



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Marília



CULTURA
ACADÊMICA
Editora

Tra soggettività e istituzioni: da Franco Basaglia alla recovery Roberto Mezzina

Como citar: MEZZINA, R. Tra soggettività e istituzioni: da Franco Basaglia alla recovery. *In: SADE, R. M. S. (org.). Boas práticas: caminhos e descaminhos no processo de desinstitucionalização.* Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2017. p. 41-60.
DOI: <https://doi.org/10.36311/2017.978-85-7983-933-7.p41-60>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

Tra soggettività e istituzioni: da Franco Basaglia alla recovery

Roberto Mezzina

PREMESSA

Oggi il movimento per la recovery sembra rivestire un'importanza per alcuni paragonabile a quella che anni fa ha avuto il movimento anti-istituzionale, pur se attori, metodi e filosofie, perfino poteri in gioco, appaiono diversi e completamente nuovi. Se così fosse, saremmo davvero in presenza di un fenomeno di portata storica e non solo di un trend passeggero, o, peggio, di una moda; per dirla con Basaglia, si tratterebbe non di una mera "ideologia di ricambio" dei vecchi saperi e poteri psichiatrici (BASAGLIA, 1980), ma di un vero cambio paradigmatico nel campo della salute e della salute mentale. D'altra parte, se in quello che è accaduto in Italia si potesse ravvisare un'anticipazione di questi temi oggi drammaticamente attuali, si tratterebbe di una verifica importante dell'attualità dell'azione teorico-pratica di Basaglia e del movimento anti-istituzionale a oltre quarant'anni di distanza.

Il costruito "recovery" ha rappresentato in sé una sfida al riduzionismo medico-biologico in psichiatria, in quanto è apparso possibile attraverso di esso contrapporvi il ruolo attivo della persona, la rilevanza di

<https://doi.org/10.36311/2017.978-85-7983-933-7.p41-60>

fattori connessi alla sua esistenza concreta, alla sua datità empirica, tali da influenzare il decorso della propria condizione psicopatologica non in senso meccanicistico ed estrinseco, eterodeterminato, ma attraverso la significatività di tali fattori all'interno del mondo di un soggetto individuale. Proprio in quanto calati in questo mondo, essi vanno contestualizzati, e così diventare elementi fondativi di una ricostruzione di soggettività.

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

Il compito della psichiatria attuale parrebbe dunque quello di rifiutarsi di ricercare una soluzione della malattia mentale come "malattia", ma di voler avvicinare e considerare questo tipo particolare di malato come un problema che – solo in quanto presente alla nostra realtà sociale – potrà rappresentare uno degli aspetti contraddittori per la cui soluzione si dovranno impostare e inventare nuovi tipi di approccio e nuove strutture terapeutiche. (BASAGLIA, 1967, p. 420)

L'affermazione di Basaglia chiama dunque in causa la questione dei modelli interpretativi della psichiatria e il concetto stesso di malattia che non è mai stato, e oggi non lo è ancora in modo chiaro, al riparo dalla critica.

La questione dei paradigmi è stata nuovamente riproposta con forza nella recente riflessione internazionale (BRACKEN et al. 2012; PRIEBE; BURNS; CRAIG, 2013; MEZZINA, 2005; 2012). Il paradigma riduzionista neurobiologico, "tecnologico", che è connesso alla medicalizzazione della vita quotidiana, alle varie forme di "biopotere" (vedi Foucault), ha riproposto le invarianze come fondanti il sapere scientifico in un'ottica esclusivamente centrata sulla visione positivista delle scienze della natura, senza tenere in debita considerazione la crisi dei modelli scientifici ispirati ai saperi della complessità (come nelle opere di Von Forster, Prigogyne, Morin). Gli aspetti psicosociali come le relazioni, i valori e i sistemi di credenze, le pratiche diverse sono in questa logica posti in secondo piano se non apertamente denegati. La

più larga definizione di approccio bio-psico-socio-culturale sembra mettere in fila questi diversi campi, ma pur riconoscendone l'interazione, non ce ne restituisce tuttavia un senso.

Sul piano teorico la critica ai modelli di malattia, e in particolare al costrutto di schizofrenia e alla sua eterogeneità ha spinto ormai fino a un limite critico l'attendibilità di questa come delle diagnosi psichiatriche in generale (BENTALL, 1992; BOYLE, 1994; BUCHANAN, CARPENTER, 1994), e così pure si è affermata la normalizzazione di esperienze quali l'udire voci (Romme, Escher, 1977; Coleman, 2011), fino al tentativo di ricostruire un significato dentro l'esperienza stessa di follia (GEEKIE; READ, 2009; READ; MOSHER; BENTALL, 2004; BENTALL, 2003); mentre è avanzata notevolmente la riflessione sui limiti del modello biomedico (ROSE, 2008; WHITAKER, 2013) condizionato dalla creazione di un sistema di attese, e relativi interessi economici, attorno alle terapie farmacologiche.

LA MALATTIA E IL SUO DOPPIO: LA RECOVERY DALL'ISTITUZIONE

In tema di recovery, le note catamnesi della schizofrenia, a partire dai primi studi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (SARTORIUS; JABLENSKY; SHAPIRO, 1977; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1973; 1979), e la messa in discussione della cronicità come "artefatto sociale" (CIOMPI, 1984; HARDING; ZUBIN; STRAUSS, 1987), hanno mostrato come, all'interno di molteplici fattori, quelli di natura istituzionale siano indubbiamente di grande rilievo: il modo in cui la malattia viene trattata, e il malato recuperato alla vita sociale, sono le precondizioni per i processi di guarigione clinica e sociale. Per Basaglia, la critica della malattia che si sovrappone alla follia e alla persona che la vive, così come detta la psichiatria nel suo imporsi come scienza medica oggettivante, è il cuore della questione.

