

LE BAISSER DE JUDAS (1939)
Louis Soutter (1871-1942)



Antropologia e psicopatologia

ROVESCiare E DEPRESCRIVERE

Attualizzare Basaglia tra psicofarmaci, diritti e psicoterapia

*Matteo Bessone
Dario Firenze*

1 Introduzione

La distanza che Basaglia poneva tra sé e la psicoterapia rischia di essere la medesima posta dalla comunità degli psicoterapeuti tra sé e l'opera di Basaglia.

Non sarebbe metodologicamente coerente confrontarsi con Basaglia eludendo uno degli aspetti peculiari della sua opera: la **trasformazione del reale**, sia come base per la produzione della conoscenza, sia come intenzione soggiacente alla sua applicazione. Pertanto, questo contributo non vuole essere una riflessione concettuale, destoricata o monumentalistica sull'opera di Basaglia: vuole suggerire la possibilità di adozione, nel diverso campo della psicoterapia e nell'attuale momento storico, dell'opera di conflittuale rinnovamento, culturale e pratico, che il movimento basagliano esercitò, attraverso l'apertura dei manicomi e l'affermazione dei diritti della cittadina¹, sul campo dell'istituzione psichiatrica. Verrà suggerita la possibilità di recepire e adottare tale opera a partire da un aspetto particolare del dispositivo psicoterapico, un certo rapporto intrattenuto con gli psicofarmaci.

Questa recezione e applicazione sul terreno della psicoterapia implica necessariamente, come punto di partenza, il riconoscimento della funzione sociopolitica delle pratiche di supposta cura da cui discende, logicamente e praticamente, la negazione di un certo mandato sociale che investe ogni istituzione professionale. Il cambiamento messo in atto dal movimento collettivo di cui lo psichiatra veneziano fu portavoce e simbolo permise di comprendere come l'organizzazione sociale viene incorporata e riprodotta dai propri dispositivi di cura, supporto pratico per il mantenimento della sua violenza strutturale.

Avvicinarsi all'opera di Basaglia e avvicinare questa a noi significa, quindi, partire dall'evidenza dell'interazione tra identità, ruoli e appartenenze differenti e, in quanto tecnica e cittadina, far emergere, rendere presenti e assumersi il peso della responsabilità degli aspetti invisibilizzati e misconosciuti delle istituzioni di cura che le rendono concretamente meno vicine di quanto non siamo capaci e disposti a concepire e sentire ai diritti e ai bisogni delle persone a cui si rivolgono e applicano. **Comprendere Basaglia oggi fuori da sguardi nostalgici significa interrogare i dispositivi istituzionali di cura e le traiettorie di pratiche e tecniche nella società capitalistica, tra mercato della salute mentale e strumenti attuali di contenzione, fisica e chimica, e marginalizzazione e segregazione sociale.**

¹ Lungo il testo useremo frequentemente sia il termine "cittadina" che "persona" per nominare le figure che hanno vissuto o vivono i servizi e le pratiche cliniche "dall'altro lato" rispetto all'operatore. La scelta prova a tenere insieme da un lato la volontà di visibilizzare i processi politici di negoziazione, conflitto e negazione di riconoscimento di diritti che fondano la storia della psichiatria, della clinica e dei servizi e il rovesciamento agito su queste dimensioni dal movimento basagliano, dall'altro il porre attenzione su come oggi molte figure che attraversano, per scelta o costrizione, servizi, istituzioni e pratiche cliniche siano escluse dalla cittadinanza a causa delle politiche razziste e discriminatorie italiane ed europee e non possano essere racchiuse e rappresentate dunque entro questa categoria, pur essendo pienamente colpite dai temi di salute e trattamento qui affrontati, dalle forme di violenza così come nelle dinamiche di resistenza, sopravvivenza e soggettivazione.

Per stringere questo legame tra psicoterapia e opera basagliana, verrà dunque delineata la funzione degli psicofarmaci nel processo di metamorfosi della psichiatria e il posizionamento di Basaglia innanzi a tali metamorfosi. Saranno analizzati ruolo, funzione e conseguenze sociali di uso e diffusione degli psicofarmaci successivi alla morte di Basaglia, negli anni '80 in relazione all'avvento del neoliberalismo. Quindi si definiranno le principali modalità d'uso e prescrittive degli psicofarmaci nei paesi occidentali e le violazioni dei diritti connesse. Verranno successivamente suggerite evoluzioni per la psicoterapia riguardo al rapporto con sovratattamento che costituiscono il campo pratico entro cui avviare un rovesciamento dell'istituzione psicoterapia, delle sue funzioni e del suo statuto nella società.

Manicomio e manganello chimico: una nuova forma di violenza

2

È stato affermato che, oltre ai fattori intrinseci relativi alla natura del movimento basagliano, la disponibilità dei farmaci neurolettici abbia costituito una delle condizioni storiche che hanno facilitato l'apertura dei manicomi. È Basaglia stesso a riconoscere (1968), nella *“riduzione del numero di malati «associati» all'ospedale”*, l'impatto potenzialmente positivo degli psicofarmaci.

Questo, tuttavia, non gli impedì di sottolinearne anche limiti e rischi. Nelle *Conferenze Brasiliane*, ad esempio, egli denuncia ciò che oggi, concettualizzato e operazionalizzato attraverso l'espressione di *“inappropriatezza prescrittiva”*, è al centro di molti dibattiti e misure, affermando: *“tutti i farmaci psichiatrici vengono usati male perché lo psichiatra non li ha prescritti bene”*. Inoltre, ne *l'Istituzione Negata*, riferendosi ai farmaci allora disponibili, mette in guardia sull'effetto potenzialmente passivizzante del farmaco nei confronti del cosiddetto malato, oppure evidenzia l'effetto ansiolitico della prescrizione sul medico incapace di rapportarsi, comprendere o trovare un linguaggio comune con il malato. Queste considerazioni portano Basaglia a definire esplicitamente l'uso dei farmaci come *“nuova forma di violenza”* (laddove *“nuova”* è da intendersi rispetto alla consueta disumana e disumanizzante violenza tecnico-istituzionale della psichiatria manicomiale).

Non sono fondate quindi le narrazioni di chi vede in Basaglia un sostenitore e attivo fautore della diffusione di un certo uso degli psicofarmaci, funzionali alla gestione di cittadina liberata e da liberarsi dalla coercizione. La considerazione sulla disponibilità dei neurolettici, inoltre, non cancella la verifica del fatto che, ora come allora, la diffusissima presenza di psicofarmaci non sia di per sé sufficiente al rovesciamento dell'istituzione psichiatrica, intesa come apertura dei manicomi, e delle forme di potere e violenza che veicola. Infatti, diffusione e utilizzo di psicofarmaci di ogni classe e generazione sono più frequentemente accompagnati alla presenza delle

diverse manifestazioni manicomiali con cui sinergicamente convivono. Questo accade sia a livello globale, dove siamo ancora costretti ad osservare la forma manicomiale più primitiva e cristallina, sia in Italia, dove l'istituzione psichiatrica ha saputo mantenere la medesima logica disumanizzante nelle diffusissime e variegate forme neomanicomiali - riprendendo Basaglia (1975) - più corrispondenti alle modalità di produzione e alla struttura economica neoliberale caratteristica dei paesi ad alto reddito.

È lampante a questo proposito il funzionamento di alcuni luoghi istituzionali che hanno in parte raccolto il testimone del manicomio negli ultimi anni. Innanzitutto il **carcere**, che ha sempre convissuto a fianco al manicomio svolgendo storicamente la funzione di spazio di contenimento penale delle marginalità sociali connesse alle disuguaglianze strutturali (e attore del loro mantenimento e riproduzione). Questa istituzione, negli ultimi decenni, ha raccolto anche diverse forme di sofferenza psichica e incamerato le prassi della patologizzazione e del controllo chimico nella gestione penitenziaria, con la "costruzione" di una popolazione dipendente da psicofarmaci durante la pena e all'uscita dal carcere². Ancora più eclatante è il caso dei CPR, i Centri per il rimpatrio, eredi dei diversi esperimenti bipartisan di costruzione di luoghi di reclusione razziale dedicati a persone migranti sorti dalla legge Martelli del 1990 in poi. I CPR intrecciano le esigenze di trattamento (senza reato) ed espulsione in funzione delle politiche di confine dell'Unione Europea con tratti pienamente manicomiali, che vedono oltre a forme di violenza fisica indiscriminata e condizioni di vita ai limiti della tortura, la somministrazione di psicofarmaci con una funzione esplicitamente sedativa, per bloccare le minime richieste di diritti, accesso ad avvocati e i tentativi di rivolta, come emerso in numerose indagini indipendenti³.

