipazione significativa alle relazioni e ruoli sociali, attività sociali.	Revisionare la letteratura sui benefici delle pratiche basate sull'arte nei contesti di riabilitazione della salute mentale.
35	Jaeger et al. (2012)	Svizzera	Si riferisce all'interazione sociale e alla comunicazione, all'integrazione, alle attività e alla partecipazione in comunità.	Esaminare le recenti pubblicazioni sulle implicazioni di <i>recovery</i> per l'erogazione dei servizi di salute mentale.
36	Shrivastava et al. (2011)	India	Funzionamento sociale*.	Esaminare lo stato di outcome sociali su parametri multidimensionali in pazienti clinicamente guariti.
37	Hodgekins et al. (2010)	Regno Unito	Funzionamento sociale*, speranza, concetto di sé positivo.	Investigare l'impatto di interventi di <i>recovery</i> sul livello di speranza e concetto di sé positivo.
38	Shrivastava et al. (2010)	India	Funzionamento sociale*.	Esaminare i predittori di outcome della schizofrenia al primo episodio e di <i>recovery</i> dopo dieci anni.
39	Whitley et al. (2010)	USA	Stabilire e mantenere relazioni sociali significative, impegnarsi in attività sociali, integrazione comunitaria reale e sentita e cittadinanza attiva.	Proporre un nuovo approccio dimensionale del costrutto di <i>recovery</i> .

40	Wingo et al. (2010)	USA	Riconquistare il proprio livello di funzionamento sociale pre-morboso.	Investigare possibili fattori demografici, clinici e neurocognitivi correlati con il costrutto di recovery socio-funzionale.
41	Barton et al. (2009)	Regno Unito	Attività strutturata**.	Stimare l'efficacia in termini di risultati clinici e di risorse della terapia cognitivo comportamentale orientata al <i>social recovery</i> .
42	Fowler et al. (2009)	Regno Unito	Attività strutturata**.	Valutare l'efficacia in termini di risorse monetarie di un intervento cognitivo comportamentale sul <i>social recovery</i> tra i giovani nelle prime fasi della psicosi.
43	Lloyd et al. (2008)	Australia	Abilità sociali, inclusione sociale.	Proporre una nuova concettualizzazione di recovery.
44	Hopper K. (2007)	USA	Rinnovo del senso di possibilità, recupero di competenze, ritrovare un posto nella società e un senso di appartenenza, e lavoro di conciliazione identitaria.	Proporre un approccio di recovery alternativo basato sul <i>capability approach</i> .
45	Carney et al. (1970)	Regno Unito	Ritorno al lavoro, interessi e relazioni sociali.	Indagare i risultati di <i>social recovery</i> su un campione di pazienti a 12-18 mesi dalla dimissione.

\* Il funzionamento sociale, o *social functioning*, include la capacità di svolgere attività di interazione sociale quali relazioni interpersonali, lavoro, istruzione, hobby, attività sessuale, autonomia/vita indipendente.

\*\* Attività strutturate, o *structured activity*, è usato come misura del costrutto di *social recovery* e include tempo speso in attività lavorative, istruzione, volontariato, attività domestiche e altre attività sociali significative.

## **3. Risultati**

### **3.1 Descrizione dei temi**

Per rispondere alla domanda di ricerca, i temi rilevanti sono stati divisi in aspetti teorici e di intervento. Nella trattazione di aspetti teorici, da un lato si sono osservate le similitudini tra i vari approcci, dall'altro si sono evidenziate le differenze che tutt'ora esistono e costituiscono aspetti critici della teoria. Successivamente, sono stati analizzate le tipologie di intervento presentati negli articoli, evidenziandone il legame con gli approcci teorici e criticità.

### **3.2 I modelli teorici del costrutto di *social recovery***

Come si è evidenziato nell'introduzione, il costrutto di *social recovery* è stato soggetto ad un'evoluzione continua che prosegue fino al giorno d'oggi. La ricerca sistematica degli articoli evidenzia come, a partire dai primi anni di questo secolo, la letteratura sia stata sempre più coinvolta nella ricerca di un approccio teorico formale e compiuto. L'analisi degli articoli ha portato a due importanti conclusioni sull'evoluzione degli approcci di *social recovery*: da un lato, la convergenza di più approcci verso elementi di accordo; dall'altro, la presenza di visioni estremamente diverse sulla preminenza del sociale nel processo generale di *recovery*, che genera criticità per lo sviluppo della ricerca.

#### **Elementi di convergenza**

Negli anni '60 e '70 del secolo scorso iniziò a prendere forma il concetto di *recovery* in salute mentale a partire da movimenti per i diritti civili di persone con psicopatologie, che presero il nome di *recovery movement*. Questo movimento sorgeva in risposta a una lunga tradizione di istituti psichiatrici che attuavano una visione della psicopatologia basata sul deficit e sulle basse aspettative di cura, contribuendo alla creazione di condizioni di isolamento sociale e perdita di identità (Solli, Rolvsjord, & Borg, 2013).

Ad oggi, tutti gli autori sono d'accordo nel considerare all'interno della definizione di *social recovery* la conquista di una vita soddisfacente e significativa al di là della presenza di sintomi: "*Social recovery does not require the elimination of symptoms or a return to 'normal' functioning, rather mental illness is considered an acceptable part of*

*the person, not something to be left in the individual's past.*" (Barlott, Shevellar, Turpin, & Setchell, 2020).

Questo nuovo paradigma di recovery sottintende due elementi fondanti che continuano ad essere rilevanti e accettati da gran parte della letteratura. Il primo, che il costrutto di *recovery* indichi un processo anziché una meta: "*an ongoing journey rather than a final destination, with consumers described as 'being in' recovery rather than 'recovering from' mental ill-health*" (Price-Robertson, Obradovic, & Morgan, 2017). Il secondo, che questo processo sia altamente individuale, e che sia quindi fondamentale comprendere il vissuto individuale delle persone in recovery: "*it is a subjective, unique experience for each person*" (Norton & Swords, 2021).

### **Elementi di divergenza**

La prospettiva sociale viene ormai considerata centrale nel processo di *recovery*: "*social determinants of mental health [...] have been consistently identified as among the strongest predictors of mental health outcomes*" (Price-Robertson, Obradovic, & Morgan, 2017). Tuttavia, nel trattare il costrutto di *social recovery*, vengono proposte visioni che si distinguono in modo netto nella concettualizzazione del sociale e nell'enfasi che esse danno a un particolare aspetto rispetto ad altri.

Si differenziano tre grandi correnti di pensiero. La prima, fa riferimento al costrutto di *personal recovery* e propone modelli multifattoriali che considerano il *social recovery* come un fattore intervenente nel processo di recovery. La seconda corrente si concentra sullo studio dei risultati di funzionamento sociale degli individui in *recovery*. Questo tipo di ricerche possono riconoscere le basi teoriche del *personal recovery*, ma definiscono in maniera più ristretta il costrutto del *social recovery*, includendo soltanto fattori socio-funzionali, focalizzandosi sull'attività lavorativa e la situazione abitativa. Infine, esiste un terzo approccio teorico che individua nel contesto sociale e relazionale il terreno su cui i processi di *recovery* si svolgono, riconoscendogli quindi un ruolo primario e fondante.

#### *3.2.1 Approcci multifattoriali*

Una larga parte della letteratura indaga il concetto di *social recovery* come una componente di un costrutto di *recovery* più ampio. In questa corrente si inseriscono

approcci che identificano nel *social recovery* uno degli elementi di *personal recovery* (ad esempio Lloyd, Waghorn, & Williams, 2008), oppure gli autori che utilizzano il termine *social recovery* per indicare un approccio parallelo (o sinonimo di) *personal recovery*, volendolo differenziare dalla mera riabilitazione dei sintomi clinici (*clinical recovery*) (ad esempio Hopper, 2007; Norton & Swords, 2021).

All'interno di questa visione di *social recovery* vengono individuati e classificati elementi sociali in modi estremamente variati. Uno dei modelli multifattoriali di *recovery* che ha raggiunto una maggiore diffusione è il 'CHIME' (Leamy, Bird, Boutillier, Williams, & Slade, 2011). Esso sintetizza cinque categorie attraverso le quali si svolge il processo di *recovery*: *Connectedness*, *Hope*, *Identity*, *Meaning*, *Empowerment*. L'approccio racchiude elementi sociali specialmente nella prima categoria: *Connectedness*, dove vengono raggruppati il supporto tra pari, relazioni, supporto da parte di altri ed essere parte della comunità. Altri elementi connessi con la sfera sociale sono inclusi in *Hope* (relazioni che ispirano speranza) e *Meaning* (ruoli sociali e obiettivi sociali).

Sebbene trattino di elementi sociali, Leamy e colleghi non usano il termine *social recovery*, e quindi l'articolo non è stato incluso nella ricerca sistematica. Tuttavia, il CHIME è stato preso in considerazione da molti autori del *social recovery*, che hanno sviluppato i temi originalmente proposti. Ad esempio, basandosi sul CHIME ed altri paradigmi esistenti, Vera San Juan e colleghi hanno proposto quattro dimensioni di *recovery*: *Social recovery*, *Prosperity*, *Individual Recovery*, *Clinical Recovery*, *Experience* (SPICE) (Vera San Juan, et al., 2021). Rispetto al CHIME, gli autori formulano un approccio innovativo, riconoscendone due tipologie di *social recovery*:

*“One was an externally derived social recovery which required approval and acceptance from the group. In this sense, recovery meant being trusted, being assigned responsibilities and being treated as an equal. [...] The other type of social recovery was derived from personal initiative and consisted of: socializing and establishing meaningful relationships, being a productive member of the community, and fulfilling family roles.” (Vera San Juan, et al., 2021, p. 5).*

L'approccio presentato da Vera San Juan e colleghi è un esempio di approccio multifattoriale in cui il termine *social recovery* identifica un aspetto (tra molti) del processo di *recovery*. Altri autori hanno invece utilizzato il costrutto di *social recovery*



come termine d'insieme per indicare un processo personale di recupero che va al di là dell'aspetto clinico. È questo il caso di Hopper, che, in una delle prime concettualizzazioni formali del termine, ha definito il *social recovery* come l'insieme di un rinnovato senso di possibilità, recupero di competenze, riconquista di un posto nella società e un senso di appartenenza, e conciliazione identitaria (Hopper, 2007).

Sorpassato il primo livello di classificazione di *social recovery*, che posiziona il concetto rispetto agli altri tipi di *recovery* (*clinical, personal, functional, ecc.*), troviamo disparità anche negli elementi sociali che sono evidenziati all'interno dei vari costrutti di *social recovery*. Ad esempio, Whitley e Drake includono nel *social recovery* le relazioni sociali, le attività sociali e l'integrazione con la famiglia, gli amici e la comunità (Whitley & Drake, 2010). Mentre una revisione della letteratura più recente inserisce elementi più ampi quali salute, economia, interazioni e connessioni sociali, alloggio, relazioni personali e supporto (Norton & Swords, 2021). Ancora, ricerche basate su interviste a persone in *recovery* risultano in suddivisioni differenti. Simonds e colleghi (2014) si focalizzano su perdita di sé, rinegoziazione del sé, anticipazione del sé futuro. Mentre Rowe e colleghi (2013) evidenziano gli aspetti di autodeterminazione e responsabilità.

La grande varietà di prospettive è forse dovuta alle premesse concettuali del paradigma di *recovery*. L'ipotesi che esso sia un processo individuale ha portato la ricerca ad esplorare le esperienze di persone in *recovery*, cercando di ricavare caratteristiche e processi comuni che possano abbracciare una varietà di narrazioni personali (Simonds, Pons, Stone, Warren, & John., 2014). Questa linea di ricerca ha avuto il merito di aver riportato dignità e valore alle esperienze di persone con psicopatologie. Tuttavia, essa presenta il rischio di creare conclusioni generali da narrazioni individuali, senza approfondire sufficientemente gli elementi di contesto (Topor, Borg, Girolamo, & Davidson, 2011).

### 3.2.2 Approcci socio-funzionali

Uno degli approcci più antichi di *social recovery* è quello che considera il recupero delle funzionalità sociali. Le prime apparizioni in letteratura di *social recovery*, almeno fino agli anni 90 del secolo scorso, fanno riferimento esclusivo al funzionamento sociale come recupero di una situazione lavorativa e abitativa stabile e indipendente (Mezes B, 2022). Più recentemente, sebbene l'azione del *recovery movement* abbia portato a un

cambio di prospettive, permangono studi che si concentrano sulla riduzione del deficit sociale all'interno di un'ottica funzionale di *social recovery*. In uno degli articoli più citati di quest'approccio gli autori scrivono:

*“Social disability refers to difficulties with social and occupational functioning (i.e. difficulties engaging in meaningful activities and relationships), and has been described as a hallmark of severe mental illness. [...] Many aspects of social functioning are affected by psychosis, including employment, relationships and recreational activities. Social and functional outcomes in psychosis are frequently reported to be poor, with follow-up studies suggesting less than 50% of people with a non-affective psychosis achieve a social recovery, with even fewer returning to competitive employment in the long-term.” (Hodgekins, et al., 2015, p. 536).*

In questo tipo di approcci, con *social recovery* si identifica la ripresa di attività funzionali, cioè *“engagement in normative interpersonal and occupational activities”* (Gee, et al., 2023, p. 134), e viene misurato *“using weekly hours in structured activity as an index of social functioning”* (Hodgekins, et al., 2015). Quindi il focus è nella ripresa di quelle attività normative che vengono considerate fonte di buon adattamento sociale: il lavoro, l'educazione, le attività sociali vocazionali e le relazioni con gli altri (Hodgekins, et al., 2015).

