

Introduzione

Che cos'è guarigione?

L'oggetto oscuro della nostra (e vostra) ricerca

di *Roberto Mezzina* *

1. Il protagonismo dei cittadini con esperienza di problemi di salute mentale si è imposto nel mondo a partire dalla riconquista delle proprie storie e delle proprie vite. Mentre in molti paesi il movimento degli “utenti dei servizi” come soggetti collettivi, ancora e necessariamente antagonista alle istituzioni psichiatriche, deve spingere perché siano riconosciuti loro i diritti civili e sociali, in Italia la legge di riforma del 1978 e la lenta ma definitiva chiusura dell'era dei manicomi hanno sancito una condizione di cittadinanza che pone tali questioni su un piano del tutto nuovo.

Il concetto è comunque ormai entrato con forza nelle politiche e nei documenti ufficiali, anche in quelli dell'Oms (dalla Mental Health Declaration di Helsinki 2005 al nuovo Action Plan europeo). In paesi come la Gran Bretagna, già nel 2000, il documento del piano sanitario (National Service Framework) era stato intitolato *Un viaggio verso la “recovery”*. Negli stessi anni il Connecticut (Usa) disegnava una mappa per i servizi orientati alla guarigione e centrati attorno alla persona, e il tema veniva enunciato anche negli standard federali australiani della National Mental Health Strategy. E così via almeno nei paesi del Nord del mondo.

Pratiche e programmi per la *recovery* ormai si moltiplicano: dalle “case di crisi” gestite da utenti o ex utenti speri-

* Roberto Mezzina è direttore del WHO Collaborating Centre for Research and Training, Dipartimento di salute mentale di Trieste.

mentate in Gran Bretagna alle *family sponsor homes* (affidamento etero-familiare), 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 opera sugli elementi comuni (il genere, le culture, le etnie), dai programmi sostenuti con budget individuali e *direct payments* (pagamento diretto del programma terapeutico liberamente scelto) ai club e ai centri diurni *drop-in* (centri di attività a bassa soglia).

Mentre si realizza il passaggio da *user involvement* (coinvolgimento degli utenti nella gestione del servizio) a *peer-operated services* (servizi gestiti da organizzazioni di utenti), da utenti come *stakeholders* (portatori di interesse) a soggetti erogatori di cure ad altri con cui condividono l'esperienza, tali programmi si fondano sulle capacità di auto e mutuo sostegno e di interdipendenza tra persone che hanno in comune l'esperienza.

Il concetto di *recovery* appare centrale oggi nel saldare le esperienze nate dalla deistituzionalizzazione della psichiatria e delle sue istituzioni, o che a esse si ispirano, con il sapere che emerge dalle esperienze delle persone, attraverso i processi di acquisizione di potere (*empowerment*) e di emancipazione.

Benché forme di *recovery* siano possibili ovunque e anche nelle condizioni più estreme, come dentro un'istituzione totale, o in reazione a quelle, essa si compie e si inverte solo in uno stato di godimento dei diritti e di risposta ai bisogni che sono possibili unicamente in una piena condizione di cittadinanza. Ecco perché "cittadinanza" è la parola che ormai viene più frequentemente associata a *recovery*.

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

Quale visibilità della sofferenza si è prodotta a partire dalla deistituzionalizzazione, al di là della malattia? Se è vero che ha permesso il ristabilirsi di uno statuto di diritti di cittadinanza per le persone con esperienza di disturbo mentale, le quali hanno riguadagnato non solo un livello di potere ma anche la possibilità di “dire”, di avere la parola, è allora importante cogliere il nesso tra le pratiche alternative di critica alla psichiatria e il nuovo protagonismo, la comparsa dei soggetti sulla scena sociale. Essi reclamano la possibilità di un’integrazione vera e chiedono che sia riconosciuto il valore dell’esperienza sofferente, pure come diversità.

Oggi si impone certamente una visione più ottimistica, fondata sulla certezza che esistono opportunità che i servizi devono poter garantire, utili a favorire la “ripresa”. Il processo di deistituzionalizzazione, a Trieste come in altre esperienze, 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 della “terapia” per estendersi a tutto ciò che promuove la salute mentale e la qualità della vita, o in altri termini, l’inclusione sociale.