Farmaci e manicomi sono strumenti differenti al servizio della medesima istituzione dinamica, del medesimo potere psichiatrico che si trasforma continuando ad esercitare la medesima funzione sociale. Le loro evoluzioni e il loro succedersi contribuiscono al suo mantenimento, al suo cambiamento formale, alle narrazioni di questo cambiamento.

² XVII rapporto sulle condizioni di detenzione, Antigone: <https://www.rapportoantigone.it/diciassettesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/la-manica-stretta-ipotesi-di-regolazione-della-somministrazione-di-psicofarmaci-in-carcere/>

³ Segnaliamo in particolare i rapporti redatti da ASGI, Naga e AltraEconomia: "(...) per il Cpr di Milano tra ottobre 2021 e febbraio 2022, sappiamo però che in cinque mesi la spesa in psicofarmaci è superiore al 60% del totale, di cui oltre la metà ha riguardato il Rivotril (196 scatole): farmaco autorizzato dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) come antiepilettico ma usato ampiamente come sedativo.", <https://altreconomia.it/rinchiusi-e-sedati-labuso-quotidiano-di-psicofarmaci-nei-cpr-italiani/#:~:text=%E2%80%9CL'utilizzo%20degli%20psicofarmaci%20all,di%20detenzione%E2%80%9D%2C%20osserva%20Cocco>



THE PHAROAH'S VIRGINS (1937-1942)
Louis Soutter (1871-1942)

Basaglia vive con attenzione e premura tali metamorfosi. Ad esempio, osservando e denunciando nascita e diffusione della psichiatria di settore (la territorializzazione e distribuzione delle funzioni precedentemente concentrate nell'ospedale) attraverso cui la psichiatria proponeva un'immagine di sé dal volto più umano. Il passaggio alla psichiatria di settore, o quello da manicomialità classica a neomanicomialità sono quindi operazioni dell'istituzione psichiatrica che ne modificano apparentemente la forma esteriore, consentendole di conservare sostanza. L'uso degli psicofarmaci, ha costituito e costituisce un elemento fondamentale in tale continua metamorfosi dell'istituzione psichiatrica consentendole, inoltre, di ampliare l'influenza del sapere-potere biomedico ad una fascia molto estesa di popolazione.

La lotta di Basaglia contro la violenza manicomiale era un aspetto particolare inserito in una lotta generale contro la violenza dell'istituzione psichiatrica intesa, in quanto istituzione sociale di cura, come veicolo della violenza dell'organizzazione sociale e funzionaria pratica del mantenimento dell'ordine sociale (Basaglia, 1975). In questa lotta, molte rivendicazioni successive che direttamente o indirettamente ne raccolgono l'eredità e si muovono animate dalla medesima critica sociale hanno spostato il loro campo di azione e analisi in maniera corrispondente all'ampliamento e allo spostamento del dispositivo psichiatrico, trasformato da introduzione, diffusione e consumo di massa degli psicofarmaci. Queste non si limitano all'uso sfacciatamente contenitivo nelle variegate forme di istituzione manicomiale (il cosiddetto "manganello chimico" o contenzione farmacologica, utilizzata per limitare la libertà di movimento e/o controllare il comportamento delle persone). Si riferiscono piuttosto al **sovrautilizzo endemico di alcune classi di psicofarmaci** che, per lo meno in molti paesi occidentali, hanno sostituito il manicomio come simbolo dell'istituzione psichiatrica producendo molteplici danni e violando numerosi diritti per ampie fasce di popolazione. Basaglia, tuttavia, non poté apprezzare il pieno fiorire, negli anni '80, di ciò che definì il rinnovamento "*in campo di assistenza psichiatrica [...] dopo l'avvento dell'era farmacologica*" (1965).

3 Neoliberismo e psicofarmaci: normalizzazione della medicalizzazione di sofferenza e contraddizioni sociali

La morte di Basaglia nel 1980 corrisponde all'inaugurazione di un decennio di significativi mutamenti globali. Oltre ai mutamenti tecnologici, economici, culturali e politici, nel decennio del paradigma neoliberista, i cui frutti continuano ad avvelenare e plasmare le nostre vite, per la prima volta, discorsi e pratiche relativi alla salute mentale entrarono nella sfera pubblica: temi, narrative e dispositivi inerenti la salute mentale e le cosiddette malattie mentali iniziarono a comprendere e coinvolgere sempre più persone, abbracciando l'intera popolazione, non solo quel gruppo di persone, gravemente marginalizzato e apparentemente diverso dai "*cosiddetti*

sani” (Fromm, 1996), che percorrendo la “*carriera psichiatrica*” (Goffmann, 1968) subiva lo stigma sociale relativo agli effetti disabilitanti della violenza delle istituzioni di cura, i cosiddetti malati psichiatrici o psichiatrizzati, sottogruppo numeroso ma proporzionalmente esiguo rispetto alla popolazione generale.

Dagli anni '80 dominio e terreno d'influenza della psichiatria si espansero all'intera popolazione colonizzandone immaginario, vita quotidiana, prospettive di vita, timori e speranze. Analogamente a quanto accaduto dopo l'impatto del Covid-19 però, **l'entrata della salute mentale nella sfera pubblica non va intesa nei termini di maggiore comprensione e accettazione da parte della società del peso dei disturbi mentali, considerati come entità realmente esistenti, ma inserita nel più ampio processo storico di “produzione della malattia mentale” e costruzione storica di entità diagnostiche e soggettività corrispondenti.** Con l'affermarsi del neoliberismo, lo spettro della malattia mentale iniziò ad aggirarsi tra la popolazione, soprattutto statunitense, insieme al dispositivo psichiatrico, con le sue trasformazioni e pretese di verità e dominio sulla malattia (Basaglia, 1979) e, simultaneamente, responsabile di tale produzione storica.

Gli anni '80 sono anche il decennio in cui si cerca di chiudere la stagione di movimenti rivoluzionari che avevano scosso non solo l'Europa e gli Stati Uniti dal '68 in poi ma anche il Sud globale con i processi di decolonizzazione, un punto nevralgico dei conflitti di classe della seconda metà del '900 che il potere costituente delle classi dominanti ha faticato a incanalare in dialettiche gestibili. La classe⁴, nel lavoro di Basaglia, ha un ruolo fondamentale anche per la comprensione della trasformazione successiva all'apertura dei manicomi. In *Morire di classe* (1969), Basaglia e Franca Ongaro analizzavano come il manicomio fosse luogo di distruzione e oggettificazione delle persone non solo in funzione della divisione tra sani e folli e nel violento rifiuto della sofferenza psichica da parte della società ma anche come l'estrema espressione dell'assenza di potere contrattuale del “*povero, del diseredato*” di fronte all'istituzione che lo controllava totalmente. Diventa quindi possibile oggi comprendere come l'estensione del potere psichiatrico sull'intera società abbia seguito delle linee di classe, attribuendo e distribuendo specifiche cure e tecniche in base ai diversi gradi di potere sociale e contrattuale nell'espressione della propria sofferenza, nella tutela dei propri diritti e di contrasto alla violenza sociale subita.

Molteplici fattori contribuirono all'estensione del potere psichiatrico e delle sue pretese. In occidente le innovazioni tecnologiche e la disponibilità di prodotti sanitari, uniti al “*progresso tumultuoso della scienza*” (Bobbio, 2017), permisero di guarire malattie fino a poco prima considerate letali. Con

⁴ Intendiamo qui come “classe” un concetto non solo sociologico e non strettamente calato sulla “classe operaia” di fabbrica, ma in un senso più ampio e politico la condizione di subalternità e oppressione in cui è collocata un'ampia ed eterogenea soggettività sociale che intreccia in modo intersezionale e consustanziale diverse condizioni di sfruttamento, di genere, di razza e, allo stesso tempo, le funzioni produttive e riproduttive fondamentali per la società capitalistica assegnate a tale soggettività. Segnaliamo come riferimento, nelle riletture della classe oggi, alcuni importanti lavori femministi e antirazzisti come Bhattacharya, T. (eds.) (2017), *Social reproduction theory: Remapping class, recentring oppression*, Pluto press; o Hooks, B. (2022), *Da che parte stiamo: la classe conta*, Tamu edizioni.

queste indubbie conquiste, sviluppi e narrazioni di medicina e scienza, intimamente connesse al complesso economico-industriale, produssero innumerevoli aspettative irrealistiche nella popolazione e un profondo mutamento nel rapporto con la sofferenza. Ad esempio, già Illich (1976) denuncia un annullamento “*nell’arte del soffrire*”: egli chiamò “*iatrogenesi culturale*” – logica conseguenza di un processo di “*iatrogenesi sociale*” (ovvero medicalizzazione della vita) – negazione e mancata accettazione di dolore, morte e sofferenza, estratti dal quadro esistenziale. In questo contesto socioantropologico prese avvio l’estensione del potere psichiatrico degli anni ’80, contestuale all’uscita del DSM-III e l’immissione sul mercato di nuovi prodotti per il trattamento delle nuove entità diagnostiche.

L’immissione delle molecole fu facilitata dalle politiche regolatorie allineate con la deregolamentazione neoliberale, favorendo e favorita dagli interessi delle aziende produttrici, sempre più influenti sulle politiche di regolamentazione (Davies, 2021). Tali prodotti si diffusero sul mercato grazie a campagne di marketing senza precedenti, agevolate dalla tutt’ora inconsistente regolamentazione statunitense sulla pubblicità di prodotti sanitari (Healy, 2018; Withaker, 2011). Le nuove molecole irrupero ineditamente nella vita delle persone, su televisioni, giornali, radio e riviste. Per poter giungere su comodini, borse e armadietti e permettere di nutrire le speranze di una vita finalmente felice e libera dalla sofferenza, tuttavia, mancava la prescrizione di una ricetta. Fortunatamente nel 1980 venne pubblicato il DSM-III, accolto tra critiche e celebrazioni.

Le critiche riguardarono, da una parte, l’accelerazione che il DSM-III impresso al già presente processo di “*inflazione diagnostica*” (Frances, 2013), l’assegnazione di un maggior numero di diagnosi ad un numero sempre maggiore di persone, determinato dall’estensione dei criteri diagnostici e dall’aumento di entità diagnostiche, dall’altra, un problema che continua a persistere nel DSM, fino alla sua ultima versione (Davies et al., 2024): il conflitto di interessi dell’attore implicato nella stesura. La maggior parte dell’editoria della redazione del DSM-III ricevettero ingenti somme di denaro dalle aziende in procinto di commercializzare farmaci per le malattie da questo introdotte.

Tuttavia, il DSM-III fu accolto anche con entusiasmo, rappresentando un cambio di paradigma epocale per la psichiatria, superando le critiche da cui era avvolta negli anni ’70. Abbandonando le teorie psicomodinamiche, il manuale ribadì l’importanza di ricerca empirica e standardizzazione nella diagnosi dei “*disturbi mentali*” e permise alla psichiatria di posizionarsi, al pari delle altre discipline mediche, sostenuta dalla metodologia evidence-based, all’interno del paradigma biomedico dominante in medicina. Il DSM-III introdusse numerosissimi mutamenti: allargò i criteri diagnostici per i disturbi depressivi, bipolare e d’ansia generalizzato, introdusse entità diagnostiche oggi molto diffuse e quasi mitologiche, quali PTSD e ADHD. Più

malattie, criteri più bassi, quindi più malatè equivaleva e continua ad equivalere, economicamente, a più farmaci venduti, quindi profitto. La coscienza sociale e la consapevolezza dei disturbi diventano funzionali alla vendita dei prodotti immessi sul mercato per risolvere tali problemi.

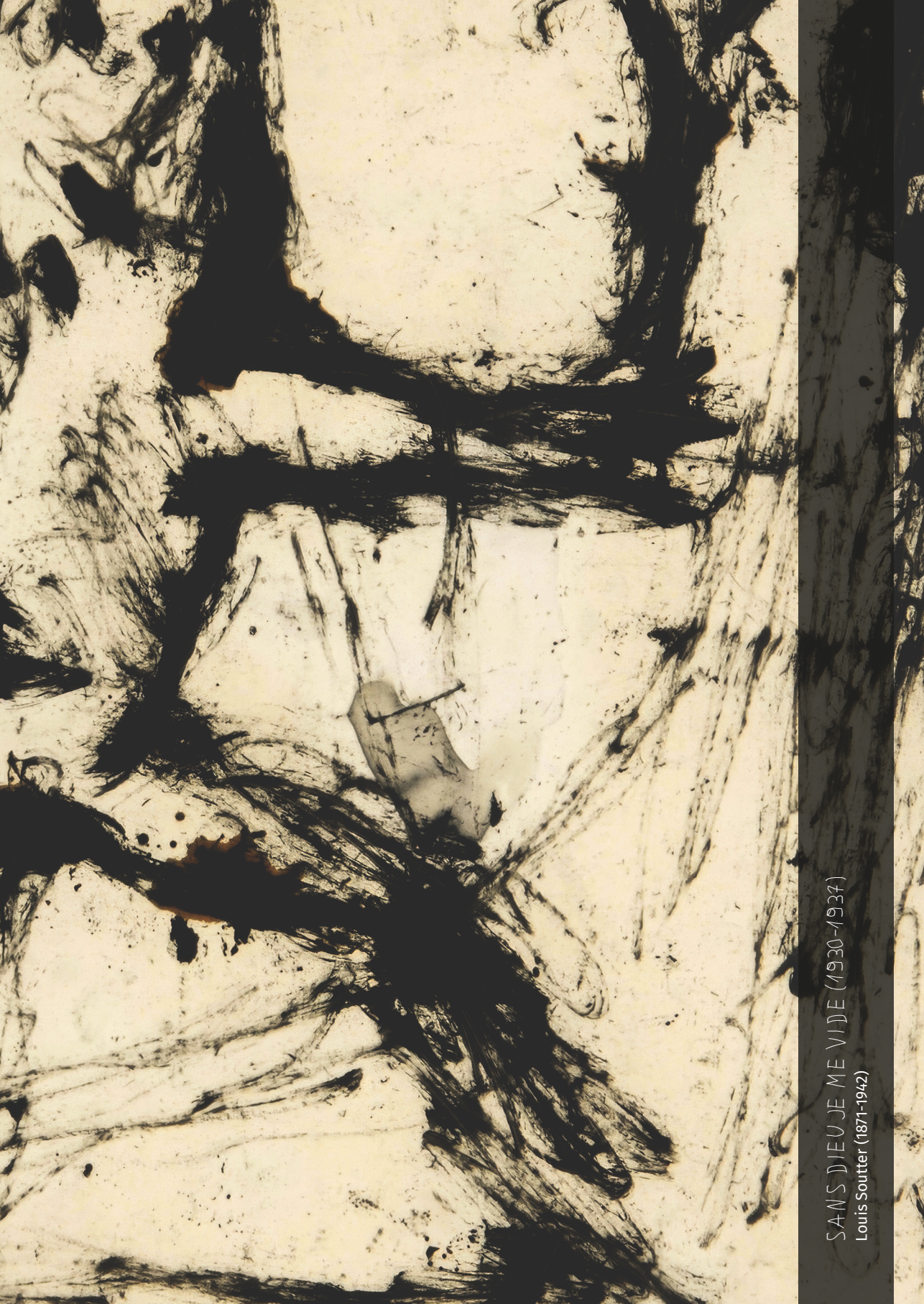
Tale processo, chiamato “*disease mongering*” (Moynihan, 2002) non è di pertinenza esclusivamente psichiatrica. Coinvolge tutta la medicina, soprattutto quei settori per i quali il mercato offre prodotti commerciali. Riguarda la spinta commerciale, a monte, della creazione (o “invenzione”) delle malattie, artefatti culturali costruiti e determinati da processi storico-politico-commerciali: aspetti della vita precedentemente esclusi dall’ambito medico vengono socialmente vissuti, interpretati e trattati come malattia come conseguenza della disponibilità e della commercializzazione di un prodotto. Il “*disease mongering*” influenza percezione e atteggiamento sociale verso salute e malattia, promuovendo la medicalizzazione della vita. Il mercato della salute mentale definì le categorie di benessere e malattia, diventando il campo in cui tutte le diagnosi e tecniche di intervento dovevano obbligatoriamente muoversi⁵.

Diffusione degli psicofarmaci ed introduzione del DSM-III ebbero numerose conseguenze. I primi agirono non solo, chimicamente, sui recettori bersaglio ma parteciparono al mutamento culturale e simbolico nella definizione di concezioni e rimedi dominanti della sofferenza, parte di un più ampio mutamento politico, antropologico e sociale, caratteristico del paradigma neoliberista. Iscrissero nelle menti della consumatorè e nell’immaginario collettivo la causazione organicistica da cui deriva e su cui si fonda il meccanismo d’azione, diventando efficacissimi principi attivi nel determinare i codici culturali attraverso cui si formò e riprodusse la cultura neoliberista delle cosiddette malattie mentali. Tali “malattie” iniziarono ad essere concepite e spiegate, con gran sforzo ma senza alcuna prova empirica, come conseguenza di uno squilibrio chimico, riducendo a livello organico, individuale le cause di tale sofferenza. In un circolo vizioso, tale mutamento nella rappresentazione collettiva determinò un uso maggiore di psicofarmaci che, a sua volta, rafforzò, nella percezione pubblica, la concezione biomedica organicistica di salute e disagio mentale. Si diffuse una specifica cultura, neoliberista, di salute e malattia mentale, corrispondente al più ampio contesto socio-culturale entro cui la diffusione degli psicofarmaci si manifestò e a cui contribuì, consolidando una concezione individualizzante, privata, patologizzante, tecnica della sofferenza.

La psichiatria, insieme alla cultura sulla salute mentale che contribuì a diffondere, giocò un ruolo dirimente per il “*governo dell’anima*” (Rose, 1990) neoliberista. Il mantra “*esiste solo l’individuo*”, venne recepito, incorporato e amplificato dall’insieme dei dispositivi di cura che lo applicarono alla po-

⁵ Questo processo di mercificazione della salute e produzione storica dell’entità artefatta “malattia mentale” e della diagnosi, che le istituisce come costruito sociale, non è separato dalla vita di persone e società. Queste entità diventano strumenti collettivi condivisi del pensiero, di identificazione e soggettivazione, formazione ed espressione, anche linguistica (Haslam, 2016), parte del processo di costruzione storica, “antropopoietica”, in cui gruppi sociali possono, a loro volta, circolarmente, rivendicare, come nel caso dell’omosessualità, modifiche di sistemi e categorie diagnostiche (Hacking, 1995).





SANS DJEUJE ME VIJE (1930-1937)
Louis Soutter (1871-1942)

polazione, così contribuendo al mantenimento dell'ideologia e degli assetti sociali⁶. In questa prospettiva, foucaultianamente biopolitica, il binomio psicofarmaci-diagnosi assume il ruolo di dispositivo di riproduzione sociale, una strategia composta da microtecniche di indottrinamento e propagazione ideologica, oltre che elemento di cura e trattamento. Attraverso diagnosi e psicofarmaci, nuovi simboli e dispositivi dell'istituzione psichiatrica trasformata e riformata, la visione neoliberista del mondo indirizzò e plasmò le corrispondenti rappresentazioni collettive della sofferenza e delle sue cause, e le forme dominanti attraverso cui sofferenza e disagio venivano espresse e curate. Parallelamente, l'individualizzazione delle esperienze di sofferenza lette come malattie mentali a base organica promosse nuove forme di solidarietà, rivendicazione, partecipazione sociale e politica, e appartenenza - definite da Rose (2008) "biosocialità" - all'interno delle comunanze dei differenti recinti diagnostici: si crearono organizzazioni e gruppi di pazienti, come ad esempio la NAMI (Deacon, 2013), talvolta in rapporto strettissimo con le aziende farmaceutiche, con l'obiettivo anche di sensibilizzare la società attraverso narrazioni di carattere organicistico.

È chiaro come tali sviluppi costituiscano l'antitesi dei presupposti dell'opera basagliana, interprete di una cultura politica e politicizzata della sofferenza, vissuta in contatto con dimensioni collettive e pubbliche e sempre, almeno in parte, sostanzialmente ascrivibile, in una prospettiva storica, alla relazione con organizzazione e struttura sociale.

La sofferenza e la cura di cui Basaglia ribadì il dato politico vennero prese e depoliticizzate dalla tecnica. La normalizzazione della medicalizzazione del disagio impedì di vederne la radice nelle contraddizioni sociali, svuotando comprensione ed interventi di riferimenti comunitari, sociali, pubblici. Negli anni '80, con l'avvio dei processi responsabili dell'aumento delle disuguaglianze tra e nei paesi e delle conseguenze, anche sulla salute fisica e mentale, imposte ad intere società e strati sempre maggiori della popolazione (Wilkinson & Pickett, 2009), la medicalizzazione estromise dal disagio individuale identità, risorse e rappresentazioni collettive e condizioni sociali ascrivibili all'intersezione degli assi di oppressione, all'interazione con con-

⁶ Un ordine sociale che necessita di individui che funzionino come agenti di mercato e con un agency neoliberale (Gershon, 2011) diretta al miglior adattamento possibile alle dinamiche del mercato del lavoro e alle violente disuguaglianze sociali. L'uso ormai spasmodico del concetto di resilienza sembra inserirsi in questo processo, calando questa definizione di adattamento e ripresa da un trauma nei programmi economici della Banca Mondiale o nei piani di sicurezza nazionale (Neocleous, 2013), permettendoci di comprendere ulteriormente la funzione delle nuove categorizzazioni psichiatriche e della produzione di psicofarmaci di reinserire nell'organizzazione economica e sociale il più velocemente possibile ogni individuo, scartando la "inadattabilità".

testi e determinanti sociali della salute in un mondo sempre più profondamente diseguale (l'altro elemento della "produzione sociale della malattia").

Una lettura individuale del disagio produce inevitabilmente interventi corrispondenti, incapaci di guardare e intervenire su processi e condizioni sociali ingiusti ed evitabili, attraverso discorsi e pratiche di tipo politico, nella sfera pubblica, vissuti in una dimensione collettiva. Con lo spostamento del focus dagli squilibri di potere verso un mai dimostrato squilibrio chimico (Pūras, 2019), anche i processi storici, l'ordine sociopolitico, e le condizioni di vita che determinano la sofferenza furono naturalizzati, invisibilizzati con l'ideologia che le produsse.

L'avvento della cultura neoliberale della salute mentale rappresenta inoltre un ostacolo per "*mettere tra parentesi la malattia mentale*". Con la diffusione di una cultura della salute mentale basata sulle categorie psichiatriche, le soggettività iniziarono a divenire esistenti, a sé, al mondo, e ai servizi, come funzione quasi esclusiva di riconoscimento ed identificazione diagnostica e della fruizione del trattamento sperato. Se, riprendendo Dell'Acqua⁷, Basaglia ha restituito volto e nome alle persone, promuovendo processi di soggettivazione, consentendo loro di "esserci", sottraendole agli effetti della violenza anonimizzante del manicomio, l'esplosione della cultura diagnostica ostacola tale soggettivazione il cui recinto si esaurisce nell'identificazione della diagnosi giusta, la prescrizione e assunzione della molecola corrispondente. Mettere tra parentesi la malattia mentale diventa difficile se le persone esistono solo se diagnosticabili, trattabili, diventando un mero oggetto da cui estrarre profitto capitalizzandone e mercificandone la sofferenza, così affermando il dominio dell'Uomo sull'Uomo (Basaglia, 1975).

