



Francesca Salis, professoressa associata di pedagogia e didattica speciale presso l'Università di Macerata, è da molti anni impegnata nei corsi di specializzazione per il sostegno presso gli Atenei di Cagliari, Urbino, Roma Europea e Macerata. Tra i suoi interessi di ricerca in relazione alla Pedagogia speciale e alle dinamiche inclusive, vi sono gli ambiti dell'approccio narrativo, del deficit cognitivo, del neurosviluppo, dell'alto potenziale cognitivo e dell'alta sensibilità. Autrice di numerose pubblicazioni tra monografie, articoli e saggi a livello nazionale e internazionale, si evidenziano tra i suoi ultimi lavori le monografie: *Raccontare per includere. Storie che cambiano la storia* (2023), *L'agire pedagogico nella presa in carico globale della persona con disabilità* (2024) entrambi editi da Anicia, Roma.

Moira Sannipoli, professoressa associata in Didattica e Pedagogia speciale presso il Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione dell'Università di Perugia. È docente di Pedagogia della diversità e delle differenze e di Pedagogia speciale nell'infanzia; è direttrice del Corso di specializzazione per le attività di sostegno presso l'Ateneo perugino. È socia ordinario della Società Italiana di Pedagogia, della Società Italiana di Pedagogia Speciale e del Centro Italiano di Ricerca Pedagogica. Ha vinto il premio nazionale SIPED 2017 (Sezione Ricercatori) e il premio nazionale "Inclusione 3.0" nel 2019. È autrice di numerose pubblicazioni e responsabile di progetti di ricerca relative ai temi dell'infanzia, della disabilità, dell'inclusione e delle povertà educativi.

La Pedagogia speciale negli ultimi anni si è confrontata con numerose ricerche e paradigmi che hanno interrogato il suo statuto epistemologico. Il testo, in questa direzione, attraversa numerosi nuclei tematici che assumono la condizione umana come elemento complesso caratterizzato da molteplici sfaccettature dell'esistere. I contributi dei diversi autori sono intesi come armonie di un unico spartito che cercano attraverso un dialogo, nutrito da differenti linguaggi, di comprendere e valorizzare l'incontro come possibilità e orizzonte di senso. Il volume rifugge ogni ansia di sistematizzazione e si sviluppa nella forma di pensiero seminale che interroga alcune parole e chiede loro di aprire nuove punteggiature. Ripensare alcuni costrutti essenziali e lavorare con e su questi è il principio di metodo di questo lavoro: le parole rinnovate della Pedagogia speciale diventano ancora esistenziali, mediatori capaci di abbracciare l'umano nelle sue differenti forme, riconoscerne il senso, socializzarne i differenti significati possibili in un orizzonte che apre con curiosità e meraviglia alla convivenza e al meticciamiento delle differenze.

Il testo si propone di regalare oasi di pensiero a tutti i professionisti e le professioniste del mondo educativo e scolastico che quotidianamente cercano di occasionare con intenzionalità e riverenza contesti autenticamente inclusivi.

4

Salis | Sannipoli

Interazioni dialogiche

Buone Idee Studi e Ricerche in Pedagogia e Didattica Speciale

Francesca Salis, Moira Sannipoli
[a cura di]

inTERAZIONI DIALOGICHE

Parole rinnovate *per* la Pedagogia speciale



Studi e Ricerche in Pedagogia e Didattica Speciale

Collana diretta da
Gianluca Amatori | Silvia Maggiolini

La riflessione attorno ai nodi dell'inclusione ha oggi senza dubbio conosciuto un ampliamento nelle prospettive di interesse e di studio, ma anche di applicazione a contesti divenuti sempre più articolati e complessi. Pare doveroso ed opportuno tuttavia continuare a garantire spazi di analisi delle problematiche (tra vecchi e nuovi bisogni, tra criticità emergenti e sfide provenienti da nuovi scenari educativi) inerenti alle condizioni di fragilità derivanti da situazioni specifiche (come la disