

Schizofrenia ed Emotività Espressa: il ruolo dei servizi sociali nel supporto alla famiglia

"[...] non si può curare chi è affetto da una patologia psichiatrica senza prestare attenzione all'ambiente sociofamiliare in cui vive"
(Rosina, 2016, p. 283).

L'elaborato ha l'**obiettivo di analizzare la connessione intrinseca tra il costrutto dell'Emotività Espressa (EE) e il disturbo schizofrenico**. Tale indagine mira a esplorare in dettaglio le intricate dinamiche che caratterizzano la manifestazione dell'emotività all'interno del contesto familiare, delineando il suo impatto sul corso evolutivo della malattia schizofrenica. Dinanzi a tale quadro si propone, inoltre, di investigare criticamente il ruolo dei servizi sociali nel fornire un sostegno adeguato alla famiglia che si trova ad affrontare quotidianamente le criticità della malattia del congiunto.

Tale progetto di tesi prende avvio da un'attenta osservazione ed una profonda riflessione maturate durante il mio percorso di tirocinio svolto presso un Centro di Salute Mentale in un quartiere a sud della Capitale. Tale esperienza ha generato diverse ipotesi ed interrogativi: vi è una correlazione tra lo stress dovuto al carico di cura del familiare e le ricadute delle condizioni psico-fisiche del paziente? Quali interventi possono (o non possono) essere attuati per il supporto alla famiglia che si trova in tale situazione di disagio? Quale ruolo riveste l'assistente sociale in questo ambito?

Per dare risposta a tali quesiti, si è effettuata un'approfondita revisione della letteratura consultando articoli reperibili online e analizzando testi di riferimento. La ricerca ha portato allo sviluppo di tre capitoli che si sono rispettivamente concentrati su: la presentazione di un quadro completo del disturbo schizofrenico, utile per cogliere la gravità e l'impatto che tale malattia ha sia nella vita delle persone che ne sono affette sia nella vita delle reti ad esso prossime; l'analisi del costrutto dell'EE, presentando una trattazione che ripercorre i primi passi mossi da George Brown per lo sviluppo di tale concetto, sino ad arrivare a studi recenti che ne indagano le conseguenze nella qualità di vita del paziente; l'analisi di soluzioni riguardo agli interventi da adottare nei casi in cui l'EE si rilevasse un attore determinante nelle ricadute della sintomatologia schizofrenica. Tali sezioni verranno approfondite di seguito.

Come accennato, il **primo capitolo** è dedicato all'**analisi della schizofrenia**. La quinta edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) del 2013 dell'*American Psychiatric Association* (APA), inserisce la schizofrenia nella sezione dedicata allo "Spettro Schizofrenico e a altri disturbi psicotici" in cui l'APA inserisce quei disturbi considerati talmente pervasivi da influenzare il globale funzionamento della persona in ogni ambito della sua vita. La pervasività del disturbo schizofrenico è in gran parte determinata dalla presenza di gravi sintomi che lo caratterizzano. Dall'analisi della letteratura emerge un quadro sintomatologico piuttosto debilitante (contraddistinto da sintomi come allucinazioni, deliri, asocialità, anedonia, ...) che è presente – seppur in modalità e tempi differenti – durante tutto il decorso della malattia del singolo, portando dunque ad un progressivo deterioramento in tutta l'esistenza dell'individuo. Proprio per l'aspetto intrusivo di questi sintomi, è stato necessario sottolineare l'alto rischio di suicidio in questa fase di malattia. Il suicidio risulta essere, difatti, causa di mortalità precoce in quasi il 5% dei pazienti con schizofrenia ed il 25-50% dei pazienti con schizofrenia tenta il suicidio nel corso della vita (Berardelli et.al 2021).

Il primo ambito in cui i sintomi del paziente con diagnosi psichiatrica si manifestano è quello familiare. I congiunti sono obbligati a scontrarsi quotidianamente con i comportamenti più o meno invalidanti del soggetto malato che potrebbero scatenare in loro delle risposte reattive di natura critica o, all'opposto, di iperprotezione che però potrebbero risultare similmente deleteri per la sua salute psichica (Lustrati, 2016). Davanti a questo quadro così complesso non è sorprendente osservare ripercussioni negative sui membri della famiglia che a loro volta influenzeranno inevitabilmente il decorso della malattia del paziente.