Potenziamento e “soggettivazione” degli operatori sono avanzati in parallelo con quelli dei pazienti, e di quanti erano coinvolti in un rapporto diretto col servizio: familiari, cittadini, volontari, altri. Quando gli operatori iniziano a muoversi oltre la relazione istituzionale, si apre la possibilità per chi è curato di recuperare una reale decisionalità riguardo alla propria vita; il che implica sempre affrontare la questione del potere.

Quel rapporto istituzionale, soggetto-oggetto di trattamento, curante-curato, è diventato gradualmente un’interazione complessa che ha compreso soggetti differenti per età, classe sociale, normalità e patologia. Sono state favorite tutte

le modalità di partecipazione informale alla vita dei nuovi servizi di comunità, sulla base di una tendenziale reciprocità nei rapporti, includendo via via nel campo tutte le figure che potevano rendere più articolata tale bipolarità.

I servizi oggi spesso tessono una rete a partire da sé: è un network di scambi e di processi di “adozione”, dove sono però scambiate non merci ma valori d’uso e relazioni, mettendoli a disposizione e facendoli arrivare a chi per solito ne è escluso. Non è dunque 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.

Il flusso comunicativo che viene così favorito nel servizio, in particolare nel Centro di salute mentale, nei momenti formali dei colloqui, degli incontri, delle riunioni, nel lavoro terapeutico individuale, familiare o di gruppo, oppure che si esprime in una molteplicità di situazioni, occasioni e momenti informali, ha creato sicuramente delle forme di partecipazione. Si sono creati momenti di aggregazione spontanea ai quali si sono affiancati momenti di auto-aiuto tra persone, in cui spesso il servizio mette in campo risorse integrative. Ne sono un esempio le situazioni di convivenza promosse dal servizio, il sostegno spontaneo di pazienti ad altri in crisi, la presenza qualificata dei familiari come interlocutori, l’alto grado di coinvolgimento di tutti gli attori nei programmi terapeutici.

Tra i “valori d’uso” del servizio sempre più si impone la qualità della vita sociale che, pur tra mille difficoltà, nasce dentro quel contesto in tante forme spontanee; il “bisogno

di relazioni” si pone ormai come centrale perché fondante il capitale sociale di un individuo e di una comunità. Tra quei valori d’uso ci sono molti degli elementi, dei fattori che facilitano e promuovono la *recovery*, la guarigione.

2. Questo libro parla di guarigioni possibili e si colloca nel pieno di un interesse ormai generale verso il tema della *recovery* in salute mentale. Ma guarigione e *recovery* sono la stessa cosa?

Oggi il concetto di *recovery* attraversa culture e pratiche della salute mentale e rappresenta certamente la sfida più grande all’ideologia medica, nel momento in cui sottolinea il ruolo attivo della persona e i fattori di significanza connessi alla sua esistenza concreta.

Il verbo inglese *to recover* significa riaversi, riprendersi, recuperare. *Recovering* è il percorso o processo che si compie. Ma, in italiano, identificarlo con “guarigione” va bene? Nonostante l’origine latina di questo termine, non vi è nessuna parola del vocabolario italiano, o di altre lingue neolatine, che abbracci e in un lampo ci faccia cogliere questa accidentata ampiezza di significati possibili.

Cos’è allora questo oggetto misterioso? In che misura si differenzia da *remission*, che compare tanto spesso nella propaganda delle case farmaceutiche, ma che fa riferimento a una malattia che persiste e che solo temporaneamente si attenua o scompare? «Remissione è lo stato di assenza di malattia attiva in pazienti con una malattia cronica già nota» (Wikipedia). Nel *Dizionario della salute*, remissione è definita come «attenuazione o scomparsa dei sintomi di una malattia. Può essere dovuta al cessare di un’azione patogena, al suo superamento da parte dei meccanismi di difesa dell’organismo, all’attuazione di una terapia adeguata. Il termine viene impiegato quando il fenomeno è transitorio, e può avere durata variabile, anche molto lunga (mesi o anni). Il

processo morboso tuttavia persiste nell'organismo, e torna poi fatalmente a ripresentarsi».