Aspetti occupazionali e funzionali quali avere un lavoro sono frequentemente citati come obiettivi individuali di *recovery*, oltre ad avere possibili esternalità economiche positive. Come scrivono Fowler e colleghi:

*“Although engagement in competitive work will always represent a key marker of social recovery [...], it is not the only marker of social improvement. Engagement in other domains of activity such as education, household chores, constructive voluntary work and structured social activities reflect realistic and meaningful recovery goals for many service users and carers, and also have wider economic benefits.” (Fowler D. , et al., 2009, p. 1628).*

Quest'approccio ha sicuramente il pregio di facilitare la misurazione di *social recovery*. Infatti, è stato usato da molti studi che indagano gli effetti di interventi sul *social recovery* (ad esempio Griffiths, 2021), o i fattori correlati a questo (ad esempio Shrivastava, 2011; Hodgekins J. et al., 2015). Tuttavia, gli studi che considerano il costrutto di *recovery* in ottica puramente funzionale rischiano di ignorare i meccanismi che moderano l'effetto delle attività strutturate sul *recovery*. Approcci che prendono in considerazione il contesto, per esempio, considerano le attività strutturate come

funzionali in quanto opportunità di relazionalità e conquista di un senso di appartenenza al contesto (Ness, Borg, & Davidson, 2014).

### 3.2.3 *Approcci relazionali e basati sul contesto*

In netto contrasto con l'approccio clinico e certe visioni multifattoriali e socio-funzionali di *social recovery*, si è sviluppata una terza linea teorica che ricerca prospettive di recovery “*at the intersection of the person and the environment*” (Marino, 2015, p. 68). Questa terza corrente accomuna autori che hanno criticato l'approccio e l'implementazione di *personal recovery* nei servizi, e hanno ricercato prospettive nuove di integrazione del sociale. Le critiche all'approccio di *personal recovery* si sono concentrate su tre temi principali e interconnessi: la visione individualista, la marginalità del contesto sociale e la responsabilità di *recovery*. L'enfasi sull'esperienza individuale e l'autodeterminazione delle persone in recovery, seppur valida e necessaria, ha però portato alla totale individualizzazione del processo. Come fa notare Price-Robertson (2016), nella definizione classica di Anthony (1993):

*“Recovery is construed as an intra-psychic process that occurs when people with a lived experience are successful in modifying or outgrowing their limiting thoughts, feelings and beliefs. The only word in this definition designed to signify social relationship is ‘roles’, and even this is ambiguously relational as it often refers to an internalised identity”.* (p.3)

L'aspetto di individualizzazione non solo è sintomo di una prospettiva “monoculturale” propria del mondo occidentale-anglosassone (Leamy, Bird, Boutillier, Williams, & Slade, 2011), che quindi compromette l'universalità delle conclusioni di *personal recovery*. Ma, secondo molti autori, propone una rappresentazione erronea del funzionamento individuale, che esiste e si modifica in relazione (Price-Robertson, 2017; Ramon, 2018). Come conseguenza diretta, molte ricerche hanno trascurato lo studio delle interazioni tra l'individuo e il contesto sociale (Tew J. S., 2012; Ogundipe E., 2022). Inoltre, negando il ruolo del contesto nei processi di patogenesi e cura, la responsabilità di *recovery* è ricaduta interamente sugli individui (Price-Robertson, Obradovic, & Morgan, 2017). Questa visione è stata felicemente appoggiata dalle strutture politiche e sociali dominanti, che sono state così esimate dal proprio ruolo strutturale: “*This model*

*of recovery makes emotional distress an explicit problem of individualized identity, rather than for example, an effect of structural inequality”* (Harper & Speed, 2014).

La letteratura ha denunciato la criticità di quest’aspetto, che discrimina individui che spesso vivono in contesti fragili e marginalizzanti. Per esempio, Fullagar e O’Brien (2014) hanno intervistato 31 donne australiane per indagare il costrutto di *recovery* in un contesto di inegualità di genere, proponendo “*a social or discursive understanding of mental health and disability where social relationships and normalised assumptions about identity are the focus of analysis*” (p. 117). La ricerca ha concluso che una visione biomedica di *recovery* e le nozioni stereotipate di genere hanno creato nelle donne un’aspettativa di *recovery* “doveroso” che ha reso problematico il processo di *recovery*, soprattutto per quanto riguarda la capacità di prendersi cura di sé stesse. In conclusione, le autrici denunciano come l’approccio neoliberale di *personal recovery* possa rappresentare una forma di oppressione, imponendo “imperativi culturali” che non tengono conto delle inegualità di genere e trascurano l’unicità di condizioni sociali, economiche e personali che caratterizzano ogni individuo.

Dunque, si è dimostrato come le premesse di *personal recovery* sono state disattese dalla pratica, generando approcci che solo in apparenza favoriscono le persone con psicopatologie. Barlott e colleghi (2020), nell’indagare una nuova prospettiva di *recovery*, illustrano come “*Despite an awareness of societal factors such as social stigma, recovery-oriented practice often focuses on reducing stigmatising markers in the individual rather than addressing oppressive social forces*” (p. 1335). Secondo questa prospettiva, è essenziale comprendere e intervenire sulle “forze sociali oppressive” che impediscono il processo di *recovery* attraverso meccanismi di esclusione sociale.

In supporto di questa visione, si sono sviluppate ricerche che trattano il costrutto di *social recovery* come un processo relazionale e considerano la necessaria riformulazione identitaria come “socialmente costruita e fluida” (Marino, 2015, p. 68). Esempi di queste ricerche sono stati inclusi nella ricerca sistematica. Questi studi (ad esempio Marino, 2015; Ramon, 2018; Ogundipe, 2020), pur accettando l’importanza dell’esperienza individuale sostenuta dalla corrente teorica prevalente, hanno specificatamente indagato il ruolo del contesto e delle relazioni nel costrutto di *recovery*. I concetti principali trattati sono *belonging* (ad esempio Marino, 2015; Ogundipe, 2022); l’impatto degli elementi sociali strutturali e l’effetto dell’inclusione sociale (ad esempio Topor, 2011; Barlott,

2020; Ramon, 2018); l'identità sociale (Tew, 2012; Yates, 2012; Price-Robertson, 2017) e il ruolo di relazioni con membri della famiglia, della comunità e dei servizi (Topor, Borg, Girolamo, & Davidson, 2011). Basandosi su narrazioni di *recovery*, ricerche hanno evidenziato come gli elementi di sostegno (o di ostacolo) al *recovery* (sviluppati ad esempio nel CHIME) siano i risultati di processi relazionali. Ad esempio, trattando dell'esperienza di appartenenza ad una comunità, Ogundipe e colleghi (2020) scrivono:

*“Individual experiences of belonging are not merely up to the individual but also are influenced by his or her community and contextual factors. This speaks to the necessity of introducing more community- and context-oriented approaches in the further development of inclusive practices. Such approaches require practices that do not only focus on assigning a place of residence but also consider the communal and contextual factors pertaining to the place, such as the neighbors and local facilities, and the resident's perception of the local community.” (Ogundipe, Sælør, & Biong, 2022, p. 132)*

Nonostante l'incremento di ricerche nel costrutto di *social recovery* legato al contesto, non sono stati molti gli autori che hanno proposto modelli alternativi compiuti. Come fa notare Karadzhov (2023) in una recente revisione della letteratura sul *personal recovery*, gli ultimi sviluppi concettuali sul tema rimangono “sottosviluppati”. Tra le nuove correnti di *social recovery*, Price-Robertson e colleghi (2017) hanno suggerito l'approccio del *relational recovery*. Quest'approccio vuole oltrepassare la visione limitata e limitante del sociale come qualcosa di separato dall'individuo, suggerendo piuttosto come l'aspetto relazionale permei tutti gli elementi dell'esperienza umana. Nelle parole degli autori:

*“It is insufficient to assert that social factors contribute to recovery, as long as recovery is still conceived as something that sits apart from these factors. Experiences such as hope and empowerment are not shaped by material, social and economic contexts, but are more accurately seen as inconceivable outside of these contexts.” (Price-Robertson, Obradovic, & Morgan, 2017, p. 5)*

L'approccio relazionale viene dunque applicato alle conclusioni di *personal recovery* per superare l'ottica individualistica. Tutti i processi di *recovery* come connessione, speranza, identità, significato e autodeterminazione sono interpretati in chiave interazionale, esistendo e modificandosi per mezzo di relazioni sociali. Quest'ipotesi è confermata dalle conclusioni delle ricerche sul costrutto di *social recovery*, che confermano come i risultati di *recovery* siano influenzati dalla qualità delle relazioni personali (Ness, Borg, Semb, &

Topor, 2016). Inoltre, la visione relazionale del processo di *recovery* è naturalmente fondata nella concezione narrativa e dinamica della creazione identitaria. In uno studio che esplora la creazione di narrative attraverso processi di *recovery* relazionale, Reed e colleghi (2020) hanno illustrato il legame tra creazione relazionale di narrative e *recovery*:

*“Demonstrating the relationality of narratives of recovery, several studies show how everyday activities that put us in touch with others are particularly valuable to create meaning. When doing activities together, the persons involved try out possible plots in collaboration, seeking to create narratives that make meaning to everyone involved” (p. 2).*

Una criticità che è emersa dall’analisi della letteratura è la mancanza di aderenza a una terminologia univoca. Nonostante molti autori riconoscano la natura relazionale del processo di *recovery*, le terminologie usate e il centro focale dell’approccio sono diversi (ad esempio autori fanno riferimento ad *assemblages*, *everyday life*, contesto, relazioni, comprensione relazionale del sé o *belonging* per parlare degli aspetti relazionali e di contesto). Ancor più critico è forse il fatto che gli articoli che trattano di *relational recovery* non sono stati inclusi dalla ricerca sul *social recovery*. Infatti, nonostante i concetti siano altamente correlati, gli autori che propongono il costrutto di *relational recovery* non menzionano il *social recovery*. Questo forse è una conseguenza del panorama diffuso e complesso di *social recovery*, che non facilita la convergenza della ricerca verso un vocabolario comune.

### **3.3 Le pratiche di intervento**

Lo sviluppo del *recovery movement* e della ricerca sugli approcci di *personal* e *social recovery* ha fatto sì che si iniziasse a studiare le modalità in cui le strutture sanitarie e comunitarie possano favorire il processo di *recovery* individuale. Questa nuova spinta si è inserita nella preesistente rete sanitaria che aveva come obiettivo il recupero clinico di persone con psicopatologie (Chester, et al., 2016). Per cui, nella maggior parte dei casi, obiettivi di *clinical recovery* sono stati affiancati a *social* e *personal recovery* in un approccio che viene identificato come ‘*recovery support services*’ (Davidson, Rowe, DiLeo, Bellamy, & Delphin-Rittmon, 2021), ‘*personally-supportive recovery oriented practice*’ (Chester, et al., 2016) o semplicemente ‘*recovery-oriented practice*’ (ROP)

(Barlott, Shevellar, Turpin, & Setchell, 2020). Davidson li definisce come un sottogruppo di interventi, che presentano:

*“Focus on enhancing a person’s abilities and resources, or recovery capital, to manage their own behavioral health condition(s) and/or to increase their participation in the community activities of their choice.” (Davidson, Rowe, DiLeo, Bellamy, & Delphin-Rittmon, 2021, p. 4)*

Una delle caratteristiche principali di questo tipo di servizi, è l’approccio bottom-up, in cui il percorso ha inizio con i bisogni, le preferenze e gli obiettivi della persona (Solli, 2015). In un articolo del 2008, Lloyd e colleghi suggeriscono che il ruolo degli operatori sanitari in ambito di *social recovery* sia quello di aiutare i pazienti a identificare e sviluppare le proprie risorse, e fare use delle occasioni sociali collegate al mantenimento di un lavoro o corso di studi. In questo tipo di ROP l’obiettivo del *social recovery* sono *“social skills transfer and greater social inclusion in the wider community”* (Lloyd, Waghorn, & Williams, 2008, p. 6). In questo filone di pratiche si inserisce anche una terapia cognitivo-comportamentale chiamata Social Recovery Therapy, che è tra quelle più studiate all’interno della lista di articoli selezionati.