Tali **reazioni e risposte comportamentali** alla condizione di malattia dell'individuo sono state oggetto di analisi del **secondo capitolo** in cui si è proseguita la trattazione analizzando il **costrutto dell'Emotività Espressa**.

L'EE prende forma dalla qualità delle relazioni e delle interazioni tra caregiver familiari e pazienti con diagnosi di schizofrenia ed è stata definita da Christine Vaughn (1988) come un “[...] *indice della temperatura emotiva nell'ambiente familiare: un indicatore dell'intensità della risposta emotiva del familiare in un dato momento temporale. Essenzialmente un rivelatore della mancanza di affetto del familiare o del suo interessamento eccessivamente invadente nei confronti del paziente*” (Di Paola et al., 2008, p. 259).

Si potrebbe dunque definire l'EE come una peculiarità dell'ambiente familiare, in cui vive stabilmente il paziente con schizofrenia, che può configurarsi – come evidenziano diversi dati empirici – come principale predittore per la ricaduta dei sintomi (Amaresha et al., 2012).

Tale costrutto prende forma nella metà del '900 dalle intuizioni di George Brown che tentò di indagare i fattori sociali che potessero causare delle recidive sintomatologiche nei pazienti con diagnosi psichiatriche. Dopo anni di rilevazioni, studi ed analisi, Brown e colleghi giunsero a formulare l'ipotesi secondo cui il prolungato contatto tra il paziente e la famiglia potesse favorire l'acutizzazione dei sintomi. Dunque tale ipotesi sottolineava la possibilità che il **clima emotivo insito nel nucleo familiare potesse influenzare i sintomi del paziente con diagnosi di schizofrenia**, almeno quanto l'influenza di tali sintomi avevano sull' emotività familiare (Bertrando, 1997).

A questo punto della ricerca, Brown et al. decisero di mettere a punto uno strumento per poter misurare in modo quanto più oggettivo possibile tali dinamiche. Dopo diversi tentativi e perfezionamenti venne messa a punto la *Camberwell Family Interview* (CFI). Tale strumento di misurazione si configura come un'intervista, la cui durata è di circa un'ora, che si focalizza su due aree: i comportamenti oggettivamente attuati dal paziente (riferiti dall'intervistato) ed i giudizi soggettivi dell'intervistato circa i comportamenti attuati dal paziente. Gli argomenti, distinti in queste due aree, vengono successivamente valutati (Bertrando, 1997). Tale disamina avviene attraverso cinque scale (nonché dimensioni che caratterizzano l'EE):

- Critica;
- Commenti Positivi;
- Ostilità;
- Eccessivo coinvolgimento emotivo;
- Calore;

Le dimensioni sopra elencate definiscono il livello di emotività espressa. Ciò che delinea l'EE come alta o bassa sono il numero di critiche ed il coinvolgimento emotivo che il membro della famiglia esprime nei confronti del paziente con schizofrenia (Hatfield et al., 1987). Famiglie che esprimono critiche e dimostrano un eccessivo coinvolgimento emotivo o ostilità nei confronti dei loro congiunti sono raffigurate con un alto livello di EE (Avraam et al., 2022). Esso, assieme ad altri fattori di stress ambientale, può **aumentare la vulnerabilità del paziente alle ricadute**. Basti pensare, infatti, che i livelli di recidiva nei pazienti psichiatrici appartenenti ad una famiglia con alti livelli di EE sembrano essere del 48% a fronte del 21% nei pazienti con famiglie con livelli di EE bassi (Kavanagh, 1992).