In italiano, “guarigione” rimanda a un concetto forse ancora troppo “medico”, che non contiene nulla del *sensu* dello star male, e che da subito chiama in causa la questione dei modelli di malattia. Di che malattia – disturbo, disagio, sofferenza, disabilità o altro – si parla?

Recovery probabilmente ha poco a che fare con il guarire secondo la sua accezione comune. Benché la parola guarigione rappresenti la più alta aspirazione di coloro che soffrono di qualsiasi malattia – ciò che maggiormente desiderano –, essa sembra fuorviante se usata in chiave biologica: di fatto non è dimostrata alcuna lesione biologica o alterazione anatomica; né l'eziologia né la patogenesi sono adattabili ai codici della medicina positiva virchowiana. La sregolazione di alcuni circuiti neurotrasmettitoriali non spiega nulla della complessa condizione di disturbo mentale severo, della sua esperienza soggettiva e del suo oggettivo corso o decorso.

La psichiatria, sebbene di recente abbia ammesso – e annesso al suo vocabolario – il termine, risulta poi particolarmente inadeguata tra le discipline “psi” se propone una comprensione del fenomeno ancora all'interno del modello medico-biologico di malattia-menomazione (*illness-impairment*) e disabilità (*disability*), senza uscire da uno schema sostanzialmente legato ai sintomi o al funzionamento sociale.

Riguardo alla malattia, si può registrare la sparizione di sintomi, ma la modificazione dei processi psicobiologici e sociali che hanno condotto il soggetto ad ammalare non è dimostrabile “nel momento in cui avviene”: possiamo solo osservarla a posteriori, come non ripetizione degli episodi di malattia. Né tantomeno si riesce a cogliere cosa accade con altri costrutti complicati, come la predisposizione o la vulnerabilità, la cui natura è ben lungi dall'essere chiarita.

Da cosa dunque si dovrebbe guarire? Dalla malattia mentale e dalle psicosi – e dalla schizofrenia in particolare? O dall'esperienza dell'essere paziente, ovvero dallo stigma, dagli esiti negativi e dagli aspetti disumanizzanti che i trattamenti psichiatrici troppo spesso comportano?

Guarigione richiama alla mente soprattutto un esito finale; un accadere biologico, favorito o addirittura determinato da terapie e cure, il che ripropone un nesso causale col lavoro terapeutico che non solo è arduo da dimostrare, ma che diventa ingiusto misconoscimento della complessità dei fattori in gioco e in particolare di quelli soggettivi.

Quello che si vuole sottolineare è che si tratta di concetti che dobbiamo riconoscere come emergenti al di fuori del mondo professionale, che ci piaccia o no, e che solo in un secondo tempo e con non poche forzature – e qualche violenza – si possono inquadrare nei codici della psicologia o della psichiatria. È fuorviante ritenere che ciò debba iscriversi in partenza nella storia delle idee che le scienze “psi” hanno più o meno brillantemente prodotto, una storia particolarmente problematica riguardo al termine guarigione.

Anche in senso psicodinamico, la psichiatria ha spesso delineato, utilizzando il suo linguaggio e i suoi codici, una psicogenesi della malattia. Ma non è descritto il processo attraverso cui la guarigione si realizza, e il tempo della guarigione rimane misterioso ancor più di quello dell'ammalamento. Su queste questioni non possiamo far altro che emettere ancora dei balbettii.

Come si mostra in questo libro, *recovery* non significa necessariamente guarigione clinica, bensì enfatizza il viaggio compiuto da ciascuno nel costruirsi una vita al di là della malattia. Ha a che fare con la “presa di coscienza” di sé e dei propri problemi, ma soprattutto dei propri obiettivi di esistenza. Non dunque con la “coscienza di malattia”, come tirocinio all'istituzionalizzazione del malato, che riceve il

corpo dell'istituzione. Occorre uscire dal modello medico di delega totale del corpo e della psiche ai tecnici.