Come la medicina si è edificata su un corpo morto, così la psichiatria si è costruita su una mente morta. Per analogia, potremo chiamare la psichiatria 'anatomia mentale'. In questo modo la psichiatria è entrata nello stesso gioco della medicina: il disturbo del comportamento è stato incluso nel disturbo del corpo, corpo e comportamento sono diventati

la stessa cosa, e analogamente disturbo del corpo e disturbo della mente sono diventati la stessa cosa, entrambi all'interno della logica positivista del rapporto causa-effetto (BASAGLIA, 2000, p. 61).

Egli afferma ancora: “La malattia è stata fatta coincidere col disturbo del comportamento, corpo organico e corpo sociale sono stati omologati. Sia il malato del corpo organico che il malato del corpo sociale non possono esprimere la loro soggettività malata. Esprimono invece la loro oggettività di cose malate” (*ibidem*, p. 173).

Questa malattia è non solo plasmata dall'istituzione, come gli studi in ambito sociologico e psichiatrico hanno descritto (WING, 1962; GOFFMAN, 1968), ma addirittura un suo doppio istituzionale si delinea come effetto della riduzione dell'umano dentro l'imposizione delle regole e dei poteri.

Il doppio della malattia è la trasformazione del reale (l'esperienza) in realtà ideologia, cioè parametri pratico-ideologici in cui distruggere l'esperienza per portarla al livello di un comportamento comune che ne è, appunto, solo il doppio. (BASAGLIA; ONGARO BASAGLIA, 1982, p. 178).

E' attraverso questo processo di razionalizzazione e organizzazione dei bisogni che l'individuo è privato della possibilità di possedere se stesso (la propria realtà, il proprio corpo, la propria malattia) “[...] ma vive la sua collocazione nel mondo come malato; vive cioè il ruolo passivo che gli viene imposto e che conferma la frattura tra sé e la propria esperienza. La malattia diventa comportamento malato, falso rapporto sostitutivo di un rapporto inesistente: occasione e conferma di dominio” (*ibidem*, p. 180).

Oggi ci chiediamo se esista ancora, al di fuori della totalizzazione del manicomio, una tematica che ci faccia pensare a una malattia istituzionale, a un doppio che dobbiamo svelare; oppure se l'accettazione dell'ideologia medica riguardante la malattia sia un dato indiscutibile, dal quale poi articolare delle pratiche critiche.

Mentre lo scenario del manicomio sta per essere liquidato dalla legge 180, riferendosi alla nuova medicalizzazione della psichiatria, Basaglia scrive:

Tenendo questa connotazione di malato, l'individuo che soffre di disturbi mentali viene inserito nell'ambito positivistico della medicina, per cui viene omologato il comportamento a un corpo e viene quindi sancito, in maniera nuova, riciclata, il concetto di malattia." (Basaglia, 1980, p. 480)

Qui c'è un nodo di estrema profondità che Basaglia e il movimento antiistituzionale avevano già allora inquadrato. Mentre il soggetto lotta per liberarsi della doppia identità istituzionale in tutte le sue implicazioni, psicologiche e di deprivazione di potere, ci deve essere un riposizionamento radicale della psichiatria e della medicina nei suoi confronti: una de-istituzionalizzazione delle pratiche, dei saperi, dei ruoli, degli attori, degli istituti e dei circuiti sanitari, giuridici e sociali.

Allo stesso modo la recovery non si rivolge alla malattia ma dis-toglie da essa: ha solo incidentalmente a che fare con una "presa di coscienza", e ancor meno con una "coscienza di malattia", e invece ancora deve partire da una sorta di tirocinio all'interno delle svariate forme di relazione istituzionale che oggi si pongono nel mondo delle psichiatrie.

MOVIMENTI DELLA SOGGETTIVITÀ E LIMITI DELLA RECOVERY PERSONALE

Affinché ogni possibile guarigione si inveri, possiamo innanzitutto affermare con Basaglia che occorre uscire dalla delega totale, del corpo e della psiche, ai tecnici e all'istituto che insieme devono trattare la malattia. Ciò coincide con il riemergere di una "questione della soggettività", che mette in crisi il modello di malattia e il suo trattamento codificato. Vale a dire: il cambiamento del soggetto curante, la sua perdita d'identità, la sua impossibilità di identificarsi con le vecchie psichiatrie manicomiali e col controllo sociale che esse garantivano diventa la possibilità che il curato si liberi dall'aporia del rapporto di dominio (BASAGLIA, 1982d, p. 470).

Noi vogliamo cambiare lo schema che fa del malato un corpo morto, e tentiamo di trasformare il malato mentale morto nel manicomio in una persona viva, responsabile della propria salute. (BASAGLIA, 2000, p. 74). Certamente una delle terapie più importanti per combattere la follia

è la libertà. Quando un uomo è libero, quando ha il possesso di se stesso e della propria vita gli è più facile combattere la follia (*ibidem*, p. 89).

Qui l'idea, che sarà della recovery, di riprendersi la responsabilità della propria salute, all'interno della globalità della vita, si coniuga con l'obiettivo dell'emancipazione e del recupero del potere, che Basaglia, pur con limiti e cautele, pone. "E' ovvio che uno schizofrenico è uno schizofrenico, ma innanzitutto è un uomo che ha bisogno di affetto, di denaro e di lavoro; è un uomo totale, e noi dobbiamo rispondere non alla sua schizofrenia ma al suo essere sociale politico" (*ibidem*, p. 115).