Da queste caratteristiche è possibile intuire come il legame tra *recovery support services* e *social recovery* sia debole, e venga sostenuta una visione individualista, che pone la responsabilità del processo interamente sull’individuo. Autori del costrutto di *social recovery* hanno posto domande circa la validità di questi tipi di intervento. In primo luogo, si sono evidenziate criticità nell’uso del modello di responsabilità personale di *recovery*, che ha causato la limitazione (o esclusione totale) di servizi a persone in bisogno (Davidson, Rowe, DiLeo, Bellamy, & Delphin-Rittmon, 2021). Inoltre, la sfera personale è stata de-contestualizzata e considerata immune dalle determinanti sociali della psicopatologia, e ciò ha permesso di ignorare la necessità di un contesto e risorse sociali favorevoli al *recovery* (Davidson, Rowe, DiLeo, Bellamy, & Delphin-Rittmon, 2021). Anche quando politiche e approcci di ROP considerano il contesto sociale nella forma di inclusione sociale, questo è stato fatto partendo da una prospettiva individualistica. Come fanno notare Barlott e colleghi (2020):

*“Rather than highlighting and changing oppressive structures, social inclusion policy narrowly focused on improving economic participation [...] Ironically, programs with social inclusion as their aim have tended to create ghettos, isolated or segregated spaces – ser-*

*vice users often feel as though they are not 'good enough' for mainstream society and remain in major enclosures" (Barlott, Shevellar, Turpin, & Setchell, 2020, p. 1337-1338)*

Recentemente autori hanno denunciato la mancanza di servizi che siano veramente improntanti al processo di *social recovery* (Norton & Swords, 2021), e hanno suggerito pratiche nuove di intervento. Queste sono accumulate da alcuni temi di rilievo. Primo fra tutti, la creazione di relazioni reciproche tra persone in recovery e operatori sanitari (ad esempio Barlott T., 2020; Ness, 2014). Relazioni di reciprocità sono quelle che superano il confine tra persona in *recovery* e persona in salute, instaurando opportunità di dialogo e co-creazione di narrazioni che favoriscono il processo di *recovery* (Fullagar, 2014; Chester, 2016). Nella dinamica tra professionisti sanitari e clienti, questa pratica può talvolta essere associata a qualcosa che oltrepassa il tradizionale confine tra operatore di servizi e clienti. Nell'articolo di Barlott e colleghi vengono descritti esempi di "*small subversive acts of reciprocity*" tratti dalle ricerche di Hamer (2019) e Stewart (2019):

*"Examples included going to a cafe with a service user (rather than meeting in the office) or loaning a service user an outfit to wear to a funeral (as one would to a friend). [...] One participant in their study stated 'they made me feel like I matter. I got a text message from [a peer mentor] when I missed a workshop – so many times so much in your life you feel no one misses you (Stewart et al. 2019, p. 19). Here, peer mentors deterritorialise the boundary between service provider and service user in the act of sending a text message and 'missing' the service user." (Barlott, Shevellar, Turpin, & Setchell, 2020, p. 1339)*

Anche Chester e colleghi (2016), in una rassegna sistematica della letteratura su pratiche di *recovery*, hanno individuato nelle "relazioni di natura egualitaria" un punto chiave per la riduzione dello stigma sociale:

*"Differentiation between ROP and medicalized mental health care is characterized by the nature of the dialogical, person centred relationship rather than a hierarchical relationship that disempowers the consumer" (Chester, et al., 2016, p. 13)*

Relazioni di reciprocità sono favorite da ambienti non-stigmatizzanti con la possibilità di incontrare individui di varie fasce d'età (Meesters, Ham, Dominicus, Stek, & Abma, 2019). Interventi che favoriscono relazioni amicali peer-to-peer e creazioni di comunità, come ad esempio contesti sportivi (vedi Ogundipe E., 2022; Benkwitz, 2019) o legati a pratiche artistiche (Lith, Schofield, & Fenner, 2013), sono stati giudicati come positivi in ottica di *recovery* relazionale.



Oltre alla dimensione di relazionalità tra operatori sanitari e persone in *recovery*, molti autori hanno proposto cambiamenti nei contesti sociali allargati, che inevitabilmente necessitano di attivazione politica e sociale:

*“We need to expand the knowledge base and service orientation to encompass social change and include social and political factors in addition to relationships. [...] this involves not just service change, but also social change. The politics need to be challenged of the dynamics of power relations between professionals and service users, so that we can have services that show that there are beliefs that people can change and become empowered citizens, even if they struggle with complex life challenges.” (Ness, Borg, & Davidson, Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives, 2014, p. 113)*

Per intervenire nel ruolo della società nella creazione dello stigma e di barriere nel vissuto quotidiano di persone con psicopatologie, è stato proposto il concetto di cittadinanza attiva (Ramon, 2018). Cittadinanza in un’ottica di *social recovery* viene definita come la promozione dell’insieme di diritti, doveri, ruoli, rischi e risorse che comporta essere cittadino, ed include il senso di appartenenza alla comunità che è riconosciuto dagli altri cittadini (Ogundipe, Sælør, & Biong, 2022). Come fanno notare Davidson e colleghi (2021), quest’approccio riconosce che il costrutto di *recovery* non coinvolge soltanto l’individuo:

*“It recognizes that a person cannot effectively belong to a community unless they are treated as such by others, and that membership in a community comes with certain entitlements and obligations. To recover (or to develop for the first time) the sense of being a full citizen, the person must have certain rights (e.g., the right to community inclusion) and resources (e.g., a home, an income) and be able to take on certain roles and responsibilities (e.g., neighbor, voter) while having meaningful relationships with others that offer the person a sense of belonging.” (Davidson, Rowe, DiLeo, Bellamy, & Delphin-Rittmon, 2021, p. 8)*

Negli interventi di *recovery* la creazione di cittadinanza attiva è stata studiata in contesti di vita di comunità. Sia all’interno comunità strutturate che informali, gli interventi hanno ricercato la creazione di reali possibilità di contribuire con le proprie capacità e conoscenze, di ampliare le proprie reti sociali e di essere parte attiva del cambiamento sociale (Benkwitz & Healy, 2019). Ad esempio, in uno studio sul ruolo del calcio di strada, Ogundipe e colleghi (2021) fanno notare come la creazione di atti quotidiani di cittadinanza abbia favorito il processo di *recovery*. La creazione di

cittadinanza può partire da un contesto di servizi di cura ma deve essere possibile anche in contesti diversi (Ramon, 2018). La possibilità di partecipare attivamente ed essere accettati in comunità politiche, sociali ed economiche è purtroppo spesso negata a persone con psicopatologie, che devono affrontare difficoltà finanziarie ed esclusione sociale (Ogundipe, Sælør, & Biong, 2022). Se il tema della conquista di un'abitazione stabile e di un lavoro è stato già riconosciuto come fondamentale, la letteratura del *relational recovery* fa notare come altri componenti della vita di comunità come le relazioni sociali, il tempo libero, attività creative e il diritto di partecipazione attiva siano un requisito necessario. Quindi, la strada verso il *social recovery* prevede il coinvolgimento di un network di istituzioni e comunità al di là dei servizi di cura, in cui persone in *recovery* possano coltivare esperienze di cittadinanza (Davidson, Rowe, DiLeo, Bellamy, & Delphin-Rittmon, 2021).

