

PER UNA DISCUSSIONE CRITICA SUL TEMA DELLA “RECOVERY” IN ITALIA E IN EUROPA

Por Uma Discussão Crítica Sobre o Tema ‘Recovery’ na Itália e na Europa

Roberto Mezzina¹

Artigo encaminhado: 20/11/2016
Aceito para publicação: 20/02/2017

RIASSUNTO: Le pratiche e le politiche di deistituzionalizzazione, che in Italia hanno determinato la chiusura degli ospedali psichiatrici alla fine degli anni '90, hanno determinato nuove condizioni di possibilità, per le persone con problemi di salute mentale, di intraprendere percorsi di recovery e di inclusione sociale. Al quadro dei diritti e delle opportunità si deve però aggiungere un lavoro per modificare le condizioni di vita reali e i rapporti di potere, la contrattualità, la socialità e per promuovere l'emancipazione degli utenti dei servizi. Ciò passa attraverso forme di partecipazione, di soggettivazione, di protagonismo diretto, e viene favorito dalla costruzione di reti comunitarie a partire dai servizi. Si sono sviluppate molte posizioni ufficiali e documenti programmatici riguardanti il tema della recovery, la maggior parte dei quali sottolinea la questione centrale della cittadinanza. Le pratiche di salute mentale possono rendere possibile la realizzazione del diritto ad una cura nella libertà, ad un reddito, ad una casa, ad un lavoro, ad una partecipazione attiva alla vita civile e sociale. Questa dimensione sociale della recovery, testimoniata da ricerche qualitative, valorizza diverse forme di aiuto che si fondano sulla relazione, anche tra pari, in una prospettiva che non riguarda solo l'aspetto personale, ma anche l'ambito familiare, dei servizi – come catalizzatori del processo, ma che devono accettare di cambiare profondamente - e della comunità stessa. La trasformazione delle forme dell'abitare e dell'accoglienza, e più in generale della relazione terapeutica e col servizio, e dello stesso approccio verso una visione globale, fondata sull'intera vita e sul sistema sociale, si stanno dimostrando sempre più determinanti.

Parola-chiave: Recovery. Deistituzionalizzazione. Inclusione Sociale. Cittadinanza. Protagonismo.

RESUMO: As práticas e as políticas de desinstitucionalização, que na Itália determinaram o fechamento dos hospitais psiquiátricos no fim dos anos 90, criaram novas condições e possibilidades para as pessoas com problemas de saúde mental iniciassem o processo de recovery e inclusão social. Direitos e oportunidades de trabalho modificaram às condições reais de vida, relações de poder, à contratualidade, à socialização e a emancipação dos

¹ Roberto Mezzina è direttore del Dipartimento di salute mentale e del Centro Collaboratore dell'OMS di Trieste, dove lavora dal 1978, introducendo diverse innovazioni nei servizi e nelle pratiche, e sviluppando un'intensa attività internazionale in più di trenta paesi come formatore, docente, ricercatore, con numerose pubblicazioni.

usuários que estão em tratamento nos serviços. Isto acontece através da participação, subjetivação, do protagonismo que favorece a construção das redes comunitárias a partir dos serviços. Foram desenvolvidos pensamentos e programas oficiais que tratam o tema recovery que tem como tema central a cidadania. Esta prática possibilita o direito de ser tratado em liberdade, ter renda, casa, trabalho, participação ativa na vida civil e social. Esta dimensão social da recuperação, evidenciada pela pesquisa qualitativa, promove diferentes formas de auxílio que se baseiam na relação entre pares, em uma perspectiva que não é apenas sobre a aparência pessoal, mas também o ambiente familiar, serviços - como catalisadores do processo, que deve concordar em alterar profundamente - e da própria comunidade. A transformação nas formas de vida e tratamento, e mais em geral, da relação terapêutica e com o serviço, e a mesma abordagem de uma visão global, fundada inteiramente dentro da própria vida e dentro do sistema social, se demonstram sempre mais determinantes.

Palavras-Chave: Recovery. Desinstitucionalização. Inclusão Social. Cidadania. Protagonismo.

1 SVILUPPO DELLE POLITICHE DI SALUTE MENTALE E LORO IMPLEMENTAZIONE

In Italia, la de-istituzionalizzazione è stata completata fino alla chiusura di tutti gli ospedali psichiatrici in due decenni (1978-1999). La legislazione del 1978 si è basata sui diritti (ad esempio, per quanto riguarda il trattamento obbligatorio, la libera comunicazione, il diritto di ricorso, l'impossibilità di periodi prolungati, e l'assenza di detenzione) e ciò ha promosso il tasso più basso di trattamento obbligatorio in Europa (17 / 100.000) e la più breve durata media (10 giorni), evitando le carriere istituzionali. Tale legislazione è stata finalmente attuata mediante vincoli finanziari alle regioni legati alla chiusura degli ospedali psichiatrici (1997-1999). Il settore forense è stato oggetto recentemente di una progressiva de-istituzionalizzazione. L'intero processo è stato sostenuto da altre leggi, come la legge sulle cooperative sociali e sull'integrazione dei servizi sociali e sanitari. Tra le esperienze avanzate di attuazione della riforma il Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, modello per l'intera regione Friuli- Venezia Giulia, opera senza manicomio da 45 anni, con un sistema a porte aperte, Centri di Salute Mentale aperti 24 ore con 6 posti letto per ogni settore, un sistema di abitare supportato, e una piccola unità in ospedale generale con 6 posti letto. Il budget individuale di salute, sviluppato qui e ora in diverse regioni, sostiene progetti di recovery e di inclusione sociale, ed è stata attuata l'integrazione dei servizi di salute mentale col sistema dei distretti sanitari per la medicina di comunità (anziani, giovani e adolescenti, disabilità, medicina specialistica, ecc). Le cooperative sociali forniscono formazione e inserimento in un sistema di opportunità di lavoro reali. La mobilitazione democratica e la partecipazione della società civile

è stato molto importante all'inizio, poi un ruolo di primo piano è stata svolta dalle associazioni nazionali dei familiari dagli anni '90 (MEZZINA; 2016, P. 747-54).

Il cambiamento culturale, susseguente alla chiusura dell'istituzione manicomiale, è un obiettivo che pare ottenuto, come dimostrano i risultati della ricerca del CCOMS di Lille sull'immagine della malattia mentale nella comunità a Trieste.