La contraddizione "tra ciò che siamo e ciò che vorremmo essere", tra un soggetto negato e la sua oggettivazione nella visione positivista e riduzionista della malattia, riletta all'interno dell'orizzonte semantico della recovery, può essere il motore di quella lotta per l'affermazione di una soggettività verso l'oggettività della condizione di malattia, sancita dall'istituzione, di cui parla Basaglia (*ibidem*, p. 22).

Poiché è sottoposta ad un processo di nullificazione, all'interno di quella oggettivazione, l'espressione della soggettività é in se stessa manifestazione di una resistenza all'istituzione.

In questi molteplici sensi, la deistituzionalizzazione ha prodotto la visibilità dei soggetti sofferenti, dentro e al di là della malattia. Essi appaiono finalmente come individui concreti che entrano nelle relazioni sociali e che cercano di contrastare destini di esclusione. Riteniamo che solo a partire da ciò si possano organizzare pratiche terapeutiche e di cura basata sull'interesse e integrità della persona e del suo corpo, nella vita concreta (*whole life*).

Il concetto di recovery si fonda sul riconoscimento di quanto continuo elementi e fattori legati alla soggettività nel riposizionare il rapporto non solo con la malattia, ma con la vita. Allora è innanzitutto un costrutto dell'individuo, un fatto personale, e come tale è un processo, o un percorso, non lineare e multidimensionale (MEZZINA, 2012a).

In quella che viene chiamata "recovery personale", contrapposta alla "recovery clinica" (SLADE, 2011; UNGER, 2010), la persona *in sé* resta fattore determinante del processo, attraverso le sue capacità di autodeterminazione, di resilienza e di fronteggiamento della malattia, ma

anche attraverso il cambiamento personale e la contemporanea assunzione di responsabilità.

Tuttavia la *recovery*, o guarigione che sia, non può essere vista come un percorso solo individuale. In tal caso vi sarebbe di nuovo sottesa un'etica del riscatto dell'individuo da una condizione, la malattia, vista ancora come colpa; non diversamente da come la riabilitazione può essere semplicemente rieducazione nel linguaggio del potere.

Si può affermare e ritenere, al di là della giusta enfasi sulla singolarità e sulla soggettività, che *recovery* è anche e soprattutto un fatto interpersonale e sociale. Proprio in quanto attiene all'individuo, si colloca nella globalità dell'esperienza di vita dentro un contesto sociale e culturale determinato.

LA QUESTIONE DEI FATTORI ESTRINSECI AL SOGGETTO

Emerge subito la questione della rilevanza di fattori sociali spesso descritti dal termine epidemiologico-statistico di "determinanti" (Marmot, 2005). Ha scritto Basaglia: "la recuperabilità ha un prezzo, spesso molto alto, ed è quindi un fatto economico-sociale più che tecnico-scientifico" (BASAGLIA, 1982b, p. 76).

In questo senso egli pone la guarigione come fatto di classe: esiste un corollario personale, familiare, ambientale che consente – se la prognosi è favorevole – la guarigione e il recupero.

Ciò non avviene se i bisogni primari non sono soddisfatti: "non si può capire che cos'è la malattia finché non sono soddisfatti i bisogni primari degli uomini" (BASAGLIA, 1982c, p. 369). Anche al di fuori di una logica della mera sopravvivenza, le risorse materiali e gli strumenti per l'inclusione sono ovviamente necessari, ma non sufficienti in sé, nel percorso di autonomia e di miglioramento delle componenti più oggettive della qualità della vita (BORG et al. 2005). Il denaro, la casa, il lavoro risultano veicoli fondamentali per la *recovery*, perché rappresentano opportunità, utili alla ricostruzione di identità e contrattualità sociale. "Chi non ha non è", ricorda Basaglia. A confermare questo nesso va almeno ricordato che si è riscontrata l'associazione tra i tassi di occupazione lavorativa e quelli

di guarigione, ovvero di dimissione dalle istituzioni psichiatriche nel corso del xx secolo (WARNER, 1985).

Tuttavia, si pone immediatamente la questione della soggettivazione dei fattori sociali, di come essi si declinano nel terreno di una soggettività che si riprende; ovvero di come fattori estrinseci si pongano in relazione a fattori intrinseci, benché le teorie della recovery li dividano in modo a volte meccanicistico (JACOBSON, GREENLEY, 2001).

Nel definire come i fattori sociali risultino soggettivamente utili, occorre aggirare da un lato il costrutto probabilistico-statistico di “determinanti”, e dall’altro quello sociologico e controverso di bisogno. Il processo di recovery dovrebbe trovare delle risposte a bisogni, che però – ricorda Basaglia - sono sempre mediati dall’organizzazione sociale; la gente esprime non i propri bisogni, ma quello che ha introiettato essere il bisogno (Basaglia, 1980, p. 482). In ciò si declina tuttavia la contraddizione tra la natura individuale e costruita del bisogno e la sua dimensione politica e collettiva.