Alla luce di quanto sopra ci si è successivamente posto un interrogativo: fino a che punto il paziente con schizofrenia subisce l'influenza della risposta affettiva messa in atto dal caregiver? Quali sono le conseguenze effettive sulla sua qualità di vita? A dare una risposta a questi quesiti è lo studio condotto in Cina da Wei et al. i cui risultati sono stati pubblicati nel 2022. Lo scopo dei ricercatori è stato quello di **esplorare l'effetto che il carico di cura del caregiver ha sulla qualità di vita (QoL) del paziente**. Tale ricerca ha mosso i primi passi attraverso la definizione di alcune ipotesi:

- Ipotesi 1: Il carico del caregiver può predire negativamente la QoL dei pazienti;
- Ipotesi 2: Il carico di cura dei caregiver può predire positivamente la loro emotività espressa;
- Ipotesi 3: L'emotività espressa dei caregiver può positivamente predire la percezione di essa dei pazienti;
- Ipotesi 4: La percezione dei pazienti delle emozioni espresse può predire negativamente la loro QoL;

- Ipotesi 5: L'emozione espressa dai caregiver e la percezione (dei pazienti) dell'emozione espressa hanno degli effetti tra il carico che ha il caregiver e la QoL dei pazienti;

I dati sono stati raccolti attraverso l'utilizzo di tre diverse scale di misurazione (*Zarit Burden Interview*, *Family Questionnaire*, e *World Health Organization Quality of Life*) su un campione di 135 famiglie che avessero un familiare con una convalidata diagnosi di schizofrenia.

I dati raccolti hanno permesso in ultima istanza ai ricercatori di confermare le prime tre ipotesi (v.s.) mentre la quarta e quinta sono state solo parzialmente avvalorate.

Alla luce dei risultati ottenuti da tale studio, si può concludere sostenendo che “[...] *il carico di cura era negativamente correlato al QoL dei pazienti, inclusi i settori fisico, psicologico e delle relazioni sociali [...]*” (Wei et al., 2022, “Results”).

Gli esiti dello studio, inoltre, indicano come la **diminuzione del carico di cura impartito al caregiver – che influirebbe sull’abbassamento dell’Emotività Espressa – potrebbe giovare al miglioramento della QoL del paziente affetto da schizofrenia**. Un’analisi dettagliata di **interventi psico-sociali attuabili** (o non attuabili) **all’interno di un nucleo familiare con alta EE**, è stata dunque riservata al **terzo** ed ultimo **capitolo**.

Stando a quanto analizzato ed asserito nei precedenti capitoli, l’ultima sezione del lavoro di tesi prende avvio da alcuni interrogativi: **quali possono essere gli interventi atti ad alleggerire il carico familiare?** Quali interventi possono essere attivati per favorire nei genitori la comprensione che un **approccio comunicativo basato sull’empatia e sull’ascolto** (e non sul giudizio) possa risultare **strategico nella gestione della malattia?** Chi può concretamente aiutare i nuclei familiari nella gestione della malattia del paziente?

Tale sezione ha inizio con una breve disamina storico – legislativa che ha come oggetto di analisi i servizi psichiatrici per la cura e la riabilitazione del soggetto con infermità mentale in Italia, sino ad arrivare all’apertura degli attuali Centri di Salute Mentale (CSM) il cui obiettivo è la tutela del paziente in quanto persona.

Nell’equipe multidisciplinare di tali servizi è inserita la figura dell’assistente sociale che si configura come una risorsa preziosa nell’ambito psichiatrico sia come facilitatore della comunicazione tra la famiglia ed il paziente sia come professionista indicato al reinserimento del paziente nella società, con il solo obiettivo del miglioramento di vita di quest’ultimo. Nei servizi preposti alla tutela della salute mentale, il ruolo dell’assistente sociale è proprio quello di contribuire al supporto delle persone nella gestione della loro vita quotidiana, accompagnando il paziente nel suo percorso di crescita personale, con riferimento anche alla sua autonomia, coinvolgendo le reti ad esso prossime fornendo ove possibile il miglior grado di autodeterminazione (Sanicola, 2009 citato in Favali & Rosina, 2020). La strategicità del ruolo dell’assistente sociale si riflette anche nel lavoro d’equipe, tale figura funge infatti da collegamento tra i professionisti preposti alla cura del paziente (Lauricella, 2020). La concretizzazione delle azioni della figura dell’assistente sociale è stata realizzata e sintetizzata dal *Piano di azioni nazionale per la salute mentale* (PANSM) – che nel 2019 è stato prorogato fino al 2030 (World Health Organization, 2021).