Ci chiediamo quale visibilità la deistituzionalizzazione ha prodotto della sofferenza dei soggetti, dentro ed al di là della malattia. Lungo appare il lavoro di trasformazione delle pratiche e delle discipline; per "riabilitare che riabilita" è necessario stabilire forme di partecipazione attiva degli utenti ai servizi di comunità e rafforzare i legami con le istanze e di soggetti della vita sociale, anch'essi da coinvolgere nella promozione di salute mentale (dai familiari agli operatori dei servizi sociali, sanitari e giudiziari, via via fino al corpo sociale). Non è questa un'operazione indolore perché va a toccare il nodo dei poteri e deve pertanto partire dal riconoscimento che la prospettiva dell'utente, come soggetto ed attore del proprio percorso di integrazione sociale e di emancipazione, è fondamentale.

In questi anni si è passati dalle forme più ingenua ma anche genuine di "comunità terapeutica" (che hanno riguardato le piccole realtà di casa-alloggio, gruppo-appartamento, e nei luoghi più avanzati hanno informato la stessa quotidianità dei servizi territoriali di salute mentale, a Trieste ma non solo, in una concezione del servizio come rete partecipativa) alle modalità di vera partecipazione responsabile; dall'interlocuzione coi germi di self-help ed associazionismo degli utenti, nati spontaneamente o più spesso promossi dai servizi, alle forme di democrazia partecipativa (i comitati di partecipazione nei servizi); dalle istanze di "empowerment" (inteso come "dare potere ed autorevolezza"), al bisogno di risorse e strumenti per l'inclusione sociale (formazione e ri-scolarizzazione, inserimento lavorativo reale, budget personali per i percorsi di cura).

Il processo di deistituzionalizzazione, in Italia in particolare, ha favorito il rafforzamento degli utenti come soggetti di diritto, dotati di contrattualità; le possibilità per essi di espressione autonoma; il potenziamento delle valenze di salute di cui erano portatori, verso un'idea di emancipazione che tendeva a superare il mero dato dalla "terapia" per estendersi a tutto ciò che promuove la salute mentale e la qualità della vita, o in altri termini, l'inclusione sociale. (MEZZINA; 2012. p. 7-23)

Potenziamento e "soggettivazione" degli operatori, nelle migliori esperienze, sono avanzati in parallelo con quelli dei pazienti, e di quanti altri venivano coinvolti in un rapporto diretto col servizio (familiari, cittadini, volontari, ecc.).

Se è vero che tutto ciò ha permesso il ristabilirsi di uno statuto di diritti di cittadinanza per le persone colpite da disturbo mentale, le quali hanno riguadagnato non solo un livello di potere ma anche la possibilità di "dire", di avere la parola, è importante cogliere il nesso tra le pratiche alternative di critica alla psichiatria ed il nuovo protagonismo, l'empowerment, la comparsa dei soggetti (gli utenti dei servizi) sulla scena sociale. Essi reclamano la possibilità di integrazione vera e la difesa di un valore dell'esperienza sofferente come diversità.

Il rapporto istituzionale soggetto-oggetto di trattamento, curante-curato, deve diventare un'interazione complessa tra soggetti differenti, che oggi si definiscono "stakeholders".

Una rete nazionale degli utenti psichiatrici si è costituita solo negli ultimi dieci anni, e, fatto salvo che in alcune regioni (es. Toscana), non è riconosciuto come interlocutore istituzionale ufficiale. Le esperienze di coinvolgimento e partecipazione delle persone con esperienza nei servizi non si sono generalizzate se non in poche città (Trieste, Trento – con l'inclusione degli UFE, utenti e familiari esperti nei servizi, Brescia, Bologna, Latiano). Il movimento cooperativo ne è stato solo parzialmente toccato (vedi in positivo l'esempio di Iseo).

Vanno invece sistematicamente favorite tutte le modalità di partecipazione informale alla vita dei nuovi servizi di comunità, sulla base di una tendenziale reciprocità nei rapporti, includendo nel campo via via tutte le figure che possono complessificare tale bipolarità.

I servizi dunque devono tessere una rete (una "rete partecipativa") a partire da sé: è un network di scambi e di processi di "adozione" (CASTELFRANCU; 1995, p. 140), dove sono però scambiate non solo merci ma valori d'uso, relazioni, mettendole a disposizione e facendole arrivare a chi (l'utente) per solito ne è escluso.

Non è infatti possibile costruire una rete comunitaria senza che essa abbia un'alta qualità partecipativa. Solo una pratica psichiatrica in cui le persone sono valorizzate come soggetti, dotati di una loro contrattualità, e in cui i loro bisogni, aspettative, obiettivi sono la sostanza dei progetti terapeutici, può produrre consenso alle cure, fiducia e collaborazione, coinvolgimento nei programmi individuali da parte di ciascuno e dunque (ulteriore passaggio) opportunità di

partecipazione collettiva alla vita di un servizio e alla sua trasformazione. A partire dal coinvolgimento nei programmi terapeutici, può incrementarsi il flusso comunicativo nei servizi, le situazioni di convivenza promosse dal servizio, il sostegno spontaneo di pazienti ad altri pazienti in crisi, la presenza qualificata dei familiari come interlocutori.

Non vi sono state però finora politiche realmente efficaci, capaci di implementare efficacemente e sistematicamente l'idea-guida della recovery nei servizi.

2 RECOVERY AND PERSON-CENTRED PRACTICE

Il concetto di recovery comunque appare centrale oggi nel saldare le esperienze di riforma psichiatrica, in particolare se nate dalla deistituzionalizzazione della psichiatria e delle sue istituzioni con il sapere che emerge dalle esperienze delle persone, attraverso i processi di empowerment e di emancipazione.

Il costrutto "recovery" in sé stesso rappresenta una sfida al riduzionismo medico-biologico in psichiatria, in quanto è possibile attraverso di esso contrapporvi il ruolo attivo della persona, la rilevanza di fattori connessi alla sua esistenza concreta, alla sua datità empirica, tali da influenzare il decorso della propria condizione psicopatologica non in senso meccanicistico ed estrinseco, eterodeterminato, ma attraverso la significatività di tali fattori all'interno del mondo di un soggetto individuale. Proprio in quanto calati in questo mondo, essi vanno contestualizzati, e così diventare elementi fondativi di una ricostruzione di soggettività.