Considerando il processo di deistituzionalizzazione nel suo declinarsi in percorsi individuali, Franco Basaglia si è domandato come si potessero differenziare gli strumenti e le risorse messi a disposizione dallo smontaggio del manicomio nelle singole situazioni in cui essi si calavano. Era proprio la soggettività delle persone a donare a esse un senso di volta in volta specifico, calato nei progetti di vita, attraverso ciò che esse potevano rendere possibile in termini di opportunità e di alternative, partendo dall’esempio del sussidio economico (BASAGLIA apud GALLIO et al. 1983, p. 39). Ciò pone l’importanza del fattore soggettivo o della soggettività in sé: ossia in che modo i fattori d’aiuto vengono soggettivati o diventano fattori soggettivamente rilevanti (DAVIDSON; STRAUSS, 1992).

LA DIALETTICA TRA SALUTE E MALATTIA NEL QUOTIDIANO

In questo discorso, proprio a partire dall’accento posto sulle risorse ottenibili e accessibili, va riconosciuto che la dimensione dell’esperienza quotidiana si impone come centrale, a dispetto della scarsa attenzione ricevuta dai servizi se confrontata con quella rivolta ai comportamenti

sintomatici, come pure avviene in ambito di ricerca. Si tratta qui di riconoscere l'ambito delle questioni pratiche della vita: come la persona sperimenta le situazioni, affronta ostacoli e sfide e adatta i propri obiettivi e le proprie idee strada facendo, in modo creativo. Non diversamente da quanto accadeva e accade ancora nelle istituzioni totali nei termini descritti da Goffman (1968) sono decisive per la recovery le condizioni materiali di vita al di fuori di esse: il lavoro e il reddito, la casa, la vita sociale, la quotidianità e le sue routine, mentre va considerato il ruolo del caso e degli eventi come occasioni di cambiamento, come opportunità per nuovi interessi e significati che emergono (BORG; DAVIDSON, 2008).

Proprio nella dimensione del quotidiano va ricercata quella che è forse la contraddizione fondante del processo di recovery, e che rappresenta la sfida più alta di Franco Basaglia al pensiero e alla pratica della medicina. La “guarigione” non deve escludere la sofferenza, eliderla, ma riconoscerla come componente dell'esperienza umana, all'interno di un processo di recupero e rielaborazione.

Reciprocamente, se si guarda alla malattia, sarà la guarigione a inscrivere dentro di essa, a scavare al suo interno lo spazio della vita. Con ciò si afferma la possibilità non solo di guarire “dalla” malattia, che è insita nel discorso medico, ma anche di riprendersi “nella” malattia (DAVIDSON; ROE, 2007).

D'altro canto “una vita nonostante i sintomi” è stato uno dei grandi insegnamenti della scuola della deistituzionalizzazione. Le persone, pur all'interno della malattia o di una sancita diversità, potevano stare nella comunità, aspirare a una vita normale, avere diritto a una risposta ai bisogni primari e di relazione.

Per Basaglia, ciò che è peculiare per gli esseri umani è che la salute e la malattia sono in una continua relazione dialettica. Questi costrutti – salute e malattia – si relazionano certo all'interno di una cornice definita da una “norma”, che è esplicitamente espressa in termini di partecipazione alla vita produttiva.

In questo senso Basaglia ci riporta a quella componente costitutiva della guarigione in un'ottica sociale, che è riprendersi la propria vita:

Ciò che viene comunemente inteso come guarigione, è quindi insieme espressione dell'accettazione da parte del malato di essere defraudato ed espropriato della possibilità di vivere dialetticamente la malattia e quindi il proprio corpo come esperienza. L'ideologia e la pratica medica contribuiscono ad alimentare la frattura, ad avallare l'alienazione di sé come valore, confermandole tecnicamente come condizione principe al di là della quale c'è la salute. (BASAGLIA, 1982c, p. 377).

RECOVERY COME PARTECIPAZIONE E CITTADINANZA: IL PASSAGGIO DA BISOGNI A DIRITTI

Questa riappropriazione della salute non può avvenire davvero come fatto individuale, ma all'interno di processi e cambiamenti sociali e politici. Tutto il movimento della deistituzionalizzazione ha posto con forza la necessità di attraversare la dimensione partecipativa del processo di trasformazione. Similmente, ricostruire, capire, agire il nesso tra il Sé e la collettività, tra proprio e comune è anche uno degli aspetti più affascinanti della questione della recovery.

In questo senso la stessa dimensione partecipativa, quando si pone con evidenza, indica che la persona sta emergendo dall'isolamento, dalla rottura di significato e di linguaggio che si traduce in de-socializzazione.

La socializzazione resta per molti, che hanno sperimentato la sofferenza, in difficile e precario equilibrio con l'indipendenza e a volte con la solitudine come scelta. Che cosa significa allora recuperare una vita sociale? Si è parlato di "cittadinanza vissuta", come svelamento dell'intima natura sociale anche della recovery più personale (DE LEONARDIS, 1990; Mezzina et al. 2006).

L'integrazione sociale, intesa come adattamento alla realtà, sembra piuttosto collegata a una sorta di pedagogia del gioco sociale, in cui fondamentale è apprendere la capacità di decodificarlo e di coglierne la complessità nei suoi molteplici livelli. Va di fatto compreso in che rapporto stia la recovery con condizioni invivibili o con l'oppressione, che sono la radice dell'"uscire fuori" della follia. Guarire è spesso situato all'interno di coppie antinomiche: accettare la società in termini di valori e norme dominanti o antagonizzarla, optare per un cambiamento individuale o pretendere quello dei

microcontesti come la famiglia, favorire l'evoluzione esistenziale o contrastare il *decorso del disturbo*.

Altra questione è quale contributo possono dare i soggetti al cambiamento delle norme e delle idee dominanti proprio sulla contraddizione tra salute e malattia, per esempio spezzando il nesso disabilità (malattia) – stigma. Questo, sul versante dei soggetti sofferenti, significa un lavoro di dis-introiezione della devianza, nella fuoriuscita dal ruolo di malato.

