



VOLUME VIII N. 3 SETTEMBRE 2009

PSICHIATRIA DI COMUNITÀ

LA RIVISTA DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

FONDATA DA FABRIZIO ASIOLI

S O M M A R I O

EDITORIALI

117

Evidence-based hope. La proposta
di una prospettiva comune

Giuseppe Tibaldi, Lia Govers

129

Psicopatologia borderline: il posto della vergogna

Mario Rossi Monti, Veronica Princigalli

ARTICOLI

142

Le opinioni riguardo le persone con disturbi
mentali e l'assistenza psichiatrica. I risultati
di un'indagine nell'area polesana

*Emanuele Toniolo, Sabrina Guareschi, Laura
Andreotti, Roberta Marangoni, Antonello Grossi,
Antonio Lasalvia*

156

Valutazione di efficacia di un intervento
di psicoterapia cognitivo-comportamentale
di gruppo per il disturbo di panico

*Fiorino Mirabella, Concettina Mastrocinque,
Federico Giunti, Paola Galardini, Claudia
Meduri, Pierluigi Morosini*

COMUNICAZIONE BREVE

165

Un modello di intervento integrato nelle patologie
psichiatriche alcool correlate

Anna Desiato, Bruno Valente, Gianfranco Buffardi

DOCUMENTI

171

Concorso letterario "Storie di guarigione"



Giuseppe Tibaldi, Lia Govers¹

EVIDENCE-BASED HOPE. LA PROPOSTA DI UNA PROSPETTIVA COMUNE

Evidence-based hope. A common perspective proposal

Introduzione

Nell'autunno 2008 è stato pubblicato un libro di Paolo Rossi, dal titolo *Speranze* (Ed. Il Mulino) che abbiamo deciso di utilizzare come riferimento per questo nostro contributo. Nel suo libro, Rossi cerca di rispondere a una domanda molto chiara: "*Possiamo elencare alcune ragioni che possono preservarci dalla disperazione?*". Lo fa, in modo estremamente chiaro, mettendoci in guardia da due opposte tentazioni: quella del catastrofismo pessimistico ("Senza speranze") e quella delle prospettive utopiche ("Smisurate speranze") ed elencando alcune "Ragionevoli speranze" che possono preservarci dalla disperazione. Le speranze sono ragionevoli, nella proposta di questo autore, a due condizioni: che non siano date per scontate e che abbiano il sostegno di dati convincenti (come nell'esempio, da lui proposto, della riduzione della mortalità infantile).

Questo approccio, che fonde la ragionevolezza delle speranze con i dati disponibili e con la possibilità che non si concretizzino, ci è sembrato utile

trasferibile al campo della salute mentale e vogliamo adottarlo sia per guardare a quanto accaduto in Italia negli ultimi anni sia per presentare la nostra ipotesi: che la guaribilità possa essere considerata una speranza ragionevole perché ha il supporto di molte forme di "evidenza" (scientifica ed esperienziale).

Alla luce di quanto è accaduto, soprattutto in Italia, nell'assistenza psichiatrica territoriale, crediamo che si possano dare ora per acquisite, e ragionevoli, alcune speranze che non erano per nulla scontate, inizialmente:

1. si può sopravvivere senza il manicomio, come si può fare a meno di altre istituzioni analoghe;
2. la cultura dei "diritti di cittadinanza" è diventata prevalente rispetto alla cultura dell'allontanamento dalla comunità: sia pure con luci e ombre, si è andata affermando una "democrazia dell'integrazione" che si applica sia ai disturbi mentali, sia all'handicap, sia agli anziani con disabilità significative. Un modello democratico che considera questi soggetti fragili

¹Circa dieci anni fa il primo autore ha ricoverato in forma coercitiva il secondo autore, dopo aver a lungo inseguito sia il secondo autore sia una diversa soluzione. Dopo il lungo ricovero, il secondo autore è stato inserito in una struttura residenziale, su provvedimento del giudice e proposta del primo autore. In questa fase iniziale nessuno ha messo in discussione la diagnosi di "disturbo schizofrenico paranoide".

Questo inizio poco promettente ha rappresentato il punto di avvio di una relazione terapeutica durata molti anni, che ha previsto l'integrazione di farmaci e psicoterapia, nel Centro di Salute Mentale diretto dal primo autore. Il secondo autore aveva lasciato, nel frattempo, la comunità di cui era ospite per fare rientro a casa, con il marito e il figlio. Da oltre sei anni sono stati sospesi, dopo una riduzione molto graduale, tutti i farmaci e i rapporti sono proseguiti soprattutto con la psicoterapeuta.

L'evoluzione favorevole che ha avuto la vita del secondo autore è coincisa con la crescita di interesse del primo autore per le tematiche della guarigione (manifestatosi nella edizione italiana del libro di Ken Steele *E venne il giorno che le voci tacquero. Un viaggio nella follia e nella speranza* e nella promozione del Concorso Letterario "Storie di guarigione", a Biella, con Emanuele Lomonaco). Il secondo autore ha partecipato al Concorso Letterario di Biella e ha nel frattempo pubblicato parte della propria storia personale. È in via di pubblicazione la sua autobiografia sia in olandese che in italiano. Il secondo autore ha accettato senza esitazioni la proposta, non coercitiva, del primo autore rispetto alla stesura congiunta di questo contributo, ritenendola pienamente coerente con la propria esigenza di dissipare i dubbi di molte persone sulle possibilità di guarigione nei disturbi schizofrenici.



come cittadini da tutelare al meglio, per consentire loro di esprimersi come veri cittadini;

3. le psicoterapie, che hanno sempre rappresentato la principale modalità tecnica di valorizzazione della soggettività del paziente, possono essere valutate in termini di efficacia;
4. i trattamenti psicologici e riabilitativi producono variazioni anche sul piano neurobiologico, togliendo ogni dubbio sulla illegittimità di ogni sequestro del biologico e dello psicologico in aree di intervento separate, o in teorie della psicosi rigidamente organicistiche.

Ognuna di esse non può essere data per acquisita in forma definitiva (come la democrazia o la condanna della pena di morte, negli esempi dell'autore), ma la tendenza che si è potuta osservare negli ultimi decenni è tale da poterle considerare come un cambiamento sostanziale rispetto al passato.