D'altronde, l'enfasi su fattori e determinanti interni ed esterni alla persona, soggettivi e sociali, versus quelli naturalistici attinenti alla "malattia", si coniuga con la necessità di ricevere risposte a una globalità di bisogni e insieme di rivendicare diritti, in un processo che vede il "malato", come soggetto individuale e collettivo, protagonista del cambiamento dei servizi, delle culture e dei saperi.

Nel discutere l'evoluzione delle politiche vanno considerati molti "position papers" espressi da gruppi professionali e società scientifiche, in ambito europeo specie in Gran Bretagna, oltre alle linee guida delle politiche di molti stati. Tutti questi documenti riconoscono che non c'è un'accezione universale di recovery, o un vero consenso su un significato univoco della parola. Essa è un evento spontaneo (su questo non vi sono conoscenze approfondite) o una conseguenza globale del trattamento (secondo l'EBM); oppure un'esperienza che accade

anche nel contesto di persistenti sintomi o disabilità. In tal caso, il focus si pone su collaborazione, partnership e cure autogestite, per favorire la scelta ed il controllo delle persone che usano i servizi, le loro famiglie e la loro rete di relazioni.

A molti anni dall'esordio del tema si propongono sempre tensioni tra polarità opposte. Ad esempio, da un lato il clinical recovery (SLADE et al; 2009), ovvero una remissione prolungata e una riparazione del funzionamento: concetto sostanzialmente invariante anche se di difficile oggettivazione, utilizzato comunque per misurare i tassi di guarigione. Dall'altro il personal recovery, che si radica nelle narratives: vivere una vita soddisfacente, piena di speranza e che porta il suo contributo alla società anche con le limitazioni causate dalla malattia. Esso varia tra gli individui, e si basa su stadi di cambiamento più che su tassi.

In definitiva si pone sempre, da un lato, una qualche prospettiva "basata sul servizio", che spesso coincide col ritorno allo stato premorboso dopo un episodio (LIBERMAN; 2009 p.256), e d'altra parte si precisa sempre meglio la prospettiva dell'utente del processo di ripresa. Si passa in sostanza dal tentativo di un'accezione universale dei 'professionals' all'autodefinizione rivendicata dalle persone con esperienza.

Per recovery si intenderà allora il superamento del ruolo paziente e il controllo sulla propria vita (DAVIDSON et al. 2005, p. 177); il ristabilire una vita piena e significativa ed un positivo senso di identità basato su speranza e autodeterminazione (ANDRESEN et al. 2003,p.286); un processo di riscoperta personale di come vivere bene con sintomi persistenti e vulnerabilità (ROBERTS & WOLFSON; 2004, p.37); un processo profondamente personale ed unico di cambiamento degli atteggiamenti, valori, sentimenti, obiettivi, capacità,e ruoli; lo sviluppo di nuovi significati e scopi, mentre si cresce oltre la catastrofe della malattia mentale.

Pratiche e programmi per la recovery ormai si moltiplicano, dalle "case di crisi" gestite da utenti o ex utenti sperimentate in Gran Bretagna alle "family sponsor homes" dove un ambiente familiare altro accoglie le persone in difficoltà o in crisi, dai programmi di supporto tra pari e di auto aiuto a tutto ciò che lavora sugli elementi comuni (il genere, la cultura etc), dai programmi sostenuti con Budget individuali e 'direct payments' ai club e centri diurni 'drop-in'. Mentre si realizza il passaggio da "user involvement" a "peer-operated services", da utenti come stakeholders a soggetti erogatori di cure ad altri con cui condividono l'esperienza, tali

programmi si fondano sulle capacità di auto-mutuo aiuto e di interdipendenza tra persone con esperienza diretta del problema.

Negli stessi anni il Connecticut disegnava una mappa per i servizi orientati alla guarigione e centrati attorno alla persona, e negli Standards federali australiani della National Mental Health Strategy (Implementation guidelines for Public Mental Health Services and Private Hospitals, 2010). Già alcuni anni fa, in una ricerca svolta dai servizi dell'Ohio e del Maine, il passaggio che va favorito nei confronti dei servizi è da una posizione di DIPENDENTE INCONSAPEVOLE ad una di DIPENDENTE CONSAPEVOLE, per poi andare ad INDIPENDENTE CONSAPEVOLE e infine INTERDIPEDENTE CONSAPEVOLE, con ciò riconoscendo l'importanza di usare attivamente i sostegni offerti dal servizio per le proprie scelte di vita.

In alcune linee guida ("Recovery-oriented care for Mental Health and Substance Use Conditions" dello Stato del Connecticut, 2008), a partire da una definizione pragmatica della recovery si enuncia di conseguenza il tipo d'aiuto richiesto: "Recovery si riferisce ai modi in cui una persona gestisce una condizione di disturbo mentale o di uso di sostanze nel processo di ristabilire o sviluppare un significativo senso di appartenenza ed un positivo senso di identità al di là della sua condizione e mentre si ricostruisce una vita nonostante o all'interno dei limiti imposti dalla sua condizione. La cura orientata alla recovery è ciò che gli operatori impegnati nei trattamenti e negli interventi riabilitativi offrono a sostegno degli sforzi di recupero della persona sul lungo periodo".

Qui si offre, al sistema e all'utente insieme, la possibilità di cambiare e di riorientarsi.

Secondo lo stesso documento, la cura orientata alla recovery deve rispondere ad una serie di requisiti che sono guidati dall'universo valoriale fin qui evocato, ossia:

- * Guidata da utenti e familiari (coinvolgimento in ogni fase)
- * Rapida e responsiva (preventiva, precoce, accessibile, globale)
- * Centrata sulla persona (non solo negoziazione ma 'crede' nella persona)
- * Efficace, equa e efficiente (scelta, soddisfazione)

* Sicura e affidabile (evitare coazione e violenza)

* Massimizza l'uso dei supporti e degli ambienti naturali (cittadinanza), della comunità

La Recovery Star (strumento elaborato da Triangle Consulting nel 2011 su mandato del Mental Health Providers Forum) è il prodotto di una ricerca-azione condotta con la partecipazione di operatori ed utenti di diversi servizi di salute mentale di area londinese, attraverso metodi qualitativi e quantitativi. Il quadro teorico della Recovery Star fa riferimento alla coproduzione, all'empowerment, alla valorizzazione dell'esperienza vissuta in prima persona dagli utenti dei servizi e al ruolo di facilitazione degli operatori rispetto ad un percorso di cambiamento personale. La "scala del cambiamento" ne costituisce il motore concettuale, offrendo all'utente e all'operatore indicazioni non solo per la valutazione, ma anche un supporto nell'identificare gli interventi più adatti nelle dieci aree della salute mentale, dei life-skills, del lavoro, delle dipendenze, della responsabilità, delle reti sociali, delle relazioni personali, della speranza, della cura di sé, dell'identità e dell'autostima.