Se c'è una *recovery* del “paziente”, a noi certo interessa quella del “soggetto”. Il contributo scientifico maggiore all'idea di questo tipo di percorso lo si deve a John Strauss, che ha descritto il processo di elaborazione dell'esperienza psicotica come rapporto tra il Sé e i sintomi, nel senso di un comportamento diretto ad affrontare il “problema” che si ha davanti. Una relazione tra oggettività della malattia, in un certo senso, e soggettività del malato.

Al di là della definizione medica di guarigione, il concetto di *recovery*, nel riconoscere la potenza di tali fattori nella “malattia”, pone il tema del cambiamento del rapporto col proprio problema o col proprio disturbo: riguadagnare il controllo su ciò che ti accade e in senso più ampio sulla tua vita, migliorarne la qualità, vivere la vita in un modo più positivo.

L'idea vincente del concetto di *recovery* è proprio il riconoscimento della forza degli elementi e dei fattori soggettivi, insieme con quelli socialmente determinati nel loro articolarsi sul piano individuale, nel direzionare i decorsi clinici e i percorsi di reintegrazione sociale. Processo complesso, non lineare e multidimensionale – è innanzitutto un costrutto dell'individuo, un fatto personale. Perciò dobbiamo parlare di un concetto altamente soggettivo, sia nei suoi elementi costitutivi sia nei suoi modelli esplicativi. “Progetto di sé” è forse l'espressione che descrive nel modo migliore tale processo. Che lo si guardi da un punto di vista sociologico, psicologico o filosofico, il tema dell'identità è centrale nel percorso di *recovery*.

Dove allora emerge il soggetto, dove si vede la persona e si assottiglia la malattia (e la psichiatria), si intravede pure la possibilità di ridare valore all'esperienza sofferente come percorso personale e come significato interpersonale rivolto alla nostra vita sociale e alle possibilità di coesistenza. Il con-

cetto potentemente si coniuga con quello di emancipazione – da dipendenze personali e sociali –, verso una migliore qualità di vita e una partecipazione più consapevole alla vita sociale.

Di questo percorso si possono descrivere i passaggi, i salti qualitativi. La difficoltà per le persone che li vivono, ma anche per chi cura, è saperli riconoscere e valorizzare. Anche quando la persona sembra ferma, si arresta o arretra, può voler dire che sta raccogliendo le sue energie, in una progressiva accumulazione di risorse e di miglioramenti minimali non visibili, che rendono possibile poi un salto. Come Gianfranco, che dopo otto mesi di silenzio totale improvvisamente, senza alcun motivo apparente e nessuna nostra aspettativa, iniziò a parlare e raccontò come aveva passato il suo tempo a guardare la vita che scorreva davanti ai suoi occhi e le persone che frequentavano il Centro. Questo l'aveva aiutato a pensare a se stesso, e poi a maturare il salto, a essere pronto a tornare. Riprendemmo la sua narrazione stupefacente in una lunga video-intervista in cui ricapitolò la sua vita e le sue relazioni, e ci disse quanto era stato importante per lui quel periodo di apparente passività e immutabilità.

3. Questo libro rappresenta il racconto di un'esperienza di ricerca sulla possibilità di comprendere, descrivere e definire cosa accade alle persone che vivono un'esperienza di malattia e come avviene la loro reale partecipazione.

La discussione su quali siano i fattori che inverano le possibilità della *recovery* è ormai cresciuta nel dibattito e nell'orientamento dei servizi di salute mentale a livello internazionale. Soprattutto dagli anni novanta, gli studi dedicati alla *recovery* sono stati rivolti sempre più a capire i percorsi personali, da un punto di vista qualitativo, di chi ha vissuto tale esperienza. Recentemente, in differenti paesi, si sono prati-

cate varie ipotesi di ricerca con i soggetti e con le loro storie: un diverso modo, più rispettoso, di fare ricerca.

Questo libro parla di storie, e non è ovviamente una novità; ma non si tratta delle storie raccolte dagli psichiatri, che diventano immediatamente anamnesi, caso clinico esemplare, iscritto in quei codici, appunto. Si tratta di racconti di sé, di narrazioni: sono i soggetti stessi a raccontarsi, a mettere in ordine la loro esperienza, a trovarne il filo e il senso, mentre la redazione di queste storie, a partire dalle interviste, ha visto interventi minimi. Una delle due autrici costruisce il suo contrappunto direttamente con la sua esperienza personale, dopo aver fornito la sua testimonianza nell'intervista.