Come accennavamo, nel libro di Rossi le speranze ragionevoli sono messe a confronto con altre due opzioni, che hanno trovato e trovano tuttora sostenitori autorevoli, nel campo della salute mentale:

- a. la prospettiva dei “Senza speranze”, che potremmo definire le “Cassandre della sicura cronicizzazione”, del “lasciate ogni speranza voi che entrate (nella schizofrenia)”. La maggioranza di essi guarda alle esperienze psicotiche come disturbi con una prevalente e irreversibile base organica, o genetica. Le convinzioni di questo gruppo non si limitano a seminare disperazione, ma diventano, spesso, inviti a una policy neomanicomiale. Le ipotesi di strutture “umanizzate” a tempo indefinito riflettono a pieno la logica di deresponsabilizzazione pessimistica di cui queste Cassandre si fanno portavoce;
- b. la schiera di coloro che coltivano e propongono “Smisurate speranze” è altrettanto numerosa: tale prospettiva, che si è materializzata in passato nelle ipotesi sociogenetiche (di modelli sociali in grado di eliminare ogni forma di disturbo, o di modelli assistenziali in grado di evitare qualsiasi forma di coercizione), si manifesta oggi sotto varie forme: dalle ipotesi fantascientifiche di astronavi in partenza verso pianeti privi di psichiatri e psicofarmaci, a quelle eugenetiche, fino a quelle che annunciano l'imminente scoperta di una molecola miracolosa, che possa agire a 360 gradi (sui sintomi positivi e su quelli negativi, su emozioni e cognizioni, su soggetto e contesto...).

Il tema della guarigione (*recovery*) sta assumendo un peso considerevole nella letteratura scientifica internazionale e, in molti Paesi, le politiche per l'assistenza psichiatrica hanno iniziato a prevedere in modo esplicito le strategie per garantire un'assistenza *recovery-oriented* (CSIP, RCP & SCIE, 2007). Questo rilievo nella letteratura e nelle politiche è anche una prima risposta alle sollecitazioni in tal senso che sono venute dalle organizzazioni dei familiari e degli utenti, che non accettano che l'efficacia dei trattamenti offerti venga disgiunta dalla presenza di aspettative favorevoli e di strategie di *empowerment*. Va chiarito e ricordato che sono state le associazioni di utenti e familiari a porre per prime questo tema sul tavolo, richiamando professionisti e politici a confrontarsi con le scelte che questo tema implica.

Le evidenze disponibili

Nella letteratura scientifica, si è soliti proporre la tesi secondo la quale i dati sono scientificamente convincenti se sono tali da confutare quella che viene definita l'ipotesi “nulla”. Nel caso della guarigione della schizofrenia, l'ipotesi nulla è, in realtà, quella largamente dominante: quella che trova le sue radici nella nosologia di Kraepelin, il quale assunse il decorso sfavorevole come asse centrale della definizione dei disturbi psicotici (“*dementia praecox*”).

L'ipotesi nulla (di inguaribilità) è stata messa in discussione in modo sempre più convincente a partire dagli studi di Bleuler (1968), Huber (1975), Tsuang (1979) e Ciompi (1980); molti degli studi successivi hanno confermato e dato solidità scientifica all'ipotesi alternativa (Ogawa, 1987; Harding, 1987a; Harding, 1987b; Loebel, 1992; Lieberman 1993; DeSisto 1995a; DeSisto, 1995b; McGorry, 1996; Edwards, 1998; Whitehorn, 1998; Harrison, 2001; Tabella 1).

Anche i risultati dello studio multicentrico della Organizzazione Mondiale della Salute (International Pilot Study on Schizophrenia), recentemente ridiscussi dai due principali ricercatori (Jablenski & Sartorius, 2008), hanno dato un contributo molto importante alla messa in discussione del pregiudizio di inguaribilità, anche se sono stati più facilmente ricordati per aver sottolineato la distanza tra il decorso della schizofrenia nei Paesi in via di sviluppo e il decorso, meno sfavorevole, nei Paesi del primo mondo (Jablenski, 1992).

Le revisioni sugli studi di esito negli episodi psicotici a inizio recente e nelle forme a decorso protratto si sono fatte sempre più numerose e convergenti (Harri-



■ TABELLA 1. Sequenza e dati degli studi di esito

Primo autore	Sede	Fase/Decorso del disturbo	Numero di pazienti	Pazienti clinicamente guariti	
				N	%
Bleuler, 1968	Zurigo	Cronico	208	118	57
Huber, 1975	Bonn	1° episodio e cronico	502	266	53
Tsuang, 1979	Iowa (USA)	Cronico	186	85	46
Ciampi, 1980	Berna	Cronico	289	153	53
Harding, 1987	Vermont (USA)	Cronico	82	56	68
Ogawa, 1987	Gunma (Giappone)	Prevalentemente 1° episodio	105	67	64
Loebel, 1992					
Lieberman, 1993	New York (USA)	1° episodio	118	87	74
McGorry, 1996	Australia				
Edwards, 1998	Melbourne, Australia	1° episodio	98	89	91
Whitehorn, 1998	Nova Scotia, Canada	1° episodio	115	102	89
Harrison, 2001	14 sedi internaz.	Prevalentemente 1° episodio	1171	562	48

(Rielaborata da Liberman & Kopelowitz, 2005)

son & Mason, 1993; Hegarty et al., 1994; Warner 1994; Davidson & McGlashan 1997; Bustillo et al., 1999; Calabrese & Corrigan, 2005; Davidson et al., 2005; Liberman & Kopelowitz, 2005; Dorrer, 2006). Queste revisioni non hanno messo in discussione l'orientamento favorevole dei risultati emersi e hanno concentrato la loro attenzione su alcune disomogeneità, a livello metodologico, che vanno tenute presenti nella discussione sui dati finora disponibili. Queste disomogeneità riguardano, in particolare:

1. l'eterogeneità dei quadri clinici presi in considerazione (primi episodi oppure fasi stabilizzate dei disturbi schizofrenici);
2. la differente durata dei periodi di osservazione;
3. la diversità dei parametri di esito utilizzati, con assenza di una definizione condivisa di guarigione clinica.

Gli scopi di questo nostro contributo non sono quelli di un approfondimento sul piano metodologico delle evidenze disponibili. Ci sembra tuttavia necessario rispondere al quesito sulle probabilità di guarigione nei primi episodi psicotici e nelle forme a decorso "cronico". Una recente revisione sistematica (Menezes, 2006) ha preso in considerazione 37 studi che avevano scelto di valutare il decorso di pazienti al primo episodio psicotico. Nei 37 studi presi in considerazione erano stati coinvolti, complessivamente, 4100 pazienti. In

questo campione così ampio di studi e di pazienti gli esiti certamente favorevoli (*good*) sono stati il 42%, gli esiti "intermedi" il 35% e gli esiti sfavorevoli (*poor*) il 27%: l'evoluzione che veniva considerata tipica dei disturbi psicotici si verifica quindi in poco più di un quarto dei soggetti che vanno incontro nella loro vita a un episodio di scompenso con caratteristiche cliniche di tipo psicotico. Il 34% di esiti "intermedi" è sicuramente un dato importante, soprattutto se si guarda alla guarigione come a un processo, a un percorso, anziché come a una soglia clinica, che va superata in modo certo per poter parlare di "sicura guarigione" (clinica).