E' stata parimenti necessaria, in una fase post-riforma, una riformulazione del tema dei bisogni e della risposta a essi, come fu posta da Basaglia, in termini di diritti di cittadinanza (DAHRENDORF, 1989). Le cornici concettuali più frequenti nei documenti-guida sul tema della recovery (LE BOUTILLIER et al. 2011) includono come sfondo proprio la promozione della cittadinanza, intesa come supporto a reintegrare le persone nella società come cittadini – ovvero diritti, inclusione, occupazione - non disgiunta però da un cambiamento dei servizi in senso globale (*whole system change*).

Per questo è importante cogliere il nesso tra le pratiche alternative di critica alla psichiatria e il nuovo protagonismo, l'empowerment, l'irrompere degli utenti dei servizi come soggetti collettivi, sulla scena delle politiche.

Anche nei documenti ufficiali (World Health Organization, 2010), viene rappresentato l'empowerment come processo sociale multidimensionale che determina cambiamenti nell'ambiente di vita dei soggetti e nelle circostanze che toccano la loro salute.

Preferiamo così parlare di recovery *ed* “emancipazione” in quanto vogliamo sottolineare l'aspetto di non-libertà che è legato alla condizione di malattia come miseria personale e sociale, alla perdita dei diritti, o alla preclusione dell'accesso alle risorse socialmente fruibili; e quindi allo sforzo che si deve compiere per “rimontare”.

Oggi tutto ciò resta confinato dentro il campo specifico della psichiatria e nella ricerca di diritti settoriali, pur rappresentando una delle diverse forme di esclusione sociale, che individui appartenenti a una “minoranza oppressa” (ROTELLI, 1992, p. 94) sperimentano ancora. Perciò la società, a partire dalla sua dimensione di comunità, va essa stessa mobilizzata e attraversata dalla trasformazione, in una strategia

che prevede un movimento bidirezionale e quindi anch'esso dialettico (DAVIDSON et al., 2010).

SERVIZI COME CATALIZZATORI DI OPPORTUNITÀ E RISORSE: DEISTITUZIONALIZZARE LA RELAZIONE TERAPEUTICA

Qualsiasi tipo di organizzazione che non tenga conto del malato nel suo libero, personale porsi nel mondo, fallirà il suo compito, perché agirà su di lui come una forza negativa anche se apparentemente tesa alla sua guarigione (BASAGLIA, 1965, p. 289).

Sorgono qui domande cruciali: se è vero che la recovery in quanto fatto personale (se non addirittura strettamente individuale per alcuni) può verificarsi al di fuori dei sistemi codificati di cura, in quale relazione sta con i contesti micro e macro sociali? Quale è il ruolo dei servizi a riguardo, se essi sono organizzati di solito attorno alla malattia?

Nel contrastare il danno prodotto dalle istituzioni e tutti gli effetti iatrogeni connessi alla sfera dell'agire "terapeutico", che cosa va chiesto ai servizi perché essi possano facilitare la recovery, la riacquisizione e il recupero di sé? Al di là di un mero ruolo tecnico, essi possono agire una sorta di mediazione, e fungere da agenzie per quella emancipazione del soggetto?

Si può parlare, in questo senso, di "deistituzionalizzazione della relazione terapeutica", collegata al recupero del potere decisionale della persona sulla sua propria vita di cui abbiamo detto. Attraverso un passaggio dal rapporto di dominio/controllo, all'assistenza e alla relazione terapeutica, non solo si è assistito al cambiamento degli equilibri di potere, ma si è anche definita una relazione possibile al posto dell'oggettivazione diagnostica che la esclude, mentre si riscopriva la globalità della persona al di là di operazioni di lettura esclusivamente tecniche (MEZZINA, 2012a). Ciò è ancora una volta corrisposto al trattare l'altro in modo paritario e tendenzialmente reciproco, "come se" fosse fino in fondo in grado di stare nelle regole della relazione, anche se spesso si demarca un limite che impedisce il compimento di questa operazione di "rottura delle regole o dei ruoli" (TOPOR, 2001).

Dall'istituzione come terreno di incontro al "fuori": la sfida del riconoscimento e del potere Basaglia ha insistito, come si è detto, sulla restituzione della parola al malato: "E' il contenuto delle esperienze che dovrebbe essere trasmesso" (Basaglia, 1980, p. 484). La potenza della narrazione della recovery è, come si è affermato, un "Io dico", dove la parola torna al soggetto che vive l'esperienza; esso la riguarda e la definisce da sé in termini differenti dalle categorizzazioni psichiatriche.

Un tema centrale della riflessione basagliana è la messa fra parentesi della malattia, un'epochè husserliana che può forse aprire una strada a quell'incontro con il soggetto sofferente che, nella fase finale di tale riflessione, diventa un accadimento fuori dalle istituzioni (BASAGLIA, 1967, p. 411)

E' solo in questo incontro diretto, senza la mediazione della malattia e della sua interpretazione, che può emergere la soggettività di chi soffre di disturbi psichici: soggettività che può affiorare solo in un rapporto che, uscito finalmente dalle categorie oggettivanti della psichiatria positivista il cui risultato più concreto è stato il manicomio, riesca a non rinchiudere in una ulteriore oggettivazione l'esperienza abnorme, conservandola legata e strettamente connessa alla storia individuale e sociale" (BASAGLIA, 1980, p. 472).