Tre sono i modelli organizzativi di intervento proposti dal PANSM (Rosina, 2016):

- La *collaborazione – consulenza*, termine con cui ci si riferisce all’insieme di interventi attuabili nei confronti degli individui che non necessitano di cure e prestazioni stabili e continue. Per questo motivo il professionista con cui il paziente entra maggiormente in contatto è lo psichiatra;
- L’*assunzione in cura*, si pone da intermediario tra la collaborazione (o consulenza) e la presa in carico. Si assume in cura, infatti, un individuo che necessita di cure specialistiche anche di medio-lungo termine, ma non tali da dover mobilitare equipe multiprofessionali;
- La *presa in carico*, servizio dedicato per gli individui che presentano bisogni complessi, tale per cui non risulta essere sufficiente l’apporto stabile di un solo professionista ma di un’equipe multiprofessionale volta a fronteggiare le differenti esigenze espresse. L’obiettivo finale di ogni progettualità stipulata con la persona è il miglioramento dei sintomi, delle autonomie del paziente e della recovery.

Un individuo che viene preso in carico dal CSM necessita di interventi concreti che possono riguardare diversi ambiti in cui l’assistente sociale può agire in prima linea (Rosina, 2016):

- *Misure di limitazione della capacità giuridica*. Gli individui che hanno una diagnosi grave di disturbo mentale possono risultare incapaci a provvedere ai propri interessi, dunque essere

limitati a svolgere in maniera autonoma alcune azioni. Per far fronte a tali condizioni di vulnerabilità si ricorre spesso a degli strumenti di protezione giuridica: l'apertura di procedimenti finalizzati all'interdizione o inabilitazione o l'istituzione dell'amministratore di sostegno;

- *Occupazione lavorativa*;
- *Collaborazione con enti, organizzazioni territoriali e l'associazionismo*, che si configura come risorsa preziosa a cui accedervi sia per i pazienti che per la stessa équipe;
- *Il supporto alla famiglia*. L'intervento di tale professionista nell'area della salute mentale risulta essere diretto anche al supporto delle reti prossime al paziente, accompagnandole alla comprensione – e successivamente dell'elaborazione – della malattia del loro congiunto. L'assistente sociale si interpone tra i congiunti nel caso di conflitti e ricerca delle risoluzioni (assieme ai diretti interessati) tra il disagio creato fra le parti. Gli interventi di sostegno alla famiglia da parte dei servizi sociali possono passare sia attraverso i colloqui, gruppi familiari e gruppi di auto-mutuo-aiuto (AMA).

Tali organizzazioni, come quelle dell'associazionismo, risultano di fondamentale importanza per il supporto tra famiglie che condividono una medesima condizione di vita (come caregivers di pazienti con diagnosi di schizofrenia) ed il superamento di situazioni di stress attraverso la condivisione di spunti e di esperienze. Proprio per questo i gruppi di auto-mutuo-aiuto hanno come obiettivo generale quello di supportare le persone che stanno vivendo uno stesso momento critico.

L'efficacia dei gruppi di auto-mutuo aiuto è dimostrata da alcuni fattori identificati da una ricerca condotta da Lieberman nel 1979, ossia: il *sentimento di appartenenza al gruppo*, cioè la consapevolezza che permea l'intero gruppo di essere parte di un insieme di persone simili tra loro; la *condivisione emozionale*, anche definita in altri contesti come "esperienza catartica"; il *confronto sociale* con gli altri membri del gruppo, che a loro volta si raffigurano come dei modelli di comportamento e di esperienza (Corlito, 2017).

Per il fronteggiamento della malattia mentale – specialmente per i familiari che ne subiscono la presenza – risultano dunque molto efficaci i percorsi in gruppo, organizzati spesso dallo stesso CSM, in cui la figura dell'assistente sociale è particolarmente coinvolta. Tale figura può essere incaricata per il reclutamento di nuovi membri per il gruppo di auto-mutuo-aiuto, può dare ad esso anche un'organizzazione lasciando, però, libero arbitrio e dunque libero mutamento al gruppo nel corso degli incontri. Oltre a dare un input costitutivo, l'assistente sociale può rivestire il ruolo di informatore e proporre – per fini terapeutici – la frequenza a tali gruppi (Ranieri, 2014 citata in Mayer, 2020).