Anche i dati dello studio ISoS (International Study of Schizophrenia) che nascevano da 14 coorti di nuovi casi e da 4 coorti di casi prevalenti (Harrison, 2001) non si scostavano, sul piano delle percentuali di guarigione, dai dati appena citati. Lo studio ISoS ha però consentito di prendere in considerazione varie forme di disturbo schizofrenico, a partire dalla modalità di esordio (acuto o insidioso), da quella di decorso (episodico o continuo) e dall'esito (favorevole o sfavorevole): questa suddivisione ha consentito di mettere in evidenza quello che gli autori hanno definito come guarigione tardiva (*late recovery effect*): "... al quindicesimo anno di follow-up abbiamo osservato, nella coorte dei nuovi casi, una percentuale del 16% di esito favorevole dopo un decorso a disabilità costante. Anche se tale sviluppo positivo è meno frequente che in altri studi, questi



dati spingono a sostenere l'ottimismo terapeutico e la riproposizione di interventi riabilitativi e di inserimento lavorativo nonostante i fallimenti nelle fasi precedenti del decorso ..." (Harrison, 2001).

I dati dello Studio ISoS ci confermano che percorsi di guarigione come quello raccontato in prima persona da Ken Steele (Steele & Berman, 2005), che guarisce a 32 anni dall'esordio, non sono rari né eccezionali. Nel commento a quel testo (Tibaldi & D'Avanzo, 2005) era stato formulato lo stesso concetto che gli autori dello Studio ISoS hanno espresso alla luce delle guarigioni tardive verificatesi nel loro campione: anche coloro che mostrano un andamento apparentemente sfavorevole nei primi dieci o quindici anni dall'esordio non possono essere dati per "persi". Soprattutto a loro deve essere garantito un diritto specifico e supplementare: il diritto alle "seconde occasioni"; il diritto cioè a non essere esclusi da tutte quelle attività (genericamente definite come riabilitative) che contribuiscono a mantenerli nella posizione di cittadini.

Laddove la psichiatria di comunità è solo una delle possibili opzioni assistenziali, i dati sulla guarigione sono stati messi in esplicita correlazione con le modalità organizzative dell'assistenza psichiatrica e con i principi ispiratori di ciascun modello. Negli studi condotti negli Stati Uniti, confrontando il modello dello Stato del Vermont (più centrato sui principi dell'assistenza territoriale e della continuità terapeutica) con quello dello Stato del Maine (caratterizzato dalla centralità delle risposte ospedaliere tradizionali) sono emersi dati decisamente più favorevoli nel Vermont rispetto al Maine. Se è plausibile che i modelli organizzativi dell'assistenza psichiatrica possano giocare un ruolo su questo versante, sembra maturo il tempo di una verifica dei differenti modelli organizzativi dell'assistenza in Italia non tanto sul piano della contrapposizione ideologica, quanto piuttosto su parametri che siano significativi per tutti i protagonisti della salute mentale, e con la loro partecipazione diretta alla definizione dei protocolli e all'analisi dei risultati.

Non si può certamente omettere che ci sono studi che hanno fornito dati e percentuali diversi da quelli da noi illustrati (Lauronen et al., 2005) e questo conferma che la ragionevolezza della speranza di guarigione richiederà ulteriori conferme in futuro. Ci sono anche autori che hanno tentato di difendere e ribadire la tesi kraepeliniana del decorso sfavorevole come elemento centrale del disturbo schizofrenico. Rund (1990) descrive con chiarezza questa prospettiva: "Il significativo

miglioramento osservato in pazienti con una diagnosi di schizofrenia è stato considerato da molti psichiatri un chiaro segno del fatto che la diagnosi iniziale fosse sbagliata ...". Se fosse stata "vera schizofrenia", il miglioramento sarebbe stato impossibile Purtroppo questa convinzione rimane piuttosto diffusa tra i professionisti della salute mentale e il tempo necessario per "corroderla" non è facilmente prevedibile. Una delle radici di questa convinzione di inguaribilità è stata identificata e descritta efficacemente più di 25 anni fa (Cohen & Cohen, 1984); gli autori l'hanno definita come "l'illusione del clinico" (*clinician's illusion*). Essa si traduce nella proiezione su tutti i pazienti psicotici delle impressioni cliniche negative che derivano dalla consuetudine di rapporto con le persone che hanno un'evoluzione meno favorevole, a elevata e persistente disabilità. Poiché le persone che vanno incontro a percorsi favorevoli tendono a rinunciare all'aiuto specialistico, tale allontanamento finisce per rinforzare l'illusione del clinico e la sua perdita potenziale di contatto con la realtà (che nel nostro caso sono le evidenze di guarigione).

La prospettiva delle persone con un'esperienza personale: perché sostenere la ragionevole speranza della guaribilità?

L'esperienza personale

Quando mi è stato imposto il T.S.O. nel maggio '98 io avevo già questa storia più che triennale di manifesta "schizofrenia paranoide delirante" alle spalle: ho cominciato a sentire le "voci" circa 6 mesi dopo la morte di mia madre e dopo circa un anno mi sono separata da mio marito, lasciandogli in custodia nostro figlio tredicenne con cui continuavo a restare in contatto frequente. Mi sentivo perseguitata da mio marito, ero convinta che mi impedisse di essere me stessa. Mi sono cercata un lavoro e una casa dall'altra parte della città e pian piano le idee persecutorie aumentavano. In primo luogo, però, mi sentivo perseguitata da mia madre, tant'è che addirittura nel mio delirio in continuo crescendo la rinnegavo come mia madre vera. Per tutta la vita non sono mai stata sicura del suo amore per me. Mi sentivo perseguitata in modo particolare non soltanto da lei e da mio marito, ma anche da altri parenti. Ed erano i comportamenti reali di tutte queste persone che mi portavano a queste convinzioni.

Alla fine, però, le persecuzioni aumentavano a dismisura, da avvolgermi quasi tutta. I primi 2-2 anni



e mezzo riuscivo ancora a tenere abbastanza separata la realtà di fatto dalle mie fantasie schizofreniche in enorme espansione, ma poi proprio non più. Credevo nella telepatia e di essere, alla fine, perseguitata da tutti quanti. Immaginavo che mi derubassero, mi drogassero, mi stuprassero e via di seguito. E questo, nelle mie fantasie, non veniva fatto soltanto a me, ma anche a mio figlio, a mio padre e a due fratelli miei. Nell'ultimo anno prima del mio ricovero ho fatto circa 160 esposti alla Procura, perché vedevo ingiustizie e misfatti dappertutto, tra cui in primo luogo il trafugamento della mia identità.