Il costrutto "recovery" è quindi entrato con forza nelle politiche e nei documenti ufficiali, anche dell'OMS, dal 2005 (Dichiarazione di Helsinki) fino alla precisa definizione nel Piano d'Azione dell'OMS 2013-2020: "Dal punto di vista dell'individuo affetto da malattia mentale, la recovery consente di ritrovare e mantenere la speranza, capire le proprie forze e debolezze, impegnarsi nella vita attiva, recuperare l'autonomia personale, l'identità sociale, il senso della vita e uno scopo di vita e un'immagine di sé positiva. Recovery non è sinonimo di cura. Fa riferimento sia alla condizione interiore vissuta dalle persone che si descrivono nel loro percorso di recovery – speranza, ripresa, empowerment e recupero dei rapporti – sia ai fattori esterni che agevolano la recovery – rispetto dei diritti umani, cultura positiva della ripresa e dei servizi incentrati sulla recovery". (WHO, 2013a)

3 CITIZENSHIP AND SOCIAL INCLUSION

Il problema è come oggi le pratiche di salute mentale e di riabilitazione debbano e possano contribuire a rendere possibile la piena realizzazione del diritto ad una cura che non sia sanzione, del diritto ad un reddito, ad una casa, ad un lavoro, ad una partecipazione attiva alla vita civile e sociale.

Riteniamo che la recovery si compie pienamente solo in uno stato di godimento dei diritti e di risposta ai bisogni che sono possibili solo in una piena condizione di cittadinanza. Ecco perché questa è la parola che ormai più frequentemente viene associata alla recovery. Infatti le cornici concettuali più frequenti nei documenti-guida sul tema (LE BOUTILLER et al. 2011, p.1470) sono la promozione della cittadinanza, inteso come supporto a reintegrare le persone nella società e a farle vivere come cittadini (diritti, inclusione, occupazione) assieme all'impegno alla trasformazione dei servizi in senso globale – whole systems - (percorsi di cura, miglioramento di qualità, formazione degli operatori), al supporto alla recovery personale (individualizzazione dei supporti e delle cure, scelta informata, peer support, focus sulle capacità, approccio olistico) e alle relazioni che funzionano (in senso terapeutico e d'aiuto).

La domanda centrale è dunque “che cosa aiuta?”. Che vuol dire anche: quanto indipendenti sono i percorsi del “recuperarsi” dall'aiuto professionale? Quali ne sono i sistemi naturali di supporto? Quali ne sono i fattori, i mezzi, gli strumenti, personali e sociali, che li favoriscono, e soprattutto che la persona riconosce utili alla ripresa vale a dire ‘soggettivamente’ importanti?

Tutte le informazioni, le risorse delle reti, le capacità di altri oltre che le proprie possono essere capitalizzate, sono insomma il capitale sociale di questo processo, come ad esempio esse l'aiuto che può venire da altri servizi non di salute mentale nella risposta ai propri bisogni.

Il senso di appartenenza ad un luogo, ad un gruppo, può appunto offrire quel senso di comunanza con le esperienze di altri. Gruppi tra pari o di self-help sono spesso prime reti di sostegno, ed anche rappresentano passaggi verso forme di partecipazione sociale consapevole, che si svolgono attraverso il sentirsi parte di comunità tra pari, di club, di collettività dentro e fuori dalla psichiatria; caratterizzate da comunicazioni e interazioni reali o virtuali, informatiche; unite da valori comuni, come la difesa della diversità o l'identità di genere, a rimarcare un bisogno di appartenenza e di attaccamento al mondo sociale (e quindi di integrazione sociale), o almeno a gruppi umani, come intimamente costitutivi dell'identità dei soggetti.

A loro volta, i modi di partecipazione alla comunità (e di integrazione sociale) sono connessi ad una consapevolezza di essere cittadini, ed in quanto tale parte della comunità; può essere mediata da affiliazioni ad un club, ad un centro diurno, ad un ostello, alla comunità di

internet. Una consapevolezza politica é talvolta importante, come lotta per una società migliore, o come fiducia verso le opportunità dello stato sociale; ma anche come impegno in progetti di valore sociale per aiutare persone in stato di bisogno. Gli aspetti politici e sociali sono fortemente legati all'esperienza individuale. Uscire dal privato dei vissuti e dei problemi per trovare agganci con problematiche di livello più generale, in cui l'esperienza del singolo si lega a spinte collettive verso i diritti o verso l'emancipazione e l'inclusione sociale.

Quando si pone una dimensione sociale e partecipativa della recovery, essa costituisce un elemento fondamentale che indica che la persona sta emergendo dall'isolamento, dalla rottura di significato e della comunicazione che si traduce de-socializzazione.

Si può percepire allora nell'individuo un'esperienza di "cittadinanza vissuta" che è l'intima natura sociale della recovery. Ovviamente, ma non tanto per la psichiatria, le risorse materiali - il denaro, la casa, il lavoro - sono un veicolo fondamentale della recovery, perché rappresentano opportunità, e costruiscono identità e contrattualità sociale.

Un percorso ben documentato riguarda l'occupazione ed il lavoro come opportunità per la recovery, attraverso l'empowerment e il recupero di un ruolo sociale, legati ad un senso di scopo della propria vita. In Italia, ciò avviene soprattutto attraverso l'esperienza della cooperazione sociale, che rappresenta il partner principale per l'80% dei Dipartimenti di salute mentale. (BRACCO et al., 2013)

4 VOICES OF LIVED EXPERIENCE/PEERS

L'idea di recovery, ossia l'emersione del soggetto come evento che segna una svolta nel percorso terapeutico, o nel rapporto col servizio, o nella sua propria esistenza, "si vede" dal riemergere del soggetto, delle sue speranze, aspettative di vita, sogni, progetti, e in effetti essa è spesso (non sempre) una "ricostruzione" del Sé. I racconti delle persone e la nostra esperienza nel lavoro che facciamo ci sembrano la miglior dimostrazione di che cosa voglia dire ripresa, e guarigione. Pensiamo a tutte le volte che vediamo ricomparire delle persone dalla loro malattia, che sembra quasi assottigliarsi e scomparire. Ci sono persone che vediamo dopo molto tempo e molte sofferenze improvvisamente migliorare (e non ci avevamo sperato!); e persone che prendono coscienza dei loro problemi e finalmente sono in grado di analizzarli e situarli nella loro storia. Ci sono anche i mille modi che le persone dimostrano di avere per

uscire da una crisi, chiudendo capitoli della loro vita, o riconnettendosi invece a temi lungamente dimenticati; e che a volte ci sorprendono, uscendo dal linguaggio dei sintomi e presentandoci la lunga lista delle loro consapevolezze.