Psicofarmaci e diritti negati

4

L'opera di Basaglia rappresentò un momento cruciale non solo nel percorso verso un graduale miglioramento della qualità delle cure, ma si mosse verso un obiettivo oggi riconosciuto essere essenziale per tale qualità: la capacità dei servizi di preservare la dignità dellə cittadinoə che li attraversano affermando e proteggendo la tutela dei diritti di coloro che ne subiscono la violenza. La violenza medica delle istituzioni psichiatriche, definita da Basaglia (1968) "*violenza tecnica*", continua ad essere ordinariamente agita nei servizi, spesso tra il tacito consenso dell'opinione pubblica e il silenzio delle istituzioni deputate alla cura. Nel percorso di miglioramento della qualità delle cure, se i diritti dellə cittadinoə sono stati sistematicamente violati dalle differenti forme manicomiali, continuano ad esserlo anche attraverso un certo uso di psicofarmaci.

⁷ https://open.spotify.com/episode/7BRjXjCj3HcjypjXPaUU?si=a13_UNvuTTYt163qrpUyEg

Affermare che un certo uso degli psicofarmaci porti ad una negazione dei diritti non significa affatto disconoscerne, ideologicamente e aprioristicamente, i numerosi e indubbi benefici, in termini di utilità o efficacia, e i vantaggi per individui e società. È chiaro che articolare un discorso sulla negazione dei diritti attraverso un certo uso degli psicofarmaci senza tenere conto delle differenze di classi, usi, contesti e casi possa alimentare un atteggiamento pregiudizievole verso il loro uso o contribuire alla creazione di posizioni polarizzate, a favore o contro, che non giovano né alla salute delle persone né alla complessità del tema. Tuttavia, anche le modalità attraverso cui gli psicofarmaci sono tendenzialmente utilizzati tengono solo raramente conto delle necessità individuali, della complessità dei contesti e di fattori che potrebbero portare a modalità uso differenziate. Le attuali modalità di utilizzo degli psicofarmaci, da parte sia dell'utente sia dell'operatore, riflettono e contribuiscono a mantenere una cultura diffusa, spesso pregiudizialmente positiva, spudoratamente contraria alle evidenze, riguardo l'uso di tali farmaci. Tale cultura è radicata e dominante nei paesi industrializzati, strettamente connessa alla cultura d'uso prevalente presso i servizi sanitari la cui mancanza strutturale di risorse influisce in maniera determinante sulle loro capacità di offrire risposte efficaci, appropriate, dignitose e sicure. Tuttavia, le attuali modalità prescrittive e la cultura con cui sono in relazione si configurano come unica risposta possibile nel rispondere ad una domanda di cura sempre maggiore a fronte di sempre minori risorse economiche, falcidiate dalle politiche neoliberiste dei tagli al settore pubblico. Riprendendo Saraceno (2017), la povertà della psichiatria è l'esito della trasformazione della povertà economica dei servizi nella loro povertà culturale nell'impovertimento dell'offerta, ridotta a trattamenti indifferenziati, spesso esclusivamente farmacologici, e cure misere, scarsamente personalizzate. È anche in tale indifferenziazione e nei suoi determinanti che risiedono alcuni infrangimenti dei diritti, come il sovratrattamento e il sovrautilizzo di psicofarmaci che è stato definito, per alcune classi, un "*problema rilevante di salute e sanità pubblica*" (CNSM, 2021).

**Cosa significa sovratrattamento e sovrautilizzo?
A quali violazione dei diritti umani tali usi espongono?**

Sovratrattamento e sovrautilizzo sono concetti correlati. Il primo si riferisce a situazioni in cui vengono somministrati e prescritti psicofarmaci in quantità superiori al necessario oppure in modo non appropriato, in circostanze in cui l'uso di tali farmaci non è indicato. Sovrautilizzo, invece, si riferisce all'uso eccessivo o non necessario di determinati trattamenti medici, da parte dei cittadini, ma anche di sistemi sanitari o intere società. La misura ottimale di tale utilizzo, il cui opposto risiede nei concetti di sottoutilizzo e sottotrattamento, viene definita attraverso il principio di appropriatezza, applicabile a molti livelli ma, in riferimento all'appropriatezza d'uso e prescrittiva, indica modalità proporzionate alle reali necessità, nel rispetto dei principi di etica medica e, soprattutto, dei diritti dell'utente alla salu-

te, all'autonomia decisionale e all'informazione completa e trasparente sui trattamenti proposti.

Affermare che esista un serio problema di sovrautilizzo di psicofarmaci significa osservare e affermare l'esistenza di un sovratrattamento strutturale da parte dei servizi, incapaci di fornire risposte alternative o complementari, a condizioni che potrebbero essere non trattate o trattate diversamente, anche se in risposta alle richieste di trattamento da parte della cittadina o della familiari. Significa affermare che, tendenzialmente, al di là del singolo caso, i farmaci vengono prescritti e assunti in maniera inappropriata e superficiale, in eccesso, più frequentemente di quanto non siano prescritti e consumati appropriatamente. Significa osservare e affermare che troppi servizi e medici prescrivono psicofarmaci, che troppe persone assumono troppi psicofarmaci, acriticamente, per condizioni di salute per cui questi non sono stati testati e immessi sul mercato. O per periodi troppo lunghi di tempo, per i quali sono stati evidenziati effetti avversi o esiti sulla salute fisica e mentale peggiori rispetto al non trattamento, a un trattamento più breve o a trattamenti alternativi. Gli psicofarmaci non sono nocivi in sé ma rischiano di diventarlo se utilizzati erroneamente, se assunti e prescritti in maniera eccessiva, per troppo tempo, in dosi non appropriate, per condizioni per cui potrebbero essere inutili o dannosi, o in numero eccessivo. E queste sono, da un punto di vista tecnico, esattamente le attuali e dominanti pratiche di uso e prescrittive.

Se questa è la situazione, su cui esiste un solido consenso, quali sono i rischi in termini di violazioni dei diritti di cui tale modalità d'uso è responsabile?

Innanzitutto, la prescrizione eccessiva può, paradossalmente, violare il diritto alla salute fisica e mentale: la cittadinanza viene esposta a rischi ed effetti collaterali nocivi per la propria salute fisica e mentale. Questi effetti, a loro volta, incidono sul diritto e la possibilità di vivere attivamente e partecipare pienamente alla vita della propria comunità. Inoltre, un uso non appropriato degli psicofarmaci nega alla cittadina il diritto all'autonomia decisionale nella misura in cui le loro preferenze non vengono considerate e vengono escluse dal coinvolgimento rispetto al processo decisionale inerente il proprio trattamento. Diversamente da quanto tendenzialmente accade nei nostri servizi, ogni persona ha il diritto di essere informata sulle diverse opzioni di trattamento, troppo spesso assenti nei nostri servizi, e partecipare attivamente alle decisioni riguardanti la propria salute durante il percorso terapeutico, all'interno di un processo condiviso e partecipativo che, quando presente, è di per sé terapeutico piuttosto che disabilitante. Un utilizzo eccessivo o non necessario di psicofarmaci rischia di limitare l'autonomia di scelta della paziente costringendoli, in forma più o meno esplicita, ad accettare trattamenti che potrebbero non essere in linea con le proprie preferenze e valori, con i sentimenti che ne derivano e la legittima, frequen-

te, sensazione di essere trattatə in modo impersonale, poco rispettoso dei propri desideri e la conseguente perdita del senso di dignità che ne deriva. Infine, l'uso indiscriminato di psicofarmaci viene frequentemente perpetuato nella piū bieca, inaccettabile, negazione del diritto all'informazione completa e trasparente sui trattamenti proposti, in assenza di un consenso realmente informato. Le informazioni su rischi, benefici, durata, prognosi, sono, quando presenti, lacunose. Come detto, tale assenza si accompagna alla frequente convinzione da parte dellə medicə di avere gli strumenti e il diritto di potere e dovere prendere decisioni, relative alla vita e la salute di un'altra persona, autonomamente, sulla base delle informazioni e competenze di cui   in possesso e dal cui accesso esclude lə patientə, talvolta anche per via del pregiudizio che vorrebbe le persone che attraversano periodi di sofferenza incapaci di assumere scelte che le riguardino. In questo modo, l'esito delle scelte dellə medicə rischia di essere una prospettiva di consumo vita natural durante, disabilitando in questo modo alcuni dei principali principi attivi per una piena guarigione (*recovery*) indipendentemente dall'intensit  del disagio attraversato: fiducia, speranza, partecipazione, responsabilit , consapevolezza.