Da qualche annetto so che hanno cercato più volte di avvicinarmi per evitare di impormi il T.S.O., senza successo. Tramite l'intervento di un giudice torinese avevano potuto prendere visione di tanti esposti miei e sulla mia diagnosi non c'era proprio ombra di dubbio alcuna. Quante cose ho immaginato e messo giù per iscritto. Ero proprio "partita", ma partita alla grande. Alla fine avevo perso persino il mio posto di lavoro già da 6 mesi e non andavo neanche più in cerca di un altro. Non pagavo più bollette telefoniche e della luce, perché credevo ci fosse una bomba a mano nella mia buca delle lettere e diverse volte mi hanno staccato le relative forniture, ma neanche quello mi ha mai scoraggiato minimamente. Non pagavo neanche più l'affitto e ho avuto lo sfratto esecutivo ed è stato proprio allora che ho visto dott. Tibaldi davanti alla porta di casa mia.

Sono stata due mesi nel reparto dell'ospedale S. Giovanni Bosco di Torino e poi, per la durata di 13 mesi, nella comunità terapeutica Althaea. Ho incominciato la psicoterapia alcune settimane prima del mio ritorno a casa, da mio marito e mio figlio. Dalla metà del 2002 non prendo più gli psicofarmaci. Infatti, circa un anno dopo l'inizio della psicoterapia, in me si è manifestato un effetto negativo degli psicofarmaci e ho incominciato a fare scena muta davanti alla mia psicoterapeuta. Da qui è cominciata la, credo, difficile decisione di passare al tentativo di diminuire gli psicofarmaci. E come si faceva a passare a una decisione simile per una con i miei precedenti, inseguita per più di 10 mesi prima del ricovero coatto?

E finalmente, pian piano incominciavo a dormire meglio, a rendere nuovamente all'interno della psicoterapia, ad avere un sogno significativo per l'effetto positivo della psicoterapia e via di seguito.

Devo francamente ammettere che, *quando sono arrivata all'abolizione totale degli psicofarmaci, riuscivo ad essere più autonoma a casa ed altrove, ma anche a ri-*

flettere, connettere e ricordare meglio e questo non era che a favore dell'effetto psicoterapeutico e, in generale, per il mio miglioramento in tutti i sensi.

Vorrei mettere in risalto, oltre a quelli già accennati, altri fattori che mi hanno aiutato a guarire, durante il mio percorso.

Io non ho mai sopportato la promiscuità, l'essere costretta alla convivenza forzata con persone che non conosco o con cui non riesco ad andare d'accordo. Sono sempre stata una persona molto amante della sua privacy. Nel reparto dormivamo in camerate di 8 persone, costrette alla convivenza con ogni genere di persone ricoverate là. Ricordo bene che spesso venivano ricoverate donne che mi aggredivano verbalmente, forse minacciando pure di venire alle mani se tu replicavi qualche cosa o forse persino se soltanto le guardavi un po' di più del solito. Di notte, con gli psicofarmaci riuscivi almeno a dormire con sicurezza, mentre di giorno, con *la concessione pian piano estesa uscivi sia di mattina che di pomeriggio un'ora dal reparto e questo veramente ti faceva sentire meno "rinchiusa", meno "prigioniera"*.

All'interno della comunità terapeutica i primi 7-8 giorni non mi veniva ancora concesso di uscire: eravamo in piena estate e ricordo che nel bel giardino della comunità io devo essere sembrata proprio come quegli orsi polari rinchiusi in uno spazio assurdo allo zoo, dal cui comportamento si capisce chiaramente che stanno "impazzendo": andavo su e giù, su e giù, all'infinito. Io, già "folle" per i fatti miei, stavo "impazzendo" ancora di più per la mancata possibilità di poter evadere da quella promiscuità, da quella convivenza forzata e di non potermi assentare o muovere a mio piacimento. *Per fortuna la psichiatra là all'interno mi ha dato il permesso d'uscita che da me, alla fine, era così tanto apprezzato che subito dopo colazione uscivo per 2-2 ore e mezzo per camminare lungo il fiume, nei parchi, in centro città per fare rientro soltanto all'ora di pranzo.* Questa concessione costituiva per me sicuramente una delle condizioni per poter andare d'accordo con la convivenza forzata nel resto della giornata. Diciamo che avevo così la mia valvola di sfogo personale. So che, all'interno della comunità, sono state fatte altre concessioni di libertà ad altri pazienti.

Né nel reparto, né nella comunità, ma neppure in seguito nei miei incontri con la psicoterapeuta e col mio psichiatra mi è mai stata fatta la diagnosi di schizofrenia! So che stavo male, incredibilmente male, ma non sapevo che farci io stessa. Venivo però lasciata in santa pace da



tutto il personale addetto, semplicemente trattata in modo gentile, umano, anche confidenziale alle volte. Non avrei saputo cosa farmene di una diagnosi. *A cosa mi sarebbe servita, in fin dei conti?* Ho scoperto da sola la mia diagnosi circa tre anni dopo, dando una sbirciata alla mia cartella clinica.

Poi una cosa fondamentale è stata la *moratoria prima di iniziare la psicoterapia*. Anche se già 3-4 giorni dopo l'assunzione dell'Haldol nell'ospedale io non sentivo più le voci, tutta la costruzione di idee "schizofreniche" che mi ero fatta ha continuato ad esserci, però, credo ancora fino a parecchi mesi dopo il mio rientro a casa. Tutta la mia intima verità, occultata (racchiusa) all'interno di quelle mie fantasie non la buttavo al vento con tanta facilità.

Negli ultimi anni ho parlato sovente con la mia psicoterapeuta e col mio psichiatra di questi fatti. Tentativi di avvicinare persone "schizofreniche" già subito nel reparto la mia psicoterapeuta li ha fatti, all'inizio della sua carriera, ma non è mai approdata a niente.

Un'altra concessione fattami dalla mia psichiatra della comunità mi ha aiutato enormemente: già *dopo 6 mesi dalla mia entrata in comunità mi veniva consentito di tornare a casa da mio figlio e mio marito ogni fine settimana*: dal venerdì sera alla domenica sera. In più ho avuto un periodo di 3 settimane di ferie assieme a mio marito e mio figlio, poco prima di lasciare la comunità.

Ho letto l'anno scorso la versione olandese della storia di guarigione dalla schizofrenia della norvegese Arnhild Lauveng (2005). Ha avuto i suoi primi sintomi dall'età di 14 anni circa e dai 17 anni, per la durata di circa dieci anni, è entrata e uscita dai vari ricoveri, guarendo soprattutto con l'aiuto dell'ergoterapia, nonché con forme di terapia parlata. Anche lei non assume più da tempo gli psicofarmaci. Poi, personalmente, ho ripreso da mezz'anno i contatti con un uomo, che ho conosciuto durante il mio ricovero in comunità e che da alcuni anni vive per conto proprio. Anch'egli è stato affetto dalla mia problematica, ma anch'egli è guarito. So che ha fatto psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo, nonché arteterapia. So inoltre, dai discorsi fatti negli ultimi due anni con la mia psicoterapeuta e col dott. Tibaldi, che nella loro carriera lavorativa hanno accompagnato già tante altre persone sul loro percorso di guarigione dalla "schizofrenia".