Secondo le dirette testimonianze delle persone, la recovery può accadere con o senza l'aiuto professionale, o addirittura nonostante esso. Kalyanasundaram ha sostenuto che nell'ambito della relazioni umane che curano, il paradigma dominante - professionale, formale, obiettivo, fondato sull'indagine, sull'interpretazione, sull'esperto, che mantiene il focus sul comune, e attua la gestione della cura – si confronta con uno emergente o meglio riemergente, certo meno dominante - esperienziale nel senso dell'esperienza vissuta, ma anche del sapere comune o della comunità – che riconosce la soggettività, i processi di interpretazione interna, l'essere la persona esperta di sé, e che mantiene il focus su ciò che è unico, mentre agisce molteplici “comprensioni”, in un percorso di partecipazione alla cura.

Qui entrano in gioco altri soggetti oltre ai professionals, e in particolare i peers. Topor descrive la fenomenica delle relazioni che curano: essere là (“Being there”), ovvero stare vicino all'utente per un lungo periodo di tempo senza chiedere cambiamenti; fare di più (“Doing more”), ossia produrre sforzi particolari nell'aiutare l'individuo; fare qualcosa di diverso (“Doing something different”) in particolare per gli operatori, ossia fare cose che non fanno parte del ruolo professionale tradizione – mettere l'utente sopra l'istituzione, rompendo a volte gli schemi dei ruoli o delle regole (“breaking the rules and / or the roles?” – Topor et al. 2006, p.17).

Altri studi parlano del ruolo dei familiari, capaci di comprendere e stare a fianco pur all'interno di ambivalenze e oscillazioni che le relazioni con la persona sofferente e molto spesso dipendente comportano. Essi sono stati importanti sia per l'ammalamento che per la guarigione: qui rappresentano un contatto sociale, un aiuto pratico ed un sostegno emotivo, in cui emerge l'importanza dei piccoli gesti.

Occorre mettere in campo un certo tipo di qualità umane, se si intende svolgere un ruolo di “assistenti alla ripresa”. Speranza / fiducia / uguaglianza o reciprocità sono caratteristiche auspicabili sempre ma tanto più valide all'interno di una relazione tra pari, che rappresenta una delle utopie, spesso realizzate, più grandi dell'idea di recovery: guidare con la propria esperienza coloro che stanno percorrendo la tua stessa strada.

Questi, chiamati guide per la recovery, allenatori personali, “esperti per esperienza” spesso sono decisivi non solo nel sostenere e riconoscere, ma nel tracciare la strada.

Tutto ciò si fonda sulle capacità di auto-mutuo aiuto e di interdipendenza tra le persone con esperienza, e comporta rischi e sfide per chi entra nella dimensione della relazione terapeutica. Invariabilmente, si manifesta attraverso l’offerta di supporto, il nutrire ed esternare aspettative positive senza eccezioni, il trattare in modo paritario e reciproco “la persona permettendole di stare nelle regole della relazione.

L’attenzione va alle esperienze vissute che si oppongono ai saperi degli esperti, al focus sulla persona al posto della malattia, e non solo agli individui, ma anche ai loro contesti; all’attenzione alla vita quotidiana, che è la dimensione dove accade la recovery; al guardare alla persone come ad attori, da sostenere nelle loro possibilità di agire, nel loro senso di auto direzione (agency). (Recovery is for all, 2010)

5 POSSIAMO ALLORA INDIVIDUALE DIVERSI LIVELLI DI RECOVERY:

1 - Personale, che possiamo articolare come completa o sociale; ma anche vivere “nonostante i sintomi”. La recovery é qui vista come indipendenza da essi, o minimizzazione del loro impatto; tentare di autogestirsi. L’esperienza dell’udire voci viene ad esempio collocata in un percorso di normalizzazione (ROMME & ESCHER, 2000). D’altro canto “la vita nonostante i sintomi” era uno dei grandi insegnamenti della scuola della deistituzionalizzazione. Le persone pur all’interno di condizioni di malattia e di diversità potevano stare nella comunità, avere una vita normale, avere diritto ad una risposta ai propri bisogni primari e di relazione.

2 - Familiare: il coinvolgimento della famiglia in un percorso di cambiamento di più individui oltre al “paziente designato” che implica il riconoscimento che “il suo problema è – in un qualche modo - anche il mio”. Spesso questo percorso mostra lo sviluppo di importanti consapevolezza sociali, partecipative e comunitarie, se non politiche in senso lato.

3 - Comunitario: il riconoscimento della valenza partecipativa, del contributo di integrazione e non solo di solidarietà che ogni membro di una comunità o di una data società può dare verso chi sta o è stato male.

4 – Servizi ed operatori: cambiare atteggiamenti, sviluppare sensibilità, affiancare un percorso personale alla formazione professionale, ribellarsi all'inevitabile e a ciò che è dato per scontato, alle condizioni di lavoro disumanizzanti, all'istituzionalizzazione delle persone, alla lesione dei diritti difendendoli attivamente con le persone stesse.

6 CHANGE THE SERVICE

Affrontando questo ultimo punto, cerchiamo di definire, contro il danno che è spesso prodotto dalle istituzioni e gli effetti iatrogeni delle “terapie”, che cosa va chiesto ai servizi perché essi possano facilitare la recovery, la riacquisizione e il recupero di sé? Al di là di un mero ruolo terapeutico, essi possono agire una sorta di mediazione, e fungere da agenzie per l'integrazione? Quanto devono ancora modificarsi i servizi perché siano davvero “centrati sull'utente”?

Se le pratiche c.d. della ri-abilitazione e per l'inclusione sociale sono dirette primariamente alla costruzione di una cornice di diritto e all'offerta di opportunità e risorse, come è stato proprio dell'esperienza triestina, modificando gli itinerari dallo svantaggio sociale alla piena integrazione, che nesso c'è tra recovery ed emancipazione? Come si va soggettivando negli individui?