Qui torna anche per noi la domanda, quasi ossessiva, se quell'incontro che Basaglia auspicava sin dai suoi primi scritti sia davvero reso possibile nella deistituzionalizzazione, o se resti solo idealizzato come egli temeva: "Per poter affrontare la malattia dovremmo poterla affrontare fuori dalle istituzioni, non solo dall'istituzione psichiatrica ma da ogni altra, la cui funzione è etichettare, codificare e fissare. Ma esiste un 'fuori' sul quale si possa agire prima che le istituzioni ci distruggano? La faccia della malattia che conosciamo è sempre 'istituzionale'" (BASAGLIA, 1982a, p. 516).

Come pre-condizione ci si dovrà chiedere: "Chi presta l'ascolto, qual è la sua posizione di potere rispetto a chi parla e in quale misura questo potere determina il senso della parola?" (ONGARO BASAGLIA, BASAGLIA, 1979, p. 433). E' necessario un riconoscimento reciproco con qualcuno che si mette in gioco e che mette a disposizione il suo potere. Per Basaglia tale reciprocità implica il fatto che il terapeuta sia messo in discussione dal malato, come il malato dal terapeuta, in modo tale che

ognuno si renda riconoscibile all'altro: "La terapia ha senso quando c'è reciprocità tra il malato e il medico" (BASAGLIA, 2000, p. 41).

Anche nell'invenzione di nuove istituzioni e di nuove situazioni, non è possibile eludere la contraddizione tra soggettività sofferente e istituzione solo negando quest'ultima o trasformandola, e persino reinventandola (ROTELLI, 1993).

Va pensato un servizio in cui si crei un'interazione complessa che mescola la sofferenza, o la stessa malattia, con la vita, attraverso situazioni e contesti d'esperienza, di cui possono essere esempi i servizi aperti sulle ventiquattro ore, nella misura in cui un Centro di Salute Mentale propone, come una persona acutamente lo ha definito, un "ambiente destrutturato orientato alla guarigione", o un habitat sociale (Rotelli); ma anche laboratori artistici, cooperative e tutti gli spazi transizionali verso un campo sociale più ampio – un "fuori". Vi è quindi il richiamo alla necessità di agire e di trasformare cose, spazi, luoghi oltre che relazioni. "La forza decisiva dei rapporti interpersonali è sensata e operante solo dentro la modifica del reale che non può vivere di soli rapporti interpersonali ma abbisogna di lavoro, attività, materie, modificazione concreta della cultura o della natura" (ROTELLI, 1993, p. 109) .

Ci pare insomma fondamentale che questo processo di ridefinizione della domanda di cura, di decodifica e quindi di deistituzionalizzazione della malattia stessa (Rotelli, 1990, p. 73), avvenga attraverso l'esperienza e nelle condizioni che la realtà stessa le pone. All'interno di esse la persona può compiere un suo percorso, se il servizio è capace di giocarvi necessariamente delle quote di rischio in positivo, sulla persona in toto, sulle sue capacità, sulla sua salute nell'interfaccia dialettica con la malattia.

CHE COSA CI POSSONO DIRE ANCORA GUARIGIONE E RECOVERY.

Controllo ed esclusione sociale condizionano ancora quel campo dove sia il processo di cura che quello di guarigione si muovono. Se l'esclusione predomina, la libertà si impone come requisito prioritario, come preconditione della recovery come piena cittadinanza, che altrimenti non si può dare. In sé la malattia è descritta come non-libertà e non-scelta, come trappola della soggettività, e allora la recovery non può non consistere

in un processo di apertura in un ventaglio di possibilità che permettano la realizzazione delle speranze di soggetti sofferenti. Come promessa, o, meglio, come diritto per tutti, anche per coloro che continuano a star male, a una diversa gestione della propria malattia.

Abbiamo forse capito, grazie alle ricerche e alle esperienze attorno al tema della recovery, che questo oggetto-malattia, oggi ancora svelato come costruito precario, cambia costantemente nel tempo, e più che un decorso è un processo, irregolare e a sbalzi, che accade in parallelo con la vita, con i suoi fatti e con le esperienze vissute, con i cambiamenti e le transizioni sociali significative. In questa visione longitudinale, irreversibile, della biografia, si pone già un concetto di storicità dell'esistente che rimanda alla recovery come auto-narrazione che per la prima volta si inverte, cioè come consapevolezza riflessiva del proprio percorso, raccolto da testimoni, che sono i pari, le persone significative, gli operatori.

Ecco perché è necessario aiutare la persona ad agire il senso come progetto di trasformazione (IMPAGNATIELLO; MEZZINA, 1992). La ricostruzione di questo flusso di senso è parte del processo attraverso cui accade la recovery, e che riesce a recuperare e reincludere anche la malattia senza "ridurla alla ragione". Ciò ci rimanda alle ultime elaborazioni teoriche di Basaglia:

La malattia e l'anormalità, come ogni altra contraddizione umana, possono essere usate come strumento di riappropriazione o di alienazione di sé; quindi come strumento di liberazione o di dominio. [...] Ciò che determina il significato di ogni azione è il valore che si riconosce all'uomo e l'uso che si vuol farne, da cui si deduce l'uso che si farà della sua salute e della sua malattia, della sua normalità e della sua anormalità. [...] Se il valore è l'uomo, la salute e la normalità non possono rappresentare la norma, dato che la condizione dell'uomo è di essere sano e insieme malato, normale e insieme anormale. (BASAGLIA, 1982c, p. 380).