E non mi venga a dire nessuno che io sarei un caso a parte o un "caso limite", perché la schizofrenia manifesta per me c'è stata soltanto all'età di 43 anni, 6 mesi dopo la morte di mia madre. Io ho avuto quel

potenziale per una vita, proprio come qualsiasi altra persona affetta da questa problematica: ho già sentito le voci per una settimana circa 3 mesi dopo essere uscita di casa all'età di 18 anni, ma allora sono riuscita a dominare da sola quel fenomeno. In seguito ho avuto anche notevoli problemi psicosomatici, nonché contrasti continui con la mia famiglia d'origine. E poco prima e durante la scrittura della mia autobiografia, leggendo libri all'infinito tra quelli di Ciompi (un vero *eye-opener*), Benedetti, Lowen, Jung, Laing, Borgna, Galimberti e i libri citati di (ex-)schizofrenici come Ken Steele, la norvegese Arnhild Lauveng, nonché l'americana Elyn Saks (2007) ho scoperto e ricordato ancora tante cose nella mia vita passata, tra cui significativi incubi ripetuti, il chiaro legame fra corpo e mente così spesso trascurato, la mia difficoltà nel riuscire a sperare in un futuro assieme a un partner e tanti altri dettagli ancora.

Io sentivo, durante il mio delirio "galoppante", che dovevo rimanere presente, esserci per mio figlio: egli è stato ed è rimasto sempre il mio più forte ancoraggio alla realtà. Forse in questo sono stata più fortunata di altri. Come ho avuto la fortuna che mio marito, anche se mi ero separata da lui perché pure da lui mi sentivo perseguitata, non mi ha di fatto mai mollata, riuscendo poi con l'aiuto di un nostro amico a contattare il mio psichiatra, ma anche visitandomi quasi giornalmente durante i miei 15 mesi di ricovero. *E quanto ne avevo bisogno, di quell'affetto familiare*.

Ma ero anche convinta, diamine, che mi era stata fatta una tremenda ingiustizia. La mia "verità" doveva venire fuori e per me questo si è attuato anche nei circa 160 esposti. Io credevo, alla fine, di essere l'Unico Procuratore a Livello Mondiale. Beh, la mia verità è venuta a galla, ma non con gli esposti o col mio delirio e lo sbando (alla fine senza lavoro e senza casa), bensì con anni di psicoterapia, nel mio caso sempre individuale, con un approccio di tipo psicodinamico. Ed è venuta a galla a me stessa, la mia verità, ma è cosa difficilissima da far capire in tutti i suoi risvolti e significati a quasi tutti quelli che mi circondano. In questo, così come tanti altri (ex) malati di mente, continuo spesso a sentirmi "alienata" o "isolata dagli altri" anche ora che sono guarita. Quasi nessuno sa comprendere quello che significa aver avuto questa problematica per tutta una vita. La guarigione, anche senza volerlo, ti impone anche una intima solitudine di cui spesso solo tu sei cosciente, come se stessi in una zona irraggiungibile ai più. Se a questo poi si aggiunge anche lo scetticismo o l'incredulità degli esperti, stiamo ancora più freschi.



L'invito, già dal giugno 2006, a mettere per iscritto la mia storia personale si è davvero rivelato un ulteriore viaggio di scoperta, di profonda consapevolizzazione e liberazione. Ed è servita alla fine pure a mio figlio e a incominciare a parlare più apertamente di queste problematiche con tante altre persone, in Italia e all'estero.

Le ragioni collettive

Non credo di essere un'eccezione, come schizofrenica guarita: me ne sono accorta nei contatti con vari psichiatri o psicologi nel mondo, negli Usa, nel Canada, nella Norvegia, nella Gran Bretagna, in Svizzera e in Germania. Forse l'unica cosa che mi differenzia da tante altre persone guarite è il fatto che non provo vergogna neppure ad apparire in pubblico o a parlarne apertamente, anche dichiarandolo semplicemente al mio medico di casa, ad amici e parenti o a scriverne tramite contatti e-mail e nel mio racconto autobiografico con i dettagli di tutta una vita. La grande partecipazione al Concorso Letterario di Biella, nonché i libri esteri di (ex-)schizofrenici e altre persone guarite da altre malattie mentali dimostrano che non sono l'unica.

Mentre io personalmente ho avuto la fortuna di incontrare a Torino sempre una psichiatria umana, purtroppo questo non è ancora cultura diffusa. Negli ultimi anni sono venuta a conoscenza di diverse prassi aberranti all'interno della psichiatria a livello nazionale, nonché internazionale. Nei Paesi Bassi vengono ancora adoperate tantissimo le celle d'isolamento, pratica ultimamente sempre più contestata. Ma so che questa prassi avviene anche altrove, nonché quella di legare i pazienti al letto, di imbottirli di strane e pericolose misture di psicofarmaci, nonché quella di ignorarli addirittura come persone che potrebbero avere qualche voce in capitolo a proposito del proprio disagio o dei metodi di cura. L'isolamento, anche protratto per giorni o mesi (vedi Ken Steele), o la contenzione fisica non possono, secondo il mio e altrui parere, che peggiorare la situazione: suscitano istintivamente la ribellione, la rabbia e, di conseguenza, l'opposizione a tutto quanto ti viene fatto o proposto, sempre se ti è ancora possibile reagire. Dosi eccessive di psicofarmaci annientano spesso la possibilità di reazione oppure diminuiscono l'assertività della persona. In parte questo l'ho vissuto personalmente ancora all'interno della comunità, dove riuscivo a reagire molto meno del solito a comportamenti discutibili di compagne di stanza oppure a segnalarli alle persone giuste. Ho letto di recente il libro *Tanto scappo lo stesso* di Alice Banfi (2008) che è

molto significativo a questo proposito! Ma nonostante tutto questo Alice ce l'ha fatta a guarire – da un disturbo borderline della personalità – dopo un ricovero in comunità e psicoterapia mista.

Se tante altre persone affette da disagi mentali potessero incontrare una psichiatria umana come io e altri abbiamo potuto sperimentare, sicuramente anche i casi di guarigione aumenterebbero in modo significativo. Ho trovato molto interessante l'articolo "Protetti dalla comprensione" di Annalisa Landi apparso sul numero 3 di *Psichiatria di Comunità* (2008), visibile su Internet, e ne condivido quasi tutto il contenuto.