Un esempio viene dalla c.d. residenzialità. Il processo di superamento dell'ospedale psichiatrico in Italia, ed in particolare a Trieste, ha comportato l'impiego di soluzioni abitative e riabilitative sempre più personalizzate e differenziate, che si sono evolute in stretto rapporto con la rete dei servizi del DSM, in modo sinergico all'azione dei Centri di Salute Mentale nella presa in carico e nei percorsi di cura e di inclusione sociale. Dai primi gruppi-appartamento si è passati a piccole comunità residenziali e a nuclei di convivenza supportati, fino alla sperimentazione di modalità transizionali abilitative orientate alla recovery e al tempo stesso di soluzioni di abitare supportato personalizzate e finalizzate alla vita indipendente. La progressiva riduzione dei posti letto residenziali si è poi avvalsa, nell'ultima decade, della metodologia del budget di salute collegata ad un progetto terapeutico abilitativo personalizzato. Il Progetto Personalizzato / budget di salute si declina sugli assi principali non solo dell'abitare, ma anche del lavoro e della socialità, a partire dai bisogni espressi dalle persone e dalle necessità individuate collaborativamente. Si tratta di una modalità di finanziamento innovativa nel mix pubblico/privato che lo scenario complesso della crisi del welfare e dell'integrazione

socio-sanitaria ha generato e che sposta risorse economiche intorno alla persona. I partner, rappresentati da operatori del privato sociale (cooperative sociali A e B), co-gestiscono i singoli progetti e contribuiscono alla co-progettazione proponendo le azioni e le modalità concrete di realizzazione degli stessi progetti.

I dati indicano come la riconversione delle risorse dalle strutture agli ambiti di vita delle persone e ai loro contesti abbia avuto una serie di ricadute sul sistema complessivo, che rafforzano i progetti individuali di presa in carico delle persone con bisogni complessi.

Si è potuta attuare anche la sperimentazione di nuove modalità di abitare supportato e di residenzialità.

1. La casa per la recovery. Il programma si è costituito presso una residenza sulle 24 ore in precedenza occupata da persone per lunghe durate, che sono state collocate in altre soluzioni abitative nel 2015. Si è creato un percorso di ingresso con l'esplicitazione delle intenzioni e degli obiettivi, in modo da favorire candidature consapevoli e responsabili. L'esperienza in gruppo di 6 giovani, con problemi di psicosi, coabitante per sei mesi, ha la finalità di favorire i percorsi individuali di recovery, anche attraverso la riduzione o la revisione dell'uso dei farmaci. I vari sotto-sistemi (gruppo della casa, gruppo familiari, operatori del privato sociale, operatori del DSM), dialogano tra loro sulla base dei principi della massima trasparenza e condivisione delle decisioni, che vedono sempre i giovani utenti come protagonisti. L'uscita dalla casa coincide con la costruzione di un progetto personalizzato, che può essere sostenuto con budget di salute.

2. La rete di self-help supportata. Contemporaneamente, lo sviluppo di moduli di supporto flessibili per la domiciliarità ha permesso di realizzare soluzioni di coabitazione, mettendo in comune le risorse per la quotidianità (cuoche, pulitrici, badanti), a volte anche con l'impiego di peer, o di familiari in supporto ad altri, che possono anche rappresentare punti di riferimento, sulla base della convivialità, per altri utenti che vengono ospitati (programma "Aggiungi un posto a tavola").

3. Gli appartamenti transizionali. Gli alloggi messi a disposizione, che restano di proprietà pubblica, e quindi non possono essere case "delle persone", sono stati utilizzati come

soluzioni transitorie per percorsi progressivi, a volte in uscita dalla residenzialità a tipo comunità sulle 24 ore, altre per facilitare la fuoriuscita da lunghe permanenze nei CSM.

4. La REMS a porte aperte. Dal maggio 2015, in una sede di Centro diurno, frequentato da una quarantina di utenti, è stata realizzata la prima REMS provvisoria (Residenza per L'Esecuzione delle Misure di Sicurezza), per due posti letto, che grazie all'ambiente normalizzante e alle attività abilitative realizzate con associazioni, aperte alla comunità, ha potuto garantire la più alta qualità terapeutica e abilitativa in un'ottica "no-restraint".

In definitiva, i servizi sono ovviamente importanti nella recovery, anche se il loro contributo è valutato in modo variabile. Più che sui modelli di servizio, molti suggerimenti vengono dati circa l'auspicato cambiamento nel ruolo degli operatori. Da atteggiamenti caratterizzati da autoritarismo e paternalismo, che tendono a sottostimare il potenziale delle persone, a nutrire basse aspettative (profezia che si auto-avvera), a non riconoscere il proprio errore mentre non apre alla possibilità di tentare e di fallire dell'altro.

Ciò che viene indicato è l'apertura e l'onestà, una buona dose di speranza che non sia irrealistica ed illusoria, che non prometta ciò che psichiatria da sola non può promettere, e mentre riconosce il potere degli individui sui loro destini, si propone in modi giustamente pragmatici, nell'offrire l'aiuto all'interno di aspettative positive che deve coniugarsi, si dice, alle speranze delle persone.

Noi abbiamo preferito parlare di "deistituzionalizzazione della relazione terapeutica", collegata al recupero di un vera "decision-making" per l'utente sulla sua vita. Nel passaggio dal rapporto di dominio/controllo, all'assistenza, alla relazione terapeutica si è assistito al cambiamento dei poteri, alla reciprocazione invece che all'oggettivazione, alla riscoperta della globalità della persona (del soggetto), al di là di operazioni di lettura psicotecnologiche, come realtà pre-categoriale cui rapportarsi.

Ciò che deve recuperarsi è allora la relazione tra chi assiste e chi è assistito, intendendo il termine assistenza come far da testimone, da segnapassi, da registratore del percorso, ed al tempo stesso aiutare, sostenere. Non "agire su", ma "agire con", all'interno di un ruolo di consulente, non di terapeuta.