In questo gioco, nella concezione della recovery/guarigione i due aspetti del "clinico" e del "personale" ci appaiono riconducibili a una ragione sistemica, che è quella rispettivamente dell'essere operatore e dell'essere paziente. Insieme essi di fatto confermano una cultura

dominante che vede separati e incomunicabili il mondo della psichiatria, ossia il mondo istituzionale, e quello sociale, ovvero il mondo delle persone e delle loro comunità, col primo che cerca di dominare, interpretare e controllare l'altro.

In realtà una visione della recovery – sulla scia di Basaglia – dovrebbe includere entrambi questi poli in un processo dialettico, di trasformazione dell'osservante e dell'osservato, dove le visioni e le proposte di entrambi, il terapeutico e la vita, ingaggiano un confronto, un corpo a corpo che li muta entrambi profondamente. Ciò nella considerazione e nella consapevolezza che la definizione di istituzione come realtà/ideologia li comprende entrambi. Pertanto non della guarigione, ma della trasformazione di questa relazione oggi ancora si tratta, come apertura di nuovi equilibri di potere e di opportunità di esistenza per i sofferenti e come condizione fondante il lavoro di cura.

Il fine ultimo della nostra azione sarà ancora, ma in modi sempre nuovi e diversi, e attraverso i cambiamenti del mondo sociale e politico che abitiamo, il tentare di liberare la soggettività dall'oggettivazione che istituzioni, intese anche come organizzazioni, micro e macrosistemi sociali comportano; o forse di trasformare questi ultimi, sperando che si modifichino le condizioni che ci impediscono di essere pienamente umani.

RIFERIMENTI

BASAGLIA, F. Esclusione, programmazione e integrazione: Appunti sulla realtà psichiatrica italiana. In: SCRITTI, I. *Dalla Psichiatria Fenomenologica all'esperienza di Gorizia*. Torino: Einaudi (1953-1968), 1982. p. 410-423.

_____. Il problema della gestione (1968). In: SCRITTI, I. *Dalla Psichiatria Fenomenologica all'esperienza di Gorizia*. Torino: Einaudi, 1982a. p. 512-521.

_____. Introduzione a *Morire di Classe*: ripubbl (1969). In: SCRITTI, I. I. *Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*. Torino: Einaudi, 1982b. p. 73-79.

_____. Il concetto di salute e malattia in collaborazione con Giannichedda M.G. e Ongaro Basaglia F (1975). In: SCRITTI, I. I. *Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*. Torino: Einaudi, 1982c. p. 362-381.

- _____. Prefazione a *Il Giardino dei Gelsi*, Einaudi, Torino. Ripubbl (1979). In: SCRITTI, I. I. *Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*. Torino: Einaudi, 1982d. p. 467-472.
- _____. Conversazione: a proposito della nuova legge 180 (1980). In: SCRITTI, I. I., EINAUDI, T. *In Dove va la Psichiatria? Pareri a confronto su salute mentale e manicomi in Italia dopo la nuova legge*, a cura di Onnis L. e Lo Russo G. Milano: Feltrinelli, 1980. p. 473-485.
- BASAGLIA, F. *Conferenze Brasiliane*: a cura di Ongaro Basaglia F. e Giannichedda M.G. Milano: Raffaello Cortina, 2000.
- BASAGLIA, F.; BASAGLIA ONGARO, F. La malattia e il suo doppio (1971). In: BASAGLIA, F.; SCRITTI, I.I. *Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*: La maggioranza deviante. Torino: Einaudi, 1982. p. 155-184.
- BENTALL, R. *Reconstructing schizophrenia*. Hove, New York: Routledge, 1992.
- _____. *Madness Explained: psychosis and Human Nature*. London: Allen Lane, Penguin Books, 2003.
- BORG, M.; DAVIDSON, L. The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, v. 17, n. 2, p. 129-140, 2008.
- BORG, M. et al. What Makes a House a Home: the Role of Material Resources in Recovery from Severe Mental Illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, v. 8, n. 3, p. 243-256, September-December 2005. (Special Issue: Process and Contexts of Recovery, Part I).
- BOYLE, M. *Schizophrenia: un delirio scientifico?* Roma: Astrolabio Ubaldini, 1995.
- BRACKEN, P. et al. *Una psichiatria al di là dell'attuale paradigma*. 2013.
- BUCHANAN, R. W.; CARPENTER, W. T. Domains of Psychopathology: an Approach to the Reduction of Heterogeneity in Schizophrenia. *Journal of Nervous & Mental Disease*, v. 182, p. 193-204, 1994.
- CIOMPI, L. Is there a schizophrenia? The long term course of psychotic phenomena. *British Journal of Psychiatry*, v. 145, p. 636-640, 1984.
- COLEMAN, R. *Viaggio di guarigione dal male mentale*: a cura di Longden E. Roma: Associazione Felicità sostenibile, 2011.
- DAHRENDORF, R. *Il conflitto sociale nella modernità*. Saggio sulla politica della libertà. Bari: Laterza, 1989.
- DAVIDSON, L.; STRAUSS, J. S. Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, v. 65, n. 2, p. 131-45, 1992.
- DAVIDSON, L.; ROE, D. Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plugging recovery. *Journal of Mental Health*, v. 16, n. 4, p. 459-470, 2007.

DAVIDSON L. et al. *The Roots of the Recovery Movement in Psychiatry: lessons Learned*. Chichester: Wiley, 2010.

DAVIDSON, L. et al. A Life in the Community: Italian Mental Health Reform and Recovery. *Journal of Mental Health*, v. 19, n.5, p. 436-43, oct. 2010.