Da quando mi sono ritrovata coinvolta nel mondo della psichiatria ho notato che tanti utenti, me compresa, subiscono da parte dei loro familiari comportamenti davvero "assillanti": spessissimo non riflettono per niente sull'effetto che il proprio comportamento ha sul paziente. Questi comportamenti hanno quasi sempre collaborato ad acuire quel disagio mentale. Curare il paziente in psicoterapia tralasciando un cambiamento nel comportamento assillante del familiare, è come l'effetto del gatto che si morde la propria coda. Qui si dovrebbe trovare un coinvolgimento in parallelo dei familiari, in colloqui separati e/o tecniche cognitivo-comportamentali, altrimenti la cura perde in gran parte il suo senso ed effetto. Non si può esporre nuovamente l'utente, spesso armato delle sole forze "indebolite" personali, a quello che lo ha fatto pure entrare in tale disagio!

Anche le comunicazioni reciproche tra gli operatori di una stessa équipe potrebbero migliorare di qualità. Non spetta certo, per esempio, ai pazienti in comunità, già "folli" e sedati, preoccuparsi che le loro segnalazioni di disagio vengano recepite a tutti i livelli perché vi si ponga rimedio.

A coloro tra gli psichiatri che ritengono che la schizofrenia sia unicamente un disturbo organico, biologico, come è opinione alquanto diffusa a livello mondiale, credo soprattutto da una trentina d'anni a questa parte, vorrei far notare che negli ultimi anni anche a livello di ricerca vengono sempre più trovati legami tra la teoria dell'attaccamento di John Bowlby e la presenza della schizofrenia. Di queste ricerche riporto nella bibliografia solamente quattro articoli, quello recentissimo di Read, Fink, Rudegeair, Felitti e Whitfield (2008), quello di Read, van Os, Morrison e Ross (2005), quello di Morgan e Fisher (2007), nonché quello di Berry, Barrowclough e Wearden (2007). Significativa è pure l'intervista del dr. Brian Koehler a Gaetano Benedetti (2003).



È stato un faticoso percorso di certo, la mia guarigione, durato anni, ma fattibile. Sono contenta di essermi liberata di questa mia problematica di fondo. Di essermi nuovamente reimpossessata di tutta l'energia che per una vita era convogliata, imprigionata lì.

La mia e altrui guarigione danno speranza. Sono storie forti, storie possibili che vanno tenute presenti e a cui fare riferimento non solo per familiari, "pazienti" ed educatori di comunità, ma anche come passo iniziale verso il cambiamento di idee discutibili, direi "non aggiornate" di tanti operatori, psicologi e psichiatri.

Comunque sia, la speranza di guarigione va data a tutti, in partenza: è qualche cosa che spetta a tutti, di diritto, anche se non in tutti poi si attuerà.

Io ero diventata un caso davvero disperato e sono qui, a dare battaglia perché tutti capiscano che dalla cosiddetta malattia mentale ritenuta fra le più devastanti si può guarire. E sostengo che in quanto a salute mentale io ora posso dare punti a tanta altra gente ritenuta "sana".

Conclusioni

La guarigione è una speranza ragionevole, sia che si utilizzino le evidenze tratte dalla letteratura scientifica, sia che si parta dalle tante narrazioni personali che si sono venute accumulando, sia in alcune riviste

scientifiche (come *Schizophrenia Bulletin* e *Psychiatric Services*, che hanno dato uno spazio continuativo ai "Personal Accounts"), sia nei sempre più numerosi siti web (Appendice 1), che hanno reso accessibili esperienze personali positive a ogni latitudine (Deegan, 1988; Deegan, 1996; Roberts, 2000). Si può parlare quindi di *Evidence-based hope* a partire da entrambe queste prospettive. È un'affermazione, la nostra, che tiene presente l'esistenza di una distanza tra due modi diversi di intendere la guarigione. Una definizione viene dal modello medico (Lieberman & Kopelowitz, 2005) e fonda le proprie evidenze su parametri misurabili (la remissione sintomatologica, la durata minima della remissione, le riospedalizzazioni, il grado di funzionamento sociale) (Ralph et al., 2000; Campbell et al., 2005). L'altra deriva, invece, dal movimento degli utenti, dei familiari, dei "sopravvissuti" e si fonda sul modello del processo e della disabilità: alcuni sintomi possono anche rimanere (come nella scena finale di *A beautiful mind*), ma l'importante è il percorso che ha tolto a determinati sintomi il potere di interferenza con le proprie capacità personali e sociali, che ha consentito un recupero della capacità di esercizio concreto dei propri diritti di cittadinanza. Questi due modelli (Tabella 2), che ripropongono la

■ TABELLA 2. I modelli a confronto

Modello della guarigione	Modello medico
Centralità dell'esperienza	Psicopatologia
Biografia	Sviluppo del disturbo
Interesse centrato sulla persona	Interesse concentrato sul disturbo
Promuovere la salute	Combattere la malattia
Centrato sulle capacità della persona	Centrato sui trattamenti offerti
Esperti in base alla propria esperienza	Medici e pazienti
Significato personale	Diagnosi
Comprensione	Coscienza di malattia
Centrato su valori etici	Apparentemente sganciato da considerazioni etiche
Umanistico	Scientifico
Crescita e scoperta	Trattamento
Scelta	Adesione alle proposte di trattamento
Riferimento a "eroi"	Sorretto dalle metanalisi
Resoconti personali	Studi randomizzati controllati
Trasformazione	Ritorno alla normalità
Gestione personale	Coordinatori esperti
Controllo di sé	Riportare sotto controllo
Responsabilità personale	Appropriatezza professionale
All'interno di un contesto sociale	Decontestualizzato



dialettica tra la prospettiva positivistica e quella fenomenologico-esistenziale, convergono sulla plausibilità della guarigione come obiettivo realistico e comune. (Davidson et al., 2008).

La ragionevole speranza della guaribilità rappresenta anche, a nostro avviso, un punto di convergenza possibile tra la fatica quotidiana degli operatori della psichiatria di comunità e quella, ancora più pesante, delle persone che vivono esperienze psicotiche e delle loro famiglie. Un orizzonte comune è spesso mancato, ma appare indispensabile, soprattutto per ridurre le distanze che hanno ostacolato la loro interazione (McCabe & Priebe, 2008). I trattamenti integrati (che le evidenze scientifiche indicano come i più efficaci nel trattamento dei disturbi schizofrenici) non sono da considerare solo come la più appropriata risposta tecnica: essi riflettono, a nostro avviso, la capacità di un gruppo di professionisti di entrare in relazione con tutti i soggetti coinvolti in un'esperienza come quella psicotica, offrendo risposte specifiche a seconda della tappa del percorso. Questo dialogo tra bisogni differenziati e in evoluzione e risposte tecniche specifiche dipende sicuramente dalle risorse materiali disponibili, ma la possibilità di questo orizzonte condiviso a lungo termine deve rientrare tra le risorse culturali disponibili.