L'intersoggettività terapeutica richiede che qualcuno si metta in gioco, si soggettivizzi con la persona che vive l'esperienza. Per Basaglia tale "reciprocità" si basa sul fatto che il terapeuta é messo in discussione dal malato, come il malato dal terapeuta. La deistituzionalizzazione implica un cambio dei rapporti di potere: si dà centralità ai bisogni dell'utente, senso ai suoi gesti, e dunque, "per vederli", si riduce la distanza nella relazione istituzionale curante-curato. Il riconsiderare la storia ed i significati rinvia al concetto globale della "persona", cui va restituita la sensazione del proprio valore, dell'interesse dei suoi bisogni. Perché la soggettività dell'utente emerga, quella dell'operatore deve entrare in gioco, confrontarsi con essa. Il progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato nasce all'interno di una nozione nuova di contratto, tra l'utente e un "servizio" (in quanto tale, letteralmente), in cui l'utente stesso "prende e usa", per avanzare esistenzialmente, ciò che é offerto. In questa interazione, che modifica entrambi i poli del rapporto, gli elementi di senso sono riconosciuti assieme, all'interno di una reciprocità anche affettiva.

La contrattazione, la negoziazione del servizio con l'utente, che si estende in tutti i momenti della pratica, dal contatto (e dal problema del consenso) alla definizione del programma terapeutico (nei suoi luoghi, tempi e strumenti), gli riconosce di fatto uno statuto di potere. E' sulle sue indicazioni, sulla sua volontà attiva, sulle sue valenze di salute e sulle sue abilità sociali, sui suoi scopi e bisogni, che deve articolarsi il programma personalizzato perché possa funzionare.

E' fondamentale operare per un coinvolgimento dell' "utenza allargata" (incluso il familiare) a livello non solo individuale ma collettivo, nei processi decisionali, nell'invenzione delle risposte e delle soluzioni, nei progetti (come nell'impresa sociale).

Tutto ciò ci traduce, come caratteristiche del servizio, in accessibilità e flessibilità, tali da garantire accesso ad opportunità (anche di fallire e ritentare) ed anche possibilità di scelta; lungo periodo di sostegno se necessario e continuità di relazione. Una relazione ispirata al coinvolgimento e alla personalizzazione nel cercare insieme un senso, e non alla distanza "terapeutica" come valore in sé; al dare fiducia, al "rischiare" insieme e quindi al mantenere un'apertura sul possibile. Il che vuol dire offrire speranza e aspettative, ma anche saper riconoscere la salute nella malattia, riconoscere le competenze e le abilità, i desideri e i valori.

Dare fiducia, “rischiare” in senso positivo (STICKLEY e FELTON; 2006, p.26), mantenendo una costante apertura; coinvolgimento (personalizzazione) e non distanza, accessibilità, flessibilità, possibilità di scelta, accesso ad opportunità (anche di fallire e ritentare); garantire continuità di relazione anche in un lungo periodo di sostegno; speranza e aspettative positive.

I punti di svolta, nelle nostre ricerche, spesso coincidono con alcuni aspetti dell'intervento del servizio, o del programma terapeutico personalizzato, della presa in carico. Certamente ciò ha a che fare con le opportunità offerte e le risorse messe in moto; ma si può inverare un senso terapeutico e riabilitativo solo se il servizio riesce a sostenere e potenziare il senso di autodirezione / responsabilità della persona nel percorso.

Il servizio è orientato al recovery se è attraversabile e capace di offrire ('affordable'). Un servizio attraversabile è un servizio dove la persona trova dei punti e delle persone di riferimento, un'accoglienza umana, calda, partecipe; una disponibilità ad occuparsi dei propri problemi di vita e non solo dei disturbi; dove le regole istituzionali non impoveriscono, sminuiscono, contengono e comprimono soltanto il soggetto in crisi.

Il servizio può far allora emergere una rete di supporto e renderla utilizzabile; la persona realizza così che vi sono possibilità d'aiuto in quella rete di cui essa stessa faceva parte. In questo senso si sviluppa allora un intervento di mediazione importante, per attivare l'aiuto e per fare avvicinare la rete; la rete “si evidenzia” grazie alla presenza del Centro di Salute Mentale come “attrattore” della rete stessa. In un certo senso il Centro “catalizza” le presenze altre (gli altri significativi). La persona stessa può iniziare ad aprirsi alla possibilità di riconoscere questa altre figure e presenze, che a loro volta, nel momento in cui si mettono in gioco, “cambiano”. Anche gli operatori lo fanno nel momento in cui escono dal rapporto istituzionale, in cui “soggettività” si contrappone ad “istituzione”.

Le reti del servizio devono tuttavia spingersi fuori di esso, nella comunità, pena il restare intrappolati in forme entropiche ed autoescludenti, per permettere di realizzare la propria recovery in un contesto sociale, non solo contesti di relazione e di esperienza ma anche contesti di valori, caratterizzati da differenti linguaggi, e quindi luoghi di produzione di senso per il soggetto. La recovery non accade comunque in un vuoto.

7 CONCLUSIONE

Deistituzionalizzazione, emancipazione, inclusione sociale e cittadinanza sono alcune delle parole che devono essere legate a recovery per dotare il processo di maggior senso e qualità. Come già accaduto con self help ed empowerment, recovery corre il rischio di diventare puramente una definizione accattivante, qualcosa usata per creare l'illusione del cambiamento, e perciò un'"ideologia" (o peggio una sorta di religione) –mentre i servizi psichiatrici restano chiusi nei loro paradigmi. Una parola, in particolare, aggiunta all'equivoco della riabilitazione – come riparazione dal danno jatrogeno, che persiste, operato dalle psichiatrie.

Questo é un rischio assai tangibile in Italia oggi, come é già stato ed é tuttora nei paesi anglosassoni. Nessuno spiega a sufficienza come buone linee guida basate sulla recovery siano in grado di trasformare i servizi, che sono istituzioni dominate in modo materiale dalla loro logica interna e dalle loro strutture di potere – ma soprattutto dal paradigma medico biologico.