## 4. Discussione e considerazioni conclusive

### 4.1 Implicazioni per la ricerca e la pratica

Dai risultati della rassegna sistematica emergono diversi punti critici, sia legati agli approcci teorici, che alle pratiche di intervento. Da un punto di vista teorico, si è visto come permangano diversi usi e concezioni del termine *social recovery*. Sebbene la premessa della centralità del sociale sia accettata dalla letteratura, questa si inserisce in concettualizzazioni diverse di malattia, individualità e società. Nello studio degli elementi sociali secondo una prospettiva multifattoriale o socio-funzionale, si è visto come il sociale sia stato trattato da appendice al contesto di *recovery* personale, sottintendendo una concezione de-contestualizzata degli individui. Mentre quella parte della letteratura che considera la realtà relazionale degli individui fatica a trovare un vocabolario condiviso e un approccio sistematico al tema. A dimostrazione di ciò, si è osservato che gli articoli sul *relational recovery* non sono stati inclusi dalla ricerca sul costrutto di *social recovery*, non avendo menzionato il termine nel titolo o abstract. In futuro sarebbe auspicabile che ci sia uno sviluppo di un'analisi critica e strutturata dei contesti e meccanismi relazionali attraverso i quali vengono prodotte le narrative di *recovery*. Solo così sarà possibile comprendere come gli individui possano essere supportati in un percorso di *recovery* integrato nelle comunità.

La mancanza di chiarezza negli approcci teorici si riflette anche nella criticità delle pratiche di intervento. Esistono servizi orientati al *recovery* che hanno però obiettivi diversi, e il recupero funzionale rimane per molti operatori sanitari il livello auspicabile di recupero. La messa in pratica di politiche relazionali di *recovery* invece si presenta ancora di difficile attuazione. Molti autori auspicano una trasformazione degli equilibri di potere, grazie al quale gli individui con disturbi mentali possano essere parte integrante e integrata della società. Questo evidentemente è una criticità propria dei sistemi sociali, politici ed economici che non può essere risolto soltanto dai servizi di cura. In quest'ottica, la collaborazione tra sistemi di cura e organi politici e sociali diventa indispensabile. Oltre a ciò, le conclusioni della letteratura sugli approcci di *social recovery* relazionale puntano verso la possibilità di una rivoluzione del ruolo dei sistemi di cura. Infatti, creare reazioni reciproche con i pazienti potrebbe voler dire spingersi al di là delle prescrizioni tradizionali di etica professionale. A tutt'oggi però, non esistono

indicazioni chiare, comprensive e largamente accettate delle modalità in cui relazioni reciproche possono formarsi tra persone in *recovery* e *caregiver* formali e informali. Sarebbe dunque auspicabile che la ricerca continui a indagare questi aspetti e a suggerire lo sviluppo di pratiche di intervento che possano essere implementate con trasparenza e in sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari.

## 4.2 Limitazioni e sviluppi futuri

La rassegna presenta limiti che devono essere tenuti in considerazione. L'uso della metodologia PRISMA ha permesso una ricerca sistematica della letteratura che indaga il costrutto di *social recovery*. Tuttavia, dai risultati della ricerca si è evidenziato come termini diversi siano utilizzati per trattare approcci di interesse. Questo potrebbe indicare la necessità un'indagine a più ampio raggio per costruire il panorama completo del costrutto di *social recovery*. Un'altra importante limitazione è la provenienza della maggior parte degli studi presenti in analisi dal mondo anglosassone. Questo è sia una conseguenza dell'esclusione di articoli in lingua non inglese dalla ricerca, che la maggior diffusione della ricerca e implementazione di politiche di *recovery* in Paesi anglosassoni. Per un ulteriore approfondimento del tema, sarebbe auspicabile lo studio dei processi di *social recovery* in popolazioni non-anglosassoni, avendo cura di includere anche minoranze di genere, etnia, ecc.

## 4.3 Conclusione

Iniziato come un movimento verso la liberazione e ripresa di dignità delle persone con psicopatologie, il costrutto di *personal recovery* non ha saputo realizzare il superamento effettivo della condizione di marginalizzazione sociale che è spesso imposta a chi ha sofferto o soffre di disturbi mentali. La teoria del costrutto di *social recovery*, inizialmente nata per indicare il funzionamento sociale, si è nel tempo sviluppata come alternativa alle concezioni biomedica e personale di *recovery*. Il sociale, che include ogni elemento di relazionalità tra l'individuo e gli altri, influisce sul benessere individuale e sui processi di patogenesi e cura dei disturbi mentali. Le relazioni modellano la creazione e modifica di identità personale, sono necessarie nella creazione di condizioni funzionali al *recovery* come sentimenti di speranza e senso di appartenenza, e sono indice di *outcome* positivi in salute mentale. Dunque, il costrutto di *social recovery* considera il *recovery*

come un processo intrinsecamente fondato e moderato dal sociale, che forma il terreno del vissuto soggettivo dell'individuo.

Partendo da questa definizione, esistono tre correnti che hanno sviluppato il costrutto di *social recovery* secondo approcci diversi. Diversi autori propongono una visione multifattoriale di *recovery*, dove *social recovery* indica un aspetto integrativo di recupero. Questi approcci partono da una prospettiva individualistica, considerando l'individuo come ente a sé stante e, da solo, responsabile del proprio impegno e ruolo nel processo di *recovery*. In quest'ottica il costrutto di *social recovery* include capacità sociali, relazioni, possibilità di impiego lavorativo e abitazione indipendente. L'approccio socio-funzionale vede il costrutto di *social recovery* in ottica ancor più limitata, identificando nella conquista di un lavoro e di un'abitazione indipendente le caratteristiche principali di *recovery*. Infine, l'approccio relazionale e di contesto considera il ruolo fondante del sociale nella creazione dell'esperienza individuale e quindi determinante per il processo di *recovery*.

Nelle pratiche di intervento, l'implementazione del costrutto di *social recovery* è stata ugualmente caratterizzata da approcci differenti. Sebbene siano nati servizi approntati al *recovery*, l'enfasi sul costrutto di *social recovery* è stata spesso inesistente, limitata o confusa con pratiche di *personal recovery*. La tendenza di parte della ricerca a decontestualizzare l'individuo, e la presenza di visioni così distanti di *social recovery* hanno fatto sì che non ci sia ancora chiarezza sulle modalità e caratteristiche secondo le quali il sociale modella i processi di recupero. Sebbene temi come il senso di appartenenza a una comunità, la cittadinanza attiva e la creazione di relazioni reciproche siano stati proposti come obiettivi funzionali per il *social recovery*, studi ulteriori sono necessari per comprendere le modalità funzionali applicabili ai diversi contesti, popolazioni e culture.

L'auspicio del *survivor movement* di trovare nuova dignità e speranza per gli individui in *recovery*, è tutt'oggi valido e necessario per spezzare visioni stigmatizzanti di malattia e disabilità. Considerate le evidenze riportate finora, occorre che la ricerca e le politiche sociali diano maggior rilevanza alla costruzione relazionale di identità e le condizioni contestuali di marginalità, povertà e ridotte risorse relazionali, che le persone con disagio mentale spesso si trovano ad affrontare.

## 5. Riferimenti Bibliografici

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision for the mental health service system in the 1990s. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Atapattu, M. S., Gonzales, H. M., & Williams, N. (2022). Recovery from Psychosis: An Integrated Model of Interpersonal and Intrapersonal Factors from the Perspective of Psychologists. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 9(4), 379–93.
- Barlott, T., Shevellar, L., Turpin, M. and Setchell, J. (2020). Destabilising social inclusion and recovery, and pursuing 'lines of flight' in the mental health sector. *Sociology of Health and Illness*, 1328–1343.
- Barton, G. R., Hodgekins, J., Mugford, M., Jones, P. B., Croudace, T., & Fowler, D. (2009). Cognitive Behaviour Therapy for Improving Social Recovery in Psychosis: Cost-Effectiveness Analysis. *Schizophrenia Research*, 112(1), 158–63.
- Benkwitz, A. and Healy, L.C. (2019). ‘Think Football’: Exploring a football for mental health initiative delivered in the community through the lens of personal and social recovery. *Mental Health and Physical Activity*, 17.
- Carney M.W.P., Ferguson R.S., Sheffield B.F. (1970). PSYCHIATRIC DAY HOSPITAL AND COMMUNITY. *The Lancet*, 1218-1220.
- Chester, P.; Ehrlich, C.; Warburton, L.; Baker, D.; Kendall, E.; Crompton, D. (2016). What is the work of recovery oriented practice? A systematic literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(4), 270-285.
- Davidson, L., Rowe, M., DiLeo, P., Bellamy, C. and Delphin-Rittmon, M. (2021). Recovery-oriented systems of care: A perspective on the past, present, and future. *Alcohol Research: Current Reviews*, 41(1), .
- Eissler, K. R. (1947). Objective (behavioristic) criteria of recovery from neuropsychiatric disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*.
- Fowler, D., Berry, C., Hodgekins, J., Banerjee, R., Barton, G., Byrne, R., ... & French, P. (2021). Social recovery therapy for young people with emerging severe mental illness: The Prodigy RCT. *Health Technology Assessment*, 25(70), 1–98.
- Fowler, D., Hodgekins, J., & French, P. (2019a). Social Recovery Therapy in improving activity and social outcomes in early psychosis: Current evidence and longer term outcomes. *Schizophrenia Research*, 203, 99–104.
- Fowler, D., Hodgekins, J., Berry, C., Clarke, T., Palmier-Claus, J., Sacadura, C., . . . French, P. (2019b). Social recovery therapy: A treatment manual. *Psychosis*, 11(3), 261-272.
- Fowler, D., Hodgekins, J., French, P., Marshall, M., Freemantle, N., McCrone, P., Everard, L., Lavis, A., Jones, P.B., Amos, T. and Singh, S. (2018). Social recovery therapy in combination with early intervention services for enhancement of social recovery in patients with first-episode psychosis

- (SUPEREDEN3): a single-blind, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 1-10.
- Fowler, D., French, P., Banerjee, R., Barton, G., Berry, C., Byrne, R., . . . Hodgekins. (2017). Prevention and treatment of long-term social disability amongst young people with emerging severe mental illness with social recovery therapy (The PRODIGY Trial): Study protocol for a randomised controlled trial. *Current Controlled Trials in Cardiovascular Medicine*, 18(1), 315–315.
- Fowler, D., Hodgekins, J., Painter, M., Reilly, T., Crane, C., Macmillan, I., ... & Jones, P. B. (2009). Cognitive behaviour therapy for improving social recovery in psychosis: a report from the ISREP MRC Trial Platform study. *Psychological medicine*, 39, 1627–1636.
- Fullagar, S., O'Brien, W. (2014). Social recovery and the move beyond deficit models of depression: A feminist analysis of mid-life women's self-care practices. *Social Science & Medicine*, 117, 116-124.
- Gee, B., Berry, C., Hodgekins, J., Greenwood, K., Fitzsimmons, M., Lavis, A., ... & Fowler, D. (2023). A qualitative process evaluation of social recovery therapy for enhancement of social recovery in first-episode psychosis (SUPEREDEN3). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 133-145.
- Gee, B., Hodgekins, J., Fowler, D., Marshall, M., Everard, L., Lester, H., ... & Birchwood, M. (2016). The course of negative symptom in first episode psychosis and the relationship with social recovery. *Schizophrenia Research*, 174(1-3), 165-171.
- Griffiths, S. L., Wood, S. J., Fowler, D., Freemantle, N., Hodgekins, J., Jones, P. B., ... & Birchwood, M. (2021). Improved social functioning following social recovery therapy in first episode psychosis: Do social cognition and neurocognition change following therapy, and do they predict treatment response? *Schizophrenia Research*, 249-255.
- \*Hamer, H. P., Rowe, M., & Seymour, C. A. (2019). 'The right thing to do': fostering social inclusion for mental health service users through acts of citizenship. *Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 297-305.
- Harper, D., Speed, E. (2014). Uncovering recovery: The resistible rise of recovery and resilience. In *De-medicalizing misery II: Society, politics and the mental health industry* (p. 40-57). London: Palgrave Macmillan UK.
- Hodgekins J., Birchwood M., Christopher R., Marshall M., Coker S., Everard L., Lester H., Jones P., Amos T., Singh S., Sharma V., Freemantle N., Fowler D. (2015). Investigating trajectories of social recovery in individuals with first-episode psychosis: A latent class growth analysis. *British Journal of Psychiatry*, 536-543.
- Hodgekins J., Fowler, D. (2010). CBT and recovery from psychosis in the ISREP trial: Mediating effects of hope and positive beliefs on activity. *Psychiatric Services*, 3, 321-324.
- Hopper, K. (2007). Rethinking social recovery in schizophrenia: what a capabilities approach might offer. *ocial science & medicine*, 65, 868-879.
- Jaeger, M., Hoff, P. (2012). Recovery: conceptual and ethical aspects. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(6), 497-502.

- Karadzhev, D. (2023). Personal recovery and socio-structural disadvantage: A critical conceptual review. *Health, 27*(2), 201-225.
- 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), 445-452.
- Lloyd, C., Waghorn, G., & Williams, P. L. (2008). Conceptualising recovery in mental health rehabilitation. *The British Journal of Occupational Therapy, 321-328*.
- Lowen, C., Hodgekins, J., Pugh, K., Berry, C., Fitzsimmons, M., French, P., ... & Fowler, D. (2020). Measuring adherence in social recovery therapy with people with first episode psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 48*(1), 82-90.
- Lower, R., Wilson, J., Medin, E., Corlett, E., Turner, R., Wheeler, K., & Fowler, D. (2015). Evaluating an early intervention in psychosis service for 'high-risk' adolescents: Symptomatic and social recovery outcomes. *Early intervention in psychiatry, 9*(3), 260-267.
- Maraolo, A. E. (2021). Una bussola per le revisioni sistematiche: la versione italiana della nuova edizione del PRISMA statement. *Medici Oggi*.
- Marino, C. (2015). To belong, contribute, and hope: First stage development of a measure of social recovery. *Journal of Mental Health, 68-72*.
- Meesters, P. D., van der Ham, L., Dominicus, M., Stek, M. L., & Abma, T. A. (2019). Promoting Personal and Social Recovery in Older Persons with Schizophrenia: The Case of The New Club, a Novel Dutch Facility Offering Social Contact and Activities. *Community Mental Health Journal, 55*, 994-1003.
- Mezes, B., Lobban, F., Costain, D., Hillier, L., Longson, D., Varese, F., & Jones, S. H. (2022). Recovery beyond clinical improvement - Recovery outcomes measured for people with bipolar disorder between 1980 and 2020. *Journal of Affective Disorders, 375-392*.
- 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.
- Ness, O., Borg, M., & Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual Diagnosis, 7*(3), 107-117.
- Norton, M. J., & Swords, C. (2021). Social recovery: A new interpretation to recovery-orientated services—A critical literature review. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*.
- Nurjannah, I., Suryo Prabandari, Y., & Marchira, C. R. (2019). Health professional's perceptions toward recovery of patients with schizophrenia in community. *The Open Public Health Journal, 12*(1).
- Ogundipe, E., Sælør, K. T., & Biong, S. (2022). Social recovery and economy: a thematic analysis of staffs' experiences with promoting social community participation for residents with co-occurring problems. *Advances in Dual Diagnosis*.
- Ogundipe, E., Borg, M., Thompson, T., Knutsen, T., Johansen, C., & Karlsson, B. (2020a). Recovery on the Pitch: Street Football as a Means of Social Inclusion. *Journal of psychosocial rehabilitation and mental health, 7*, 231-242.



- Ogundipe, E., Sælør, K. T., Dybdahl, K., Davidson, L., & Biong, S. (2020b). “Come together”: a thematic analysis of experiences with belonging. *Advances in dual diagnosis*, 13(3), 123-134.
- Price-Robertson, R., Obradovic, A., & Morgan, B. (2017). Relational recovery: beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*, 108-120.
- Ramon, S. (2018). The place of social recovery in mental health and related services. *Int. J. Environ. Res. Public Health.*, 15(6), 1052.
- Reed, N. P., Josephsson, S., & Alsaker, S. (2020). A narrative study of mental health recovery: exploring unique, open-ended and collective processes. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 15(1), 1747252.
- Rowe, M., Serowik, K. L., Ablondi, K., Wilber, C., & Rosen, M. I. (2013). Recovery and money management. *Psychiatric rehabilitation journal*, 36(2), 116.
- Shrivastava, A., Johnston, M., Thakar, M., Stitt, L., & Shah, N. (2011). Social outcome in clinically recovered first-episode schizophrenia in a naturalistic, ten-year, follow-up study in India. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 5(2), 95-101.
- Shrivastava, A., Shah, N., Johnston, M., Stitt, L., & Thakar, M. (2010). Predictors of long-term outcome of first-episode schizophrenia: A ten-year follow-up study. *Indian journal of psychiatry*, 52(4), 320.
- Simonds, L. M., Pons, R. A., Stone, N. J., Warren, F., & John, M. (2014). Adolescents with anxiety and depression: Is social recovery relevant? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(4), 289-298.
- Skånland, M. S. (2023). Music therapy and social recovery in flexible assertive community treatment. *Nordic Journal of Music Therapy*, 32(4), 290-306.
- Solli, H. (2015). Battling illness with wellness: a qualitative case study of a young rapper’s experiences with music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 204–231.
- Solli, H. P., Rolvsjord, R., & Borg, M. (2013). Toward understanding music therapy as a recovery-oriented practice within mental health care: A meta-synthesis of service users' experiences. *Journal of Music Therapy*, 244-273.
- \*Stewart, J. L. (2018). The ghettoization of persons with severe mental illnesses. *Mental Health and Social Inclusion*, 23(1), 53-57.
- Tew, J. (2013). Recovery Capital: What enables a sustainable recovery from mental health difficulties? *Eur. J. Soc. Work*, 360–374.
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J., & Le Boutillier, C. (2012). Social factors and recovery from mental health difficulties: A review of the evidence. *British journal of social work*, 42(3), 443-460.
- Tiderington, E. (2018). “The Apartment is for You, It’s Not for Anyone Else”: Managing Social Recovery and Risk on the Frontlines of Single-Adult Supportive Housing. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45, 152-162.
- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., & Davidson, L. (2011). Not just an individual journey: Social aspects of recovery. *International journal of social psychiatry*, 57, 90-99.
- Van Bussel, E. M. M., Nguyen, N. H. M., Wierdsma, A. I., Van Aken, B. C., Willems, I. E. M. G., & Mulder, C. L. (2021). Adult Attachment and Personal, Social, and

- Symptomatic Recovery From Psychosis: Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 641642.
- Van Lith, T., Schofield, M. J., & Fenner, P. (2013). Identifying the evidence-base for art-based practices and their potential benefit for mental health recovery: a critical review. *Disability and rehabilitation*, 35(16), 1309-1323.
- Vera San Juan, N., Gronholm, P. C., Heslin, M., Lawrence, V., Bain, M., Okuma, A., & Evans-Lacko, S. (2021). Recovery From Severe Mental Health Problems: A Systematic Review of Service User and Informal Caregiver Perspectives. *Front Psychiatry*.
- Warner, R. (2004). *Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy*. London, UK: Routledge.
- Whitley, R., & Drake, R. E. (2010). Recovery: a dimensional approach. *Psychiatric Services*, 1248-1250.
- Wingo, A. P. (2010). Correlates of recovery of social functioning in types I and II bipolar disorder patients. *Psychiatry research*, 177(1-2), 131-134.
- Yates, I., Holmes, G., & Priest, H. (2012). Recovery, place and community mental health services. *Journal of Mental Health*, 21(2), 104-113.

\*=opere non direttamente consultate