La ragionevole speranza della guaribilità consente anche una riformulazione *evidence-based* di una parte dei principi ispiratori di una riforma come quella italiana. I diritti di cittadinanza non sono un concetto astratto o un'eredità scomoda della lotta contro le istituzioni totali: oggi (e domani) essi vanno garantiti a tutti coloro che vanno incontro a esperienze psicotiche a lungo termine perché ognuno di essi, individualmente, ha una sua ragionevole speranza di guarigione (e di ripresa del pieno esercizio dei propri diritti e dei propri talenti). Nessuno ha la certezza di poterla raggiungere, ma le probabilità positive sono più elevate di quelle negative.

Se accade:

ALIENA ("Il dopo-schizofrenia")

Segnata per la vita oramai.

Vista col senno di poi,
quell'esperienza,
così solitaria,
così triste,
mentre combattevo i miei fantasmi
e da nessuno venivo compresa.

Parlavo
una lingua indecifrabile
ed, infine,
mi dibattevo soltanto
per difendere il diritto
ad essere me stessa.

Un faticoso ritorno
alla normalità.

E così, da guarita,
mentre ho ben inteso
tutto quello che
realmente mi perseguitava,
ancora più sola rimango.

Quasi nessuno sa comprendere
Quel che io ora so.
E continuo il mio cammino,
la mente sul chi vive,
tutti i sensi affinati,
claudicando però
dietro al proprio linguaggio da sordo-muta,
nuovamente ALIENA in mezzo ai "sani".

Lia Govers, gennaio '07

■ BIBLIOGRAFIA

Banfi A. (2008). *Tanto scappo lo stesso*. Stampa Alternativa: Vi-terbo

Berry K., Barrowclough C. & Wearden A. (2007). A review of the role of adult attachment style in psychosis: unexplored issues and questions for further research. *Clinical Psychology Review* 27, 458-475

Bleuler M.E. (1978). The long-term course of schizophrenic

psychoses. In *The Nature of Schizophrenia – New Approaches to Research and Treatment* (ed. L.C. Wynne, R.L. Cromwell & S. Matthysse), pp. 631-636. Wiley: New York

Bustillo J.R., Lauriello J. & Keith S. J. (1999). Schizophrenia: improving outcome. *Harvard Review Psychiatry* 6, 229-240.

Calabrese J.D. & Corrigan P.W. (2005). Beyond dementia praecox: findings from long-term follow-up studies of schizophrenia. In: *Re-*



covery in mental illness: Broadening our understanding of wellness (ed. R. Ralph & P. Corrigan), pp. 63-84. American Psychiatric Association: Washington

Campbell-Orde T., Chamberlin J., Carpenter J. & Leff H.S. (2005). *Measuring the promise: A compendium of recovery measures, Volume II: The Evaluation Centre at HSRI* (www.tecathsri.org/)

Care Services Improvement Partnership (CSIP), Royal College of Psychiatrists (RCPsych), Social Care Institute for Excellence (SCIE) (2007). *A common purpose: Recovery in future mental health services* This report is available online www.scie.org.uk

Ciampi L. (1980). Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin* 6, 606-618

Cohen P. & Cohen J. (1984). The clinician's illusion. *Archives General Psychiatry* 41, 1178-1182

Davidson L. & McGlashan T.H. (1997). The varied outcomes of schizophrenia. *Canadian Journal Psychiatry* 42, 34-43

Davidson L., Harding C. & Spaniol L. (eds) (2005). *Recovery from severe mental illness: research evidence and implications for practice center for psychiatric rehabilitation*. Center for Psychiatric Rehabilitation: Boston

Davidson L., Schmutte T., Dinzen T. & Andres-Hyman R. (2008). Remission and recovery in schizophrenia: practitioner and patient perspectives. *Schizophrenia Bulletin* 34, 5-8

Deegan E. (1988). Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol 11, pp 11-19

Deegan P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol 19, no 3, pp 91-97

DeSisto M., Harding C.M., Ashikaga T., McCormick R., & Brooks G.W. (1995a). The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness: Matched comparison of cross-sectional outcome. *British Journal Psychiatry* 167, 338-342

DeSisto M., Harding C.M., Ashikaga T., McCormick R., & Brooks G.W. (1995b). The Maine and Vermont three decade studies of serious mental illness: II. Longitudinal course comparisons. *British Journal Psychiatry* 167, 338-342

Dorrer N. (2006). *Evidence of recovery: The 'ups' and 'downs' of longitudinal outcome studies*, SRN Discussion Paper Series Scottish Recovery Network: Glasgow (available online at: www.scottishrecovery.net)

Edwards J., Maude D., McGorry P.D., Harrigan S.M. & Cocks J.T. (1998). Prolonged recovery in first-episode psychosis. *British Journal Psychiatry* 172, 107-116

Harding C.M., Brooks G.W., Ashikaga T., Strauss J.S., & Breier A. (1987a). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness: 1. methodology, study, sample, and overall status 32 years later. *American Journal Psychiatry* 144, 718-726

Harding C.M., Brooks G.W., Ashikaga T., Strauss J.S., & Breier A. (1987b). The Vermont longitudinal study: II. Long-term outcome of subjects who retrospectively met the criteria for DSM-III schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 144, 727-735

Harrison G. & Mason P. (1993). Schizophrenia – falling incidence and better outcome? *British Journal of Psychiatry* 163, 535-541

Harrison G., Hopper K., Craig T., Laska E., Siegel C., Wanderling J., Dube K.C., Ganey K., Giel R., An Der Heiden W., Holmberg S.K., Janca A., Lee P.W.H., León C.A., Malhotra S., Marsella A.J., Nakane Y., Sartorius N., Shen Y., Skoda C., Thara R., Tsirkin S.J., Varma V.K., Walsh D. & Wiersma D. (2001). Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study *British Journal of Psychiatry*, 178, 506-517

Hegarty J.D., Baldessarini R.J., Tohen M., Wateraux C. & Oepen G. (1994). One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *American Journal of Psychiatry* 151, 1409-1416

Huber G., Gross G. & Schuttler R. (1975). A long-term follow-up study of schizophrenia: psychiatric course of illness and prognosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 52, 49-57

Jablensky A., Sartorius N., Ernberg G., Anker M., Korten A., Cooper J. E., Day R. & Bertelsen A. (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine* 20, 1-97

Jablenski A. & Sartorius N. (2008). What did the WHO studies really find? *Schizophrenia Bulletin* 34, 253-255

Kohler B. (2003) Interview with Gaetano Benedetti *Journal American Academy Psychoanalysis Dynamic Psychiatry* 31, 75-87