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

Le ricerche condotte a Trieste in questo campo sono state avviate anni fa con differenti gruppi internazionali. I risultati sono stati pubblicati su due numeri monografici dell’«American Journal of Psychiatric Rehabilitation» nel 2006.

Per il gruppo internazionale che si era formato, l’obiettivo dello studio era quello di ri-conoscere i percorsi soggettivi compiuti dalle persone che sono guarite o stanno guarendo da un disturbo mentale grave, e di definire il contesto in cui avvengono tali esperienze. Si voleva «andare nei dettagli delle esperienze personali per cogliere le ricchezze, le diversità, scoprendo, attraverso domande aperte, il contenuto delle pratiche e delle azioni che hanno contribuito e influenzato il processo di *recovery*». A partire da ciò, si intendeva verificare gli aspetti comuni e le singolarità dei percorsi stessi. La cornice concettuale veniva fornita dalla

«Grounded Theory» di Glazer e Strauss, un metodo aperto molto utilizzato nella ricerca qualitativa.

Il gruppo internazionale era composto da operatori professionali di diversi paesi, che provenivano da servizi di salute mentale e da aree della ricerca: per Trieste, Izabel Marin e me stesso; per Stoccolma, Alain Topor; per Oslo, Marit Borg; per Yale University (Connecticut), Larry Davidson. I soggetti intervistati erano persone considerate dai servizi «guarite, o in un percorso di guarigione» da un disturbo mentale, e che conducevano una vita sociale soddisfacente per loro stesse. La ricerca si fondava su un'analisi categoriale – basata su temi individuati dal gruppo nelle prime interviste – e su un'analisi narrativa che mirava a ricostruire il senso delle storie.

Essa si articolò in una serie di incontri, seminari e analisi. A un certo punto venne valutata la possibilità di espandere la ricerca a Trieste, attraverso la formazione di un gruppo di ricercatori locali che provenissero da esperienze di associazioni, dai servizi e anche persone che avevano avuto un'esperienza personale di *recovery* e avevano mostrato interesse a partecipare.

Il gruppo iniziale di ricerca poté allora essere ampliato includendo altri operatori, istruiti allo scopo. Era formato da due psichiatri, Matteo Impagnatiello e me stesso, uno psicologo, Renato Davì, un'assistente sociale, Izabel Marin, e due persone con esperienza diretta, Marina Tarabocchia e Silva Bon, quest'ultima anche una ricercatrice in ambito storico. Venne formato infine un *focus group*, composto da diverse persone con esperienze personali di sofferenza mentale e non, con la funzione di discutere i risultati emersi dalle interviste.

Questo libro rappresenta uno sviluppo delle osservazioni e delle analisi svolte nel gruppo, cui le autrici aggiungono il plusvalore della loro capacità di scrittura e di rappresentazione.

I racconti delle persone, e a volte la nostra stessa esperienza nel lavoro che facciamo, sembrano illuminare in modi

talora intuitivi, pre-riflessivi, che cosa voglia dire ripresa, e guarigione. Pensiamo a tutte le volte che vediamo emergere il soggetto dalla malattia, che sembra quasi assottigliarsi e scomparire; ci sono persone che vediamo migliorare inaspettatamente, dopo molto tempo e molte sofferenze; e persone che prendono coscienza dei loro problemi e finalmente sono in grado di analizzarli e situarli nella propria storia. E poi ci sono i mille modi che le persone dimostrano di avere per uscire da una crisi, chiudendo capitoli della propria vita, o riconnettendosi invece a temi lungamente dimenticati; a volte ci sorprendono, uscendo dal linguaggio dei sintomi e presentandoci una lunga lista di consapevolezza.