L'evidenza di tale sovrautilizzo, dell'elevato tasso di inapproprietezza prescrittiva, delle difficolt  dei servizi a soddisfare bisogne ed esigenze dellə cidadin , e delle sistematiche violazioni dei loro diritti,   la base da cui stanno gradualmente emergendo pratiche, conoscenze, servizi, politiche e movimenti per il loro contrasto. Ad esempio, la modifica nel 2022 delle Linee Guida NICE, le piū autorevoli a livello internazionale, in relazione alla prescrizione degli antidepressivi, o i cambiamenti apportati nel 2023 al Mental Health Action Gap Programme (mhGAP, WHO, 2023) che non raccomandano piū l'utilizzo di benzodiazepine per condizioni di ansia per cui venivano precedentemente raccomandate. Insieme a queste misure, che mirano a diminuire il numero di nuove prescrizioni potenzialmente inappropriate, il cambiamento sistemico, pratico e culturale, piū rilevante sta coinvolgendo patientə e operatorə che desiderano diminuire o terminare l'uso di psicofarmaci. In questo caso si parla di deprescrizione: *"il processo di riduzione, interruzione, sospensione o ritiro dei farmaci, con l'obiettivo di gestire la politerapia e migliorare i risultati"* (Thomson et al., 2013). Tale riduzione pu  avvenire con il supporto di un  medicə. Tuttavia, uno dei principali ostacoli   rappresentato proprio dai servizi che di tali prescrizioni sono responsabili, spesso carenti nell'offerta di percorsi deprescrittivi, sia per l'indisponibilit  dei medici sia per la loro scarsa conoscenza e competenza nel gestire in maniera sicura il processo e le possibili crisi di astinenza (Read et al., 2023). Per questo motivo, nel febbraio 2024, sono stati pubblicati i protocolli Maudsley per la deprescrizione per medici, simbolicamente e praticamente fondamentali.

Ma lə patientə che scelgono di avviare processi e pratiche di deprescrizione non sono isolati dal e nel mondo e l'incapacit  dei servizi pubblici

di costituirsi come risorsa ha portato alla creazione di numerosi gruppi di pari, familiari, o servizi con l'obiettivo di fornire indicazioni, informazioni, consigli, supporto o consulenza a chi desideri intraprendere questo percorso. Inoltre, le evidenze sottolineano il ruolo che percorsi psicologici e psicoterapeutici potrebbero rivestire rispetto ai percorsi di deprecrizione, ad esempio migliorando gli esiti del processo di deprecrizione, attraverso il supporto delle persone che hanno avviato il processo, lo sviluppo di strategie per la gestione delle crisi di astinenza, e la promozione di forme differenti di significazione e fronteggiamento di dolore, sofferenza e disagio.

Psicoterapia, psicofarmaci e deprecrizione

5

Nonostante questo, in Italia la psicoterapia sembra abitare un mondo parallelo, che lambisce solo episodicamente quello presentato, composto di problemi prevalentemente intrapsichici, simbolici o emotivi, a ordine tutt'al più familiare, vissuti e lavorati a livello esclusivamente individuale, mai riguardanti le istituzioni pubbliche, ancor meno quelle sanitarie. Un mondo, morbidamente artefatto, intimista e privato, anche dalla sua dimensione pubblica, che sembra tendersi e incresparsi solo davanti alle forme esplicite di violenza fisica di parenti, genitorè o partner, ossia come conseguenza del rischio di denunce e percorsi legali per la clinicè. Un mondo dove violenza medica e violazioni dei diritti sembrano appartenere al dominio di ciò nel rapporto con cui occorre imparare l'arte della benevolente accettazione. Un mondo dove i farmaci sembrano prescritti all'interno di non-relazioni.

Tuttavia, l'assenza del potere prescrittivo nella pratica dellè psicoterapeuta potrebbe non privarlo di un sano spirito critico e civico. Meno sarcasticamente, al netto del fatto che esistano paesi dove la psicologè può prescrivere (quindi deprecrivere) ed altri dove si sta lavorando per questo, il fatto che la psicoterapeuta non possieda le competenze necessarie per lavorare a livello clinico direttamente su prescrizione o deprecrizione di farmaci non implica l'impossibilità per la comunità dellè psicoterapeutè di affrontare il tema degli psicofarmaci su molti livelli e, anche a livello clinico, pur senza prescrivere o deprecrivere, di interrogarsi sul rapporto con gli psicofarmaci, sul significato personalmente attribuito, sulle implicazioni identitarie, sulla relazione con il medico, sui servizi e sul fenomeno sociale del sovrautilizzo e del rapporto con la sofferenza.

Come è stato evidenziato⁸ il posizionamento della comunità dellè psicoterapeutè riguardo alle attuali forme prescrittive rifletterebe la morale clinica della cosiddetta neutralità, assumendo i connotati del consenso e della naturalizzazione dell'ordine sociale: la neutralità clinica rischia spesso di tradursi, socialmente, in un'assenza di assunzione di responsabilità della comunità dellè psicoterapeutè verso fenomeni ingiusti ed evitabili (Castel, 1975), utilizzo di psicofarmaci compreso. Pur rappresentando il tema degli

⁸ <https://sportellotiascolto.it/2023/09/09/sospendere-gli-antidepressivi-2-ruolo-della-psicoterapia/>

VERS L'INCONNU, IL EST MORT (1937-1942)

Louis Soutter (1871-1942)





psicofarmaci un tabù per la comunità della psicoterapeuta, questa non è, né potrebbe mai essere, neutrale. È possibile ricostruirne il posizionamento attraverso specifiche invarianze osservabili sia tra le trame dei discorsi e delle interazioni tra clinica, sia attraverso un'analisi delle loro scelte e predisposizioni nell'interazione con la cittadina. Anche se la psicoterapeuta, per paura, rispetto, subordinazione o indifferenza tendono a non pronunciarsi rispetto all'uso degli psicofarmaci cosa, in positivo, fanno o mostrano? La risposta va cercata nella sottile forza costante attraverso cui la comunità dei clinici agisce verso l'invio ad un prescrittore o a istituzioni che espongono al rischio di prescrizioni inappropriate, una forza non corrisposta, con uguale frequenza ed estensione ad una in senso contrario. La medesima pressione si osserva anche durante i confronti tra specialisti, tra interazioni, discorsi relativi a pazienti e scelte cliniche che avvengono, quasi esclusivamente, sul terreno scosceso verso circostanze il cui attraversamento esiterà, inesorabilmente, nell'assunzione di un farmaco. In entrambi i casi, il risultato sembra essere la conferma da parte della componente clinica dell'istituzione psicoterapia delle attuali modalità prescrittive in stretta relazione alla subordinazione all'istituzione medica e alle sue pratiche, alimentate e supportate, quasi mai interrogate, criticate o contrastate.

Questa consuetudine è uno dei campi su cui la psicoterapia può recepire e applicare l'opera Basagliana, avvicinandovisi. La comunità della psicoterapeuta potrebbe confrontarsi con il problema delle modalità di consumo degli psicofarmaci, analogamente a quanto accade con altri fenomeni sociali nocivi e ingiusti come discriminazione, violenza domestica o l'abuso di sostanze. Il problema del cattivo utilizzo degli psicofarmaci, è un problema in cui ciascun attore sociale ha una precisa responsabilità, non è di pertinenza esclusivamente medica e può portare a conseguenze profondamente dannose per le attuali e future generazioni, analogamente a quanto osservato con il sovrautilizzo di antibiotici nei decenni passati, o la diffusione di oppiacei, benzodiazepine, z-drugs e altre sostanze psicoattive, che contribuisce all'epidemia di dipendenza e overdose negli USA.

La comunità della psicoterapeuta può attivarsi, fin da subito, su molti livelli. Innanzitutto a **livello formativo**: scuole di psicoterapia e organizzazioni professionali hanno un ruolo cruciale nell'educazione e nella formazione della psicoterapeuta. Se su molti temi, come ad esempio la violenza di genere, si osserva una maggiore sensibilità del sistema formativo ai fenomeni sociali che minano salute e diritti della popolazione, i programmi formativi potrebbero integrare componenti di psicofarmacologia, etica della cura e diritti umani, per supportare lo sviluppo della consapevolezza e delle competenze necessarie per sostenere la clinica nel lavoro con la popolazione, di rete e su altri livelli. Ne è un esempio la guida (Guy et al., 2021), prodotta dalla British Society of Psychologist, per l'attivazione di conversazioni con le persone che stanno assumendo o sospendendo psicofarmaci.