A tal punto dell'analisi sono state descritte alcune esperienze italiane di gruppi AMA: l'esperienza trentina degli Utenti e Familiari Esperti (UFE) e il gruppo AMAndoli.

Facendo riferimento alla prima esperienza, l'UFE è una persona – ex paziente in carico ai Servizi di Salute Mentale o familiare di una persona affetta da disturbo mentale – che ha superato il momento di crisi derivato dall'esperienza di malattia e si pone in una posizione di informatore e di supporto per il paziente ed i familiari che sono in carico ai Servizi di Salute Mentale. Sono figure retribuite che costituiscono parte integrante del team dei Centri di Salute Mentale e che, facendo tesoro delle conoscenze e competenze dei limiti e difficoltà del disturbo mentale, accolgono le persone (e le loro famiglie) in carico ai servizi e le supportano nel loro percorso terapeutico (Reali & Terracciano, 2020).

Il gruppo AMAndoli, invece, nasce dalla volontà di un gruppo di familiari – i cui congiunti sono in cura in un servizio nel Dipartimento di Salute Mentale di Torino e che dunque hanno avuto esperienza in campo della salute mentale – di riunirsi con l'intento di supportarsi vicendevolmente espandendo, inoltre, il raggio di azione anche all'esterno (Associazione AMAndoli, 2023). Una delle *mission* di tale associazione è infatti quella di fornire supporto ai familiari di persone con diagnosi di disturbi mentali. Tale supporto avviene mediante la condivisione di problemi e cercando di ragionare su delle possibili soluzioni, anche facendo riferimento all'attivazione di una più ampia rete di servizi.

Per concludere, è evidente che associazioni ed enti esterni possono supportare le famiglie attraverso l'ascolto e l'accoglienza, con il fine ultimo del bene comune, ma nonostante esistano tali iniziative e progetti specifici per il supporto delle famiglie durante il percorso di malattia di un congiunto, sembra che il **ruolo dei servizi sociali** – alla luce di quanto analizzato nel corso della stesura della tesi – risulti **marginale**.

La documentazione analizzata rivela un'attenzione primaria dell'assistente sociale su compiti di natura organizzativa e informativa, concentrati sulla conoscenza del territorio e dei servizi disponibili e attuabili al fine di sostenere il nucleo familiare. Sebbene questi aspetti siano da considerare cruciali, **emerge la carenza**

di un supporto diretto e pratico alle famiglie. Aspetto che ho potuto confermare anche nel corso del mio tirocinio all'interno del Centro di Salute Mentale.

Perciò, nonostante il riconoscimento dell'importanza delle funzioni organizzative e informative, si auspica lo **sviluppo** e/o il **rafforzamento** di esempi tangibili in cui l'assistente sociale agisca come **promotore e coordinatore di progetti ed incontri diretti per le famiglie**, anziché limitarsi a un ruolo di delega o fornitura di informazioni per iniziative esterne.

Dall'analisi della letteratura emerge, poi, che il supporto alla famiglia è spesso limitato e declinato all'ambito psicologico, mentre sarebbe opportuno potenziare la rete di supporto all'interno dei Centri di Salute Mentale organizzando incontri interdisciplinari regolari specifici per le famiglie dove l'assistente sociale abbia un ruolo specifico e funzionale al miglioramento del benessere del nucleo. Coinvolgere sia esperti del settore psicologico che di quello sociale significa, infatti, affrontare una situazione nella sua globalità.

In virtù di quanto esposto, **non si intende minimizzare l'importanza dei gruppi di auto-mutuo-aiuto; tuttavia ritengo che, sebbene preziosi, non possano rappresentare l'unico supporto effettivo per le persone coinvolte. È cruciale che il sostegno coinvolga anche direttamente (e in maniera più regolamentata) i professionisti all'interno dei Centri di Salute Mentale.**