In effetti 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 stessa esistenza, ci ha affascinato da quando a Trieste, postazione d'avanguardia delle trasformazioni anche della fenomenologia della domanda psichiatrica, abbiamo visto in essa l'esito di quella che abbiamo chiamato la deistituzionalizzazione della malattia (Rotelli) e non solo degli istituti che contenevano e oggettivavano il malato. Nel passaggio fondamentale dal rapporto di dominio/controllo alla relazione terapeutica si è assistito al cambiamento dei poteri, alla reciprocazione invece che all'oggettivazione, fino alla possibile riscoperta della globalità della persona.

4. L'enfasi sulla *recovery*, nel movimento internazionale, sembra guidata dalla necessità di rivendicare una globalità di risposte ai bisogni e una pienezza di diritti sociali. Nei paesi a welfare avanzato, dove pure i diritti civili sono garantiti, la cittadinanza per le persone con disturbo mentale ancora, di fatto, non c'è. Esse tutt'al più restano intrappolate in un sistema di welfare che riconosce ai disabili un reddito, che, sebbene non le sottragga alla miseria, garantisce loro un

minimo vitale. Per questo il focus resta sull'individuo, sulle promesse per la sua realizzazione personale che la società non riesce di fatto a garantirgli. In altri paesi si lotta per la sopravvivenza, e cittadinanza vuole dire accesso a risorse economiche e abitative, a un welfare possibile che invece prevede ancora compartimentazioni ed esclusioni.

Ovunque, dove l'esclusione, la coercizione, la restrizione predominano, la lotta per un orizzonte di diritti reali si impone come preconditione della *recovery*, in quanto la cittadinanza è impensabile dove la libertà manca dei suoi requisiti fondamentali.

Deistituzionalizzazione, emancipazione, inclusione sociale e cittadinanza sono alcune delle parole che devono essere legate a *recovery* per dotare il processo di maggiore senso e qualità.

La *recovery*/guarigione non può essere quindi vista come un percorso solo individuale. In tal caso vi sarebbe di nuovo sottesa un'etica del riscatto dell'individuo da una condizione, la malattia, vista ancora come colpa. Non diversamente da come la riabilitazione è rieducazione, nel linguaggio del potere.

Nonostante l'enfasi sulla singolarità e sulla soggettività, *recovery* è certamente un fatto interpersonale e sociale. Proprio in quanto attiene all'individuo, si colloca nella globalità della sua esperienza di vita dentro un contesto sociale e culturale determinato. La dimensione sociale e partecipativa, in queste storie, indica che la persona sta emergendo dall'isolamento, dalla rottura di significato e comunicazione che si traduce in de-socializzazione. Si può percepire allora l'emergere di un sé sociale, una condizione 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 – ne sono veicolo fondamentale, neanche a dirlo, perché rappresentano opportunità, e costruiscono identità e contrattualità sociale.

Occorre allora chiedersi quale concezione della società e dell'essere umano sostengano la *recovery*. Altrimenti essa resta all'interno del modello medico di malattia, opposta a un sapere laico che è visto come buono in sé, mentre al tempo stesso è un'ideologia che riflette le contraddizioni della vita sociale. Ancora, credo che la *recovery* non consista nell'insegnare nuove tecniche in un processo di oggettivazione e omologazione dell'esperienza individuale in qualche modello preformato di guarigione. Si sono moltiplicati in questi anni i tentativi di psicologizzare o di "meccanizzare" in una sorta di dispositivo semplice e schematico le "fasi del viaggio".

Nel mondo mercificato, la *recovery* si insegna di fatto come una tecnica e si commercia. E come tale, ha bisogno di *testimonials* e di santoni, di "luminari laici" e di antimedici. L'idea che vi sia qualche dotato "sciamano" o qualche perfetto insegnante deve essere rigettata. Al contrario, dobbiamo credere nella *recovery* come nella verità personale di ciascuno. Sarebbe in questo senso onesto se ciascuno rappresentasse i propri limiti personali e le contraddizioni del proprio percorso, come questo libro tenta appunto di mostrare.

Come già accaduto con *self-help* ed *empowerment*, anche *recovery* corre il rischio di diventare puramente una definizione accattivante, 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, *recovery*, aggiunta all'equivoco della riabilitazione, come riparazione dal danno iatrogeno operato dalle psichiatrie.