A **livello clinico** le pratiche di psicoterapia possono impattare indirettamente sul sovrautilizzo di psicofarmaci. Le psicoterapeutè possono sostenere la cittadinanza che stanno assumendo o sospendendo psicofarmaci o pensano di farlo. Possono farsi promotorè di spazi di riflessione in una prospettiva politica che comprenda i diritti, supportando e informando la popolazione nel processo decisionale e nella valutazione dell'appropriatezza della prescrizione. Possono accompagnarli, in maniera competente, all'avvio e nel corso del processo di deprescrizione e sospensione con informazioni utili, interloquendo con i servizi di riferimento e indirizzando verso le risorse del territorio, facilitando la costruzione di letture del disagio meno patologizzanti e di *forme di intervento comprensive di una dimensione comunitaria, collettiva*.

Le psicoterapeutè possono avere un ruolo cruciale nella sensibilizzazione delle comunità rispetto alla tutela dei propri diritti, ai benefici dell'utilizzo e sui rischi e le implicazioni dell'inappropriatezza prescrittiva e del sovrautilizzo per individui, comunità, servizi e società. Possono organizzare incontri pubblici, creare contenuti informativi e divulgativi per pazienti, familiari e operatori, oltre che costruire strategie di advocacy con e per la cittadinanza in relazione alla qualità dei servizi di cura e alle politiche che li determinano. Parallelamente, su questo livello come su quello clinico, le psicoterapeutè possono promuovere discorsi e pratiche della salute mentale, della sofferenza, della cura, e della diagnosi più vicine ad una prospettiva meno individualizzante, patologizzante e più comunitaria e sociopolitica.

Infine, a **livello istituzionale e politico** le psicoterapeutè possono partecipare attivamente al dibattito pubblico e alla costruzione di politiche che tutelino salute e diritti dellè cittadinanza. Possono essere attori partecipi nella promozione di servizi di migliore qualità, ad esempio sostenendo l'implementazione di programmi e interventi per la deprescrizione e la promozione dell'appropriatezza prescrittiva, soprattutto per i cosiddetti disturbi mentali comuni, forti delle evidenze sull'efficacia comparativa e tollerabilità di alternative, come gli interventi psicologici o psicoterapeutici. Inoltre possono prendere parola sulle politiche di welfare che incidono direttamente sulla qualità della vita e sulla salute, mentale e fisica, di fasce sociali che vivono le dinamiche più aspre delle disuguaglianze sociali e delle gerarchie di classe, genere e razza.

Attraverso tutti questi livelli e ciascuna di queste singole, apparentemente piccole ed ininfluenti, azioni, la comunità dellè psicoterapeutè potrebbe emergere come attore pubblico attorno ad un posizionamento, pienamente sociale e politico, consapevole e chiaro, capace di coniugare il miglioramento del privato benessere dellè cittadinanza con l'esplicito impegno nella pubblica promozione dei loro diritti, contrastandone le violazioni di cui il sovrautilizzo di psicofarmaci da parte di individui, sistemi sanitari e società è responsabile. Così, la comunità dellè psicoterapeutè potrebbe attivamente

contribuire a produrre più salute e diritti per tutta e società migliori.

6

Conclusione

Basaglia intratteneva un rapporto complesso con la psicoanalisi, criticata (1979; 1975; 1968), in quanto “istituzione psicanalitica”, per la sua presunta complicità, mediata dal rapporto con la psichiatria, nella riproduzione delle disuguaglianze sociali, di cui contestava il ruolo nel mantenimento della stratificazione sociale e riproduzione dei valori borghesi. Le critiche di Basaglia alla psicoanalisi, così come quelle di altri detrattori, come Castel e Foucault, la collocavano nei processi di sfaldamento della struttura istituzionale e allargamento della platea della psichiatria (Castel, 1975), accusandola di rappresentare un’*“ideologia di ricambio entro cui le funzioni sociali della psichiatria classica possono essere mantenute sotto la più umana veste dell’intervento psicanalitico”* (Bessone et al., 2022).

Molte di queste considerazioni, nonostante le differenze tra i contesti, possono essere estese anche all’*“istituzione psicoterapeutica”*, la comunità della psicoterapeuta che, oggi, si muove sull’onda lunga dei cambiamenti sociali prodotti dal movimento basagliano; in una storia plasmata da quel movimento di cui, volendo, possono essere conservati eredità, valori e principi ispiratori. Si tratta della storia di cittadine e operatori che, nelle differenze di ruoli, sono riusciti ad unirsi, partendo dal riconoscimento della comune appartenenza politica e, insieme ad altre parti del corpo sociale, hanno saputo rivendicare collettivamente diritti per la prima e liberare la seconda dal ruolo oppressivo, producendo cambiamenti sostanziali in ambito legislativo e psichiatrico. La loro unione ha testimoniato la possibilità di costruire percorsi collettivi, in una triangolazione tra tecnica, cittadine e istituzioni politiche, alimentati dall’*“ottimismo della pratica”* e dall’*“utopia della realtà”*, veicolando un doppio movimento capace di portare, nel medesimo slancio, il politico nel clinico (politicizzando i dispositivi clinici e le concezioni delle condizioni di sofferenza da questi incontrati) e il clinico nel politico (riterritorializzando, cioè riportando nel territorio della comunità, il luogo della cura e i discorsi relativi alla salute mentale).

Si tratta di scegliere in che misura rinchiudere tale storia tra le mura del manicomio o riappropriarsi della sua opera, rivitalizzandola entro i confini della psicoterapia. Sarebbe una perdita enorme, per la società tutta e la comunità della psicoterapeuta, se questo non accadesse, relegando la storia di questo movimento al settore psichiatrico e al passato.

Tuttavia, guardando alla psicoterapia, escluse le evidenti criticità legate ai processi di mercificazione della salute contrapposti al suo inalienabile diritto, manca il violento gigante cattivo che il manicomio costituiva per la psichiatria. Tale assenza, e la frammentazione della comunità professionale, riflesso di quella della più ampia organizzazione sociale, complessifica la definizione di priorità e la costruzione di percorsi collettivi che ricompongano valori, bisogni, visioni e pratiche politiche, partendo dalla messa in discussione di alcune componenti delle pratiche di cura. Se potrebbe sembrare folle indicare nel dispositivo psicoterapia, con la sua enfasi ai bisogni individuali, un dispositivo violento di riproduzione sociale e complesso indicare i processi di attuazione di tale riproduzione e i suoi esiti, la prospettiva dello Psicoterapismo (Bessone, 2023; Bessone et al., 2022) può sostenere una prospettiva critica su di esso. Con essa è possibile sottrarre la psicoterapia dalla mistificazione che la riveste e illuminare per superare, ad esempio, le numerose implicazioni politiche e sociali dell'estensione della morale della neutralità e dell'accettazione, la stratificazione sociale determinata dai processi formativi o dal rapporto con il libero mercato, l'allontanamento dal servizio pubblico, l'esclusione sociale di gruppi marginalizzati o la riproduzione della norma sociale, dello stigma, della "soggettività neoliberale", l'amplificazione della "cultura terapeutica" (Furedi, 2013).

Anche per la psicoterapia è possibile mettersi in discussione. E' possibile, anche per la comunità della psicoterapeuta, mettere in discussione il proprio operato, i propri presupposti, strumenti, teorici e pratici, tecnici e morali, sulla base delle conseguenze meno immediate prodotte sulla vita della cittadina e sull'organizzazione sociale, costituirsi come clinica della cittadinanza (D'Amico, 2023). È possibile interrogare il dispositivo psicoterapeutico per rovesciarlo insieme all'ordine sociale che, sempre, gli è sovrapposto, riconoscendo e intervenendo su strutture e processi che lo rendono strumento di riproduzione delle forme di violenza strutturale e della struttura sociale, e della violenza tecnica dei dispositivi di cura. In entrambe i casi, tale dispositivo mortificherebbe i diritti umani, ad esempio attraverso il silenzioso assenso, clinico ed extraclinico, al perpetuarsi delle attuali pratiche prescrittive e modalità di utilizzo degli psicofarmaci.