Tale studio si raffigura come un primo passo per l'approfondimento di tale complesso e articolato tema. Ci si auspica che possa fungere da stimolo per future indagini il cui fine sia la promozione dell'incremento della qualità di vita degli individui e la diffusione di una maggiore consapevolezza sia tra i soggetti coinvolti che nella società in senso più ampio.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Bertrando, P. (1997). *Misurare la famiglia*. Bollati Boringhieri.
- Favali, M.P., & Rosina, B. (2020). Servizi sociali e salute mentale in Sanfelici, M., Gui, L., Mordegli, S., *Il Servizio Sociale nell'emergenza COVID-19* (pp.116-134). Franco Angeli. <https://arts.units.it/retrieve/e2913fde-d95b-f688-e053-3705fe0a67e0/Gui-emergenza%20covid.pdf>
- Lauricella, C. (2020). L'area della salute mentale in Cortigiani M. & Marchetti P., (a cura) *L'assistente sociale. Società complesse, nuovi bisogni, strategie e modelli di intervento* (pp. 409-418) (2nd ed.). Maggioli Editore.
- Rosina, B. (2016). Servizio sociale e salute mentale in Campanini A., (a cura) *Gli ambiti di intervento del servizio sociale* (pp. 275-292). Carocci.

Sitografia

- Amaresha, A. C., & Venkatasubramanian, G. (2012). Expressed emotion in schizophrenia: an overview. *Indian journal of psychological medicine*, 34(1), 12–20. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.96149>
- Associazione AMAndoli. (2023). *AMAndoli O.D.V. Associazione di volontari e familiari di persone con esperienza di sofferenza mentale*. www.amandoli.info. <http://www.amandoli.info/>
- Avraam, G., Samakouri, M., Tzikos, A., & Arvaniti, A. (2022). High Expressed Emotion and Warmth among Families of Patients with Schizophrenia in Greece. *Healthcare*, 10(10), 1957. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare10101957>
- Berardelli, I., Rogante, E., Sarubbi, S., Erbuto, D., Lester, D., & Pompili, M. (2021). The Importance of Suicide Risk Formulation in Schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*, 12, 779684. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.779684>
- Corlito, G. (2017). Insieme è meglio. Manuale per la collaborazione tra i gruppi d'auto-mutuo-aiuto e i servizi di salute mentale. *Società Italiana Di Epidemiologia Psichiatrica*. https://siep.it/wp-content/uploads/2017/04/AMA_Corlito.pdf
- Di Paola, F., Faravelli, C., & Ricca, V. (2008). The Level of Expressed Emotion Scale: Validazione italiana preliminare [The Level of Expressed Emotion Scale: Preliminary Italian validation]. *Giornale Italiano di Psicopatologia / Italian Journal of Psychopathology*, 14(3), 258–268. <https://psycnet.apa.org/record/2010-01185-003>
- Girdler, S. J., Confino, J. E., & Woesner, M. E. (2019). Exercise as a Treatment for Schizophrenia: A Review. *Psychopharmacology bulletin*, 49(1), 56–69. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30858639/>
- Hatfield, A. B., Spaniol, L., & Zippel, A. M. (1987). Expressed emotion: A family perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 221–226. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.221>
- Kavanagh, D. J. (1992). Recent Developments in Expressed Emotion and Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 160(5), 601–620. <https://doi.org/10.1192/bjp.160.5.601>
- Lustrati, M. (2016, December 12). *Il ruolo dell'Emotività Espressa nell'esordio delle psicosi*. State of Mind. <https://www.stateofmind.it/2016/12/emotivita-espressa-esordio-psicosi/>
- Mayer, L. (2020). I gruppi di auto aiuto: alternativa ai percorsi di cura tradizionali. *Progetto Famiglia. Centro Studi Affido*. <https://www.progettofamigliaformazione.it/articoli/gruppi-auto-aiuto>
- Reali, E., & Terracciano, A. (2020, November 9). *Trasmettere fiducia e speranza nelle propria malattia, il ruolo degli UFE*. 180°. L'altra Metà Dell'informazione; Redazione. <https://180gradi.org/salute-mentale/180gradi/trasmettere-fiducia-e-speranza-nelle-propria-malattia-il-ruolo-degli-ufe>
- Wei Y, Peng Y, Li Y, Song L, Ju K and Xi J (2022) Caregivers' burden and schizophrenia patients' quality of life: Sequential mediating effects of expressed emotion and perceived expressed emotion. *Front. Psychiatry* 13:961691. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.961691>
- World Health Organization. (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013 - 2030*. [www.who.int](http://www.who.int/publications/i/item/9789240031029). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>