Credo che questo sia un rischio assai tangibile oggi in Italia, come già è stato ed è 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. Una buona dose di senso comune? Scelte etiche? Una formazione *ad hoc*? La sola risposta, a mio avviso, è ancora una volta nella possibilità di agire una deistituzionalizzazione, forse in forme nuove e differenti, basate sul riconoscimento del contributo dell'utente nel servizio e sulla spinta delle energie trasformative verso la salute possibile. Ma non è ancora abbastanza.

Se il processo di cura e di guarigione si iscrive nella forbice tra emancipazione e controllo sociale dei comportamenti, la ricerca e la produzione di un senso dell'agire terapeutico verso i percorsi di *recovery* sono gli assi fondamentali della pratica psichiatrica.

In servizi orientati alla *recovery*, i concetti di inclusione sociale e cittadinanza dovranno essere affiancati a essa. La partecipazione, i diritti, il potere e l'inclusione sociale sono strettamente intrecciati col ruolo dei servizi di salute mentale comunitari nel supportare i cambiamenti individuali, come agenzie che forniscono o catalizzano risorse e opportunità. Certamente la guarigione può accadere con o senza l'aiuto professionale, o addirittura nonostante questo, come dimostrano le ricerche dell'Oms sulla schizofrenia nei paesi in via di sviluppo. Poiché questa ricerca è stata realizzata con il contributo di soggetti indicato dai servizi, il libro non dà elementi rispetto al tema della *recovery* al di fuori del contesto istituzionale, ma mostra come i punti di svolta delle persone spesso coincidono con aspetti dell'intervento del servizio, o del programma terapeutico personalizzato, o 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 e responsabilità della persona nel percorso.

Il servizio è orientato alla *recovery* se è attraversabile e "capace di offrire", se in esso la persona trova dei punti e

delle persone di riferimento, un'accoglienza umana, calda, partecipe; dove esiste una disponibilità a occuparsi dei problemi di vita e non solo dei disturbi; dove le regole istituzionali non impoveriscono, sminuiscono, contengono e comprimono soltanto il soggetto in crisi. L'attraversamento del servizio è connesso alla *recovery*, nel senso che l'offerta terapeutica e di risorse strumentali è orientata a dare degli stimoli, che però, se non si è in grado di coglierli, restano imposti, estrinseci. Il servizio può fare emergere una rete di supporto e renderla utilizzabile oltre che visibile, sviluppando un intervento di mediazione importante, per attivare l'aiuto e per fare avvicinare la rete, come "attrattore" della rete stessa.

In questo senso una "scienza umana" si deve domandare in che maniera la soggettività delle persone riesca a usare gli strumenti e le risorse offerti come fattori d'aiuto e di supporto per la *recovery*. La responsabilità/cura (la *Sorge* di Jaspers) implica l'assunzione di me come soggetto che opera una trasformazione nel campo comune mio e dell'altro, dove l'altro può "avanzare" e acquistare potere. Ma ciò comporta accettare che esso sia depositario di un sapere di trasformazione, e quindi operare una de-soggettivazione, un mettersi di lato, di fianco, per permettere una soggettivazione dell'altro.

Il processo dialettico della *recovery*/guarigione non accade senza rimarcare una linea d'ombra, un chiaroscuro, in una totalità d'esperienza, dove c'è salute e malattia, il cui fulcro è la possibilità di riappropriazione di entrambe da parte del soggetto.

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 a una riappropriazione di sé e alla comprensione della misura in cui abbiamo incorporato la logica che ci determina. Perché l'unica premessa a 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 da sé, quindi come strumento di liberazione o di dominio.¹

Una delle persone intervistate nel corso della ricerca che questo libro racconta ci ha chiesto di fare «una psichiatria di vita anziché di morte – che prenda le persone in un dispositivo di vita». Ci ha detto: «Nessuno fa una 'diagnosi di guarigione', nessuno si arrischia. La guarigione infatti non esiste, esiste il miglioramento della propria vita».

Dunque viva la guarigione, ma non come promessa della “medicina psichiatrica”.

Novembre 2012

¹ F. Ongaro Basaglia, *Salute/malattia. Le parole della medicina*, Edizioni alpha beta Verlag, Merano 2012, pp. 66 e 76.