Gli psicofarmaci non sono il male assoluto: il loro uso è il sintomo di un'organizzazione sociale malsana, sostanzialmente influenzata dai determinanti commerciali della salute (Gilmore et al., 2023). Il rapporto che il dispositivo intrattiene con tale uso costituisce solo un possibile punto di avvio per un rovesciamento di alcune consuetudini consumate, anche in ambito clinico, che possono trasformare, anche radicalmente, i modi di praticare e concepire la psicoterapia e costruire la società. Un rovesciamento che, come per Basaglia e la sua compagna, non può essere concepito come un'azione individuale da eroi solitari: dev'essere un rovesciamento costituito di movimenti, in una nuova possibile alleanza, tra psicoterapeuta, psichiatra, operatore della salute, utente e survivors, persone comuni e politica che mettano

in discussione l'intero impianto delle politiche della cura attuali, schierandosi con i settori subalterni della società nelle loro diversificate condizioni di classe, genere e razza. Attraverso questo rovesciamento in movimento la funzione della psicoterapia può essere trasformata in sé, ri-costruendola attraverso bisogni, desideri e risorse della collettività.

Assumere il valore della giustizia sociale del movimento basagliano, avviare un percorso di rinnovamento della psicoterapia partendo dal riconoscimento della negazione dei diritti di cui è complice non significa, nella pratica, demonizzare aprioristicamente l'uso degli psicofarmaci né, tanto meno, procedere sulla base di teorie e modelli, clinici e sociali, precostituiti. **Significa situarsi:** conoscere, sapere vedere e denunciare il generale sovrautilizzo, osservarne la sua manifestazione particolare, sentendo il peso delle implicazioni dell'assenza di un posizionamento che lo contrasti. Tuttavia, riprendendo le parole di Pirella (Basaglia, 1968) *“la negazione non implica un «positivo» cui riferirsi come ad un modello, ma il semplice rifiuto di perpetuare l'istituzione, il tentativo di mutarla mettendola continuamente in crisi”*. Si tratta, ora come allora, di ostacolare la perniciosa re-istituzione dell'ordine sociale attraverso la re-istituzione di alcune modalità, disciplinate, della disciplina, evitando il rischio che, riprendendo la citazione di Sartre, cara a Basaglia, l'ideologia sia libertà mentre si fa e oppressione quando si è costituita (Basaglia, 1975).

Tale sostare generativamente nell'incertezza equivale alla coraggiosa, dolorosa e responsabile capacità di vedere e sentire il processo di riproduzione dell'esistente, tra le trame della cecità e dell'indifferenza, del catechismo emozionale (Zamperini, 2007), anche formativo. Equivale a rispondere, con sentire dissidente, a questa realtà e al nostro ruolo nel suo mantenimento, un fermo *“no, mi no firmo”*.



AUTOSTYLE, AUTOSTYLE (//)
Louis Soutter (1871-1942)

BIBLIOGRAFIA

Bessone M., Sasson M., Lioy M., (2022). Dallo Psicanalismo allo Psicoterapismo. Per una Politica della Clinica e una Psicoterapia Critica. Ed Radio32

Bessone M. (2023). Lo Psicoterapismo: psicoterapia e disuguaglianze tra mercato e diritti. Medicina Democratica. 253-253

Basaglia F., (1979). Conferenze brasiliane. R. Cortina.

Basaglia F., & Ongaro, F. B., (1975). Crimini di pace. Baldini & Castoldi.

Basaglia F., (1968). L'istituzione negata. Baldini & Castoldi.

Basaglia F., & Ongaro F., (1969) Morire di classe. La condizione manicomiale fotografata da Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin. Il Saggiatore.

Basaglia F. (1965). Potere e istituzionalizzazione, In Scritti I, Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia. Einaudi.

Bhattacharya, T. (eds.), (2017). Social reproduction theory: Remapping class, recentering oppression. Pluto press.

Bobbio M. (2017). Troppa medicina. Einaudi.

Castel R. (1975). Psicanalismo. Psicanalisi e potere. Einaudi.

Conferenza Nazionale per la Salute Mentale (CNSM) (2021). "Per una Salute Mentale di Comunità", atti del convegno liberamente disponibili in: https://sportellotiascolto.files.wordpress.com/2023/02/c_17_eventi-stampa_583_0_fileallegatointervista.pdf

D'Amico G., (2023), Che cos'è la psicoterapia? Per una prospettiva sociale e situata. In Adombramenti. Rivista di psicologia Fenomenologia. Psico-fen.

Davies, J. (2021). Sedated: How modern capitalism created our mental health crisis. Atlantic Books.

Davis L. C., Diianni, A. T., Drumheller, S. R., et al., (2024). Undisclosed financial conflicts of interest in DSM-5-TR: cross sectional analysis. *bmj*, 384.

Deacon B. J., (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. In *Clinical psychology review*, 33(7), 846-861.

Fromm E., (1996). I cosiddetti sani: la patologia della normalità. Mimesis.

Frances A., (2013). Primo, non curare chi è normale: Contro l'invenzione delle malattie. Bollati Boringhieri.

Furedi F., (2013). Therapy Culture: Cultivating Vulnerability in an uncertain age. Routledge.

Gershon I., (2011). "Neoliberal Agency", *Current Anthropology*, 52 (4), pp. 537-555.

Gilmore A. B., Fabbri, A., Baum, F., et al., (2023). Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *The Lancet*, 401(10383), 1194-1213.

Goffman E. (1968). Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza. Einaudi.

- Guy A., Davies, J., Rizq J., (2021) Guidance for psychological therapists: Enabling conversations with clients taking or withdrawing from prescribed psychiatric drugs. London: APPG for Prescribed Drug Dependence.
- Hacking I., (1995) The looping effect of human kinds. In: Sperber D., Premack D., Premack A.J. (Eds) Causal Cognition: A Multidisciplinary Debate. Oxford: Clarendon, pp. 351–394.
- Haslam N., (2016). Concept creep: Psychology's expanding concepts of harm and pathology. *Psychological Inquiry*, 27(1), 1-17.
- Healy D., (2018). Pharmageddon: eclissi della cura e marketing della medicina. Mimesis.
- Hooks B., (2022). Da che parte stiamo: la classe conta. Tamu edizioni.
- Illich I., (1976). Limits to medicine-Medical Nemesis-the expropriation of health. Boyars.
- Moynihan R., CG, P., Heath I., & Henry D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *Commentary: Medicalisation of risk factors. Bmj*, 324(7342), 886-891.
- Neocleous M. (2013). "Resisting resilience", *Radical philosophy*, 178, pp. 2–7.
- Pūras D. (2019). Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. United Nation Human Rights Council, Forty-first session
- Read J., Moncrieff J., & Horowitz M. A., (2023). Designing withdrawal support services for antidepressant users: patients' views on existing services and what they really need. *Journal of Psychiatric Research*, 161, 298-306.
- Rose N. S., (2008). La politica della vita: biomedicina, potere e soggettività nel XXI secolo. Einaudi.
- Rose N., (1990). Governing the soul: The shaping of the private self. Taylor & Francis/Routledge.
- Saraceno B.(2017), Sulla povertà della psichiatria. *DeriveApprodi*.
- Thompson W., & Farrell B. (2013). De-prescribing: what is it and what does the evidence tell us?. *The Canadian journal of hospital pharmacy*, 66(3), 201.
- WHO (2023), Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guidelines for mental, neurological and substance use disorders. Geneva.
- Whitaker R. (2011). Anatomy of an epidemic: Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America. Crown.
- Wilkinson R., & Pickett, K. (2009) La misura dell'anima. Perché le disuguaglianze rendono le società più infelici. Feltrinelli.
- Zamperini A. (2007). L'indifferenza. Conformismo del sentire e dissenso emozionale (Vol. 374, No. PBE Psicologia, pp. 1-200). Einaudi.



AUTOSTYLE, AUTOSTYLE (II)
Louis Soutter (1871-1942)