DE LEONARDIS, O. *Il terzo escluso: le istituzioni come vincoli e risorse*. Milano: Feltrinelli, 1990.

GALLIO, G. et al. *La libertà è terapeutica: l'esperienza psichiatrica di Trieste*. Milano: Feltrinelli, 1983.

GEEKIE, J.; READ, J. *Making sense of madness: contesting the meaning of schizophrenia*. Hove, New York: Routledge, 2009.

GOFFMAN, E. *Asylums: Le istituzioni totali, la condizione sociale dei malati di mente e di altri internati*. Torino: Einaudi, 1968.

HARDING, C. M.; ZUBIN, J.; STRAUSS, J. S. Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact? *Hospital & Community Psychiatry*, v. 38, n. 5, p. 477-486, 1987.

IMPAGNATIELLO M.; MEZZINA, R. Deistituzionalizzazione della crisi: agire il senso. In: Salute Mentale: pragmatica e complessità, AA.VV., a cura di Mezzina R., Debernardi A. e Norcio B. Regione Friuli Venezia Giulia, DSM, U.S.L. n.1 Triestina: *Centro studi e ricerche regionale salute mentale*, v. 2, p. 729-739, 1992.

JACOBSON, N.; GREENLEY, D. What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, v. 52, p. 482-485, 2001.

LE BOUTILLIER, C. et al. What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services*, v. 62, n. 12, p. 1470-1476, 2011.

MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*, v. 365, p. 1099-104, 2005.

MEZZINA R. et al. From Participation to Citizenship: how to Regain a Role, a Status, and a Life in the Process of Recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, v. 9, n. 1, p. 39-61, January-April 2006. (Special Issue: Process and Contexts of Recovery, Part II).

_____. The Social Nature of Recovery: discussion and Implications for Practice. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, v. 9, n. 1, p. 63-80, January-April, 2006. (Special Issue: Process and Contexts of Recovery, Part II).

MEZZINA R. Il cambio paradigmatico tra sistemi globali e soggetti: in *Quarant'anni di Fogli d'informazione, psichiatria, psicoterapia, istituzioni*, a cura di Paolo Tranchina e Maria Pia Teodori. Firenze: Ed. Periferie al Centro ONLUS, 2012. p. 231-237.

MEZZINA R.; DELL'ACQUA, G.; IMPAGNATIELLO, M. *La soggettività e l'intervento: il senso della crisi all'intersezione col servizio*, in *Crisi e sistemi sanitari, una ricerca italiana*, a cura di R. Mezzina. Trieste: Asterios, 2005. p. 191-215.

- MEZZINA R. et al. Networking Consumers Participation in a Community Mental Health Service: mutual Support Groups, Citizenship, Coping Strategies. *The International Journal of Social Psychiatry*, v.38, n. 1, p. 68-73, 1992.
- ONGARO BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F. Follia/Delirio. In: ENCICLOPEDIA EINUADI. Torino, Merano: Alfabeta Verlag, Einaudi, 2012. V. 4, p. 119-147.
- PRIEBE, S.; BURNS, T.; CRAIG, T. K. J. The future of academic psychiatry may be social. *British Journal of Psychiatry*, v. 202, p. 319-320, 2013.
- READ, J.; MOSHER, L. R.; BENTALL, R. P. *Models of Madness*. Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia. Rotledge, Hive, New York: Psychology Press, 2004.
- ROMME, M.; ESCHER, S. Accettare le voci. *Le allucinazioni uditive: capirle e conviverci*. Milano: Giuffrè, 1997.
- ROSE, N. *La politica della vita*. Torino: Einaudi, 2008.
- ROTELLI, F. Modelli scientifici e complessità. Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma. Trieste: Asterios, 1990. p. 70-73.
- _____. *Otto più otto principi*. Per una strategia di psichiatria comunitaria, collettiva, territoriale (versus salute mentale). In Per la normalità. Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma. Trieste: Asterios, 1992. p. 94-101.
- _____. *Ri-abilitare la ri-abilitazione*. Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma. Trieste: Asterios, 1993. p. 104-113.
- SARTORIUS, N.; JABLENSKY, A.; SHAPIRO, R. Two-year follow-up of the patients included in the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Psychological Medicine*, v. 7, n. 3, p. 529-541, 1977.
- SLADE M. *Teoria e pratica della guarigione personale: Il pensiero scientifico*. Roma, 2011.
- TOPOR, A. *Managing the Contradictions: Recovery from Severe Mental Disorders*, Stockholm University, Department of Social Work, Stockholm, 2001.
- UNGER, R. *Moving Beyond Clinical Recovery and Personal Recovery: Reclaiming the Possibility of Full Recovery*, 2010. Disponível em: <<http://recoveryfromschizophrenia.org/2010>>. Acesso em: 4 jul. 2013.
- WARNER, R. *Schizofrenia e guarigione*. Psichiatria ed economia politica. Milano: Feltrinelli, 1985.
- WHITAKER, R. *Indagine su un'epidemia*. Lo straordinario aumento delle disabilità psichiatriche nell'epoca del boom degli psicofarmaci. Roma: Giovanni Fioriti, 2013.
- WHO. *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1973. (Volume I).
- _____. *Schizophrenia An International Follow-up Study*. Chichester, UK: John Wiley, 1979.

_____. *User empowerment in mental health*: a statement by the WHO Regional Office for Europe. With the support of the European Commission Health and Consumers Directorate-General, 2010.

WING, J. K. Institutionalism in Mental Hospitals. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, v. 1, n. 1, p. 38–51, 1962.