Landi A. (2008). Protetti dalla comprensione. *Psichiatria di Comunità* 7, 117-122

Lauronen E., Koskinen J., Veijola J., Miettunen J., Jones P.B., Fenton W.S. & Isohanni M. (2005). Recovery from schizophrenic psychoses within the northern Finland 1966 birth cohort. *Journal Clinical Psychiatry* 66, 375-383

Lauveng A. (2005). *I morgen var jeg alltid en love*. Cappelen Forlag A.S., Oslo

Lieberman R.P. & Kopelowitz A. (2005). Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatric Services* 56, 735-742

Lieberman J., Jody D., Geisler S., Alvir J., Loebel A., Szymanski S., Woerner M. & Borenstein M. (1993). Time course and biological correlates of treatment response in first-episode schizophrenia. *Archives General Psychiatry* 50, 369-376

Loebel A., Lieberman J., Alvir J., Mayerhoff D.I., Geisler S. & Szymanski S. (1992). Duration of psychosis and outcome in first episode schizophrenia. *American Journal Psychiatry* 149, 1183-1188

McCabe R. & Priebe S. (2008). Communication and psychosis: it's good to talk, but how? *The British Journal Psychiatry* 192, 404-405

McGorry P.D., Edwards J., Mihalopoulos C., Harrigan S.H. & Jackson H.J. (1996). EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin* 22, 305-326

Menezes N.M., Arenovich T. & Zipursky R.B. (2006). A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis. *Psychological Medicine* 36, 1349-1362

Morgan C. & Fisher H. (2007). Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma. A critical review. *Schizophrenia Bulletin* 33, 3-10

Ogawa, K., Miya, M., Watarai, A., Nakazawa, M., Yuasa, S. & Utena, H. (1987). A long-term follow-up study of schizophrenia in Japan with special reference to the course of social adjustment. *British Journal Psychiatry* 151, 758-765

Ralph R.O., Kidder K. & Phillips D. (2000). *Can we measure recovery? A compendium of recovery and recovery-related instruments*. Center for Mental Health Services, Human Services Research Institute, University of Maine (available online at http://tecathsri.org/)

Read J., van Os J., Morrison A.P. & Ross C.A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 112, 330-350

Read J., Fink P., Rudegeair T., Felitti V. & Whitfield C. (2008).



Child maltreatment and psychosis: a return to a genuinely integrated bio-psycho-social model. *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses* 7:235-254

Roberts G.A. (2000). Narrative and severe mental illness: what place do stories have in an evidence-based world? *Advances in Psychiatric Treatment* 6, 432-441

Rossi P. (2008). *Speranze* Il Mulino: Bologna

Rund B.R. (1990). Fully Recovered Schizophrenics: A retrospective study of some premorbid and treatment factors. *Psychiatry* 53, 127-139

Saks E. (2007). *The Center Cannot Hold. My Journey Through Madness*. Hyperion Books: New York

Steele K. & Berman C. (2005). *E venne il giorno che le voci tacquero. Un viaggio nella follia e nella speranza*. Mimesis: Milano

Tibaldi G & D'Avanzo B. (2005). Il diritto alle seconde occasioni.

In Steele K. & Berman C. *E venne il giorno che le voci tacquero. Un viaggio nella follia e nella speranza*. pp. 159-165. Mimesis: Milano

Tsuang M.T., Woolson R.F., & Fleming J.A. (1979). Long-term outcome of major psychoses: 1. Schizophrenia and affective disorders compared with psychiatrically symptom-free surgical conditions. *Archives General Psychiatry* 36, 1295-1301

Warner R. (1994). *Recovery from schizophrenia: Psychiatry and political economy* Routledge: London

Whitehorn D., Lazier L. & Kopala L. (1998). Psychosocial rehabilitation early after the onset of psychosis. *Psychiatric Services* 49, 1135-1137

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Giuseppe Tibaldi

e-mai: beppet@torinofacile.it

**APPENDICE 1****Websites utili**

Department of Health's Expert Patient Programme	http://www.ohn.gov.uk/ohn/people/expert.htm http://www.lmca.org.uk/docs/expert.htm
Long-term Medical Conditions Alliance (LMCA)	http://www.lmca.org.uk
Manic Depression Fellowship's self-help resources	http://www.mdf.org.uk
Mary Ellen Copeland's mental health recovery	http://www.mentalhealthrecovery.com self-help strategies
National Empowerment Center (USA)	http://www.power2u.org
New Zealand Mental Health Commission	http://www.mhc.govt.nz
NIHME UK's mental health and recovery site	http://www.mentalhealthrecovery.org.uk
Ohio Department of Mental Health's guiding	http://www.mh.state.oh.us/initiatives/outcomes/principles of the recovery model and outcomes outcomes.html
Rethink's self-management project	http://www.rethink.org/recovery/selfmanagement/index.htm
Survivors Network (UK)	http://www.healthy-life-styles.com
The Black Wellness Initiative	www.blackwellness.co.uk/index.html
Recovery Devon	www.recoverydevon.co.uk
In-Control	www.in-control.org.uk/
Keepwell	www.keepwell.co.nz/
Mindful Employer Initiative	www.mindfulemployer.net/
Schizophrenia anonymous	www.schizophrenia.com/help/Schizanon.html
Scottish Recovery Network	www.scottishrecovery.net
Shery Mead (intentional peer support)	www.mentalhealthpeers.com
Whole Life:	www.eastern.csip.org.uk/our-work/whole-life.html
Working to recovery – Ron Coleman	www.workingto recovery.co.uk
http://akmhcweb.org/recovery/rec.htm (con vari link per storie di recovery)	
http://www.namisc.org/Recovery/index.htm	
http://www.mentalhealth.org.uk/information/have-your-say/personal-stories	
http://www.mentalhealthamerica.net/go/reallives/examples	
http://www.waccamawmentalhealth.org/recovery.htm	
http://www.state.me.us/dhhs/riverview/recovery_stories/home.html	
http://www.recoverymonth.gov/2007/voices/default.aspx (68 storie)	
http://www.alternativementalhealth.com/testimonials/default.htm#Bi	
http://www.intervoiceonline.org/2007/5/22/positive-voices-and-recovery-stories	
http://www.blackdoginstitute.org.au/public/gettinghelp/personalaccounts.cfm#stories	
http://www.recover.ie/info.php?to-one=98	
http://www.memoryarchive.org/en/Category:Mental_Illness (tante storie varie della Salute Mentale)	
http://www.mentalhealth.com/story/p52-sc01.html (= Maurizio Baldini's story)	
http://www.mentalhealth.com/story/p52-sc02.html (=Alison's story)	
http://www.mentalhealth.com/story/p52-garr.html (=Garry's story)	
http://www.schizophreniadiaries.com/stories.index.php	