Un servizio basato sulla recovery è sicuramente, come sostiene esplicitamente il Piano d'Azione dell'OMS per l'Europa (WHO; 2013b), incentrato sulla persona, sulle sue proposte, desideri e obiettivi di vita, quindi interattivo e collaborativo, e basato sulle opportunità offerte. Mettere la persona al centro, come cittadino e membro di una comunità, perché sviluppi la sua vita in tutti gli aspetti, nella sua globalità e integrità (whole life), richiede lo sviluppo di un sistema di salute mentale completo ed integrato (whole system). Con ciò si intende che l'intero mondo delle relazioni, delle reti e degli attori sociali, dei supporti, dei servizi e delle opportunità attivato attorno alla persona, in un'ottica di risposta globale finalizzata alla recovery, deve avere degli scopi e degli obiettivi comuni negoziati e condivisi da tutti i portatori d'interesse della comunità. Questo significa assicurare la partecipazione attiva di organizzazioni ed individui della comunità. I concetti di inclusione sociale e cittadinanza dovranno quindi essere appaiati a quello di recovery. La partecipazione, i diritti, il potere e l'inclusione sociale sono interconnessi col ruolo dei servizi di salute mentale comunitari nel supportare i cambiamenti individuali, ma anche collettivi, come agenzie per l'integrazione che forniscono o catalizzano risorse e opportunità. La sola risposta a mio avviso é ancora una volta nella possibilità di agire una deistituzionalizzazione, ma in forme nuove e differenti, basate sul riconoscimento del contributo dell'utente al servizio. Allo scopo di promuovere questo approccio gli operatori della salute

mentale dovrebbero focalizzarsi su negoziazione e collaborazione, attraverso metodologie nuove (come ad esempio gli Action Learning Sets e i recovery colleges).

La recovery rinvia in definitiva ad una 'scienza umana', che si domanda in che maniera la soggettività delle persone riesce ad usare i fattori d'aiuto e di supporto per la recovery.

Ciò che è peculiare per gli esseri umani è che la salute e la malattia sono in una continua relazione e tensione dialettica. Saper riconoscere la salute nella malattia, è anche riconoscere la competenza e le risorse delle persone, ed aiutarle a cercare e scoprire un senso nella loro esperienza. Franca Ongaro Basaglia ha scritto che la clinica ha preteso l'impossibilità della presenza partecipe della soggettività del malato; la malattia ha sostituito nella medicina la globalità sano-malata che siamo, ovvero ha separato la malattia dalla vita – e dall'ambiente. E dice: "se la guarigione avviene, si tratta della guarigione di un corpo ignaro di sé, dei propri bisogni, delle proprie malattie e della propria salute, privato di ogni possibilità di partecipare e lottare per ottenerla"... Una cura diversa non può che muoversi in questa direzione, offrendo una terapia che sia contemporaneamente stimolo ad una riappropriazione di sé e alla comprensione della misura in cui abbiamo incorporato la logica che ci determina. Perché l'unica premessa ad una possibilità di cura per la malattia dell'uomo è un rapporto diverso, soggettivo, partecipato nella vita, e, quindi, nella malattia. Solo comprendendo che il valore dell'uomo – sano o malato – va oltre il valore della salute e della malattia, si può capire come la malattia, al pari di ogni altra contraddizione umana, può essere usata come strumento di appropriazione o di alienazione di sé, quindi come strumento di liberazione o di dominio." (ONGARO BASAGLIA, 1979, p.69)

LETTERATURA DI RIFERIMENTO

ANDRESEN, R., OADES, L., & CAPUTI (2003) The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586–594.

BRANCO R., MEZZINA R., RIDENTE P., RUCCI P., ZANELLO E. (2013): Il ruolo dei Dipartimenti di Salute Mentale nella formazione e nell'inserimento al lavoro di persone con problemi di salute mentale. Un primo quadro nazionale fornito dalla ricerca PIL - Per l'Inserimento Lavorativo. In "L'inclusione sociale e lavorativa in salute mentale. Buone

pratiche, ricerca empirica ed esperienze innovative promosse dalla rete Airsam”, a cura di Barone R., Bruschetta S., D’Alema M., Franco Angeli ed Milano.

CASTELFRANCHI C. La frontiera della riabilitazione in psichiatria. Analisi dei termini e interrogativi di ricerca. In: Pirella A., Castelfranchi C., Henry P. (1995) L'invenzione collettiva: per una psicologia della riabilitazione nella crisi della psichiatria istituzionale. Edizioni Gruppo Abele, Torino, pp. 140-189.

DAVIDSON L, BORH M, MARIN I, TOPOR A, MEZZINA R & SELLS D: Process of Recovery in Serious Mental Illness (2005) Findings from a Multinational Study. American Journal of Psychiatric Rehabilitation, Vol. 8, n. 3, 177-201. September-December. Special Issue: Process and Contexts of Recovery, Part I.

European Mental Health Action Plan 2013-2020, WHO 2013.

LIBERMAN R. P., KOPELOWICZ A., VENTURA J. & GUTKIND D. (2009) Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. p. 256-272 Published online: 11 Jul 2009. Download citation <http://dx.doi.org/10.1080/0954026021000016905>

MEZZINA R. (2012) Che cos'è guarigione? L'oggetto oscuro della nostra (e vostra) ricerca. In Marin I., Bon S. Guarire si può. Persone e disturbo mentale, 180 – Archivio Critico della Salute Mentale, Ed. Alfabeta Verlag, Merano 2012, pp. 7-23.

MEZZINA R. Creating mental health services without exclusion or restraint but with open doors Trieste, Italy. L'Information psychiatrique 2016; 92 (9): 747-54
doi:10.1684/ipe.2016.1546

Mental Health Action Plan 2013-2020. World Health Organization, 2013.

LE BOUTILLIER C., LEAMY M., BIRD V.J., DAVIDSON L., WILLIAMS J. & SLADE M. (2011) What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. Psychiatric Services, 62(12):1470-6.

ONGARO B. F. (1979) Cura/Normalizzazione. Ripubbl. in Salute/malattia. Le parole della medicina, a cura di a cura di Giannichedda M.G. 180 - Archivio Critico della Salute Mentale, Alfabeta Verlag, Merano 2012, p. 69.

PIRELLA A., CASTELFRANCHI C., HENRY P. (1995) L'invenzione collettiva: per una psicologia della riabilitazione nella crisi della psichiatria istituzionale.

Recovery is for All (2010). Hope, Agency and Opportunity in Psychiatry. A position statement of consultant psychiatrists. South London and Maudsley, South London and St George's NHS Trusts.

ROBERTS, G. & WOLFSON, P. (2004) The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 37–49.

ROMME M., ESCHER S. (1993) *Accepting Voices*. MIND, London.

SLADE, M. (2009) *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.

STICKLEY T., FELTON A. (2006): Promoting Recovery through Therapeutic Risk Taking. *Mental Health Practice*, May 2006 vol 9 no 8, 26-30

TOPOR A., BORG M., MEZZINA R., SELLS D., MARIN I., and DAVIDSON L. (2006) Others: The Role of Family, Friends, and Professionals in the Recovery Process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9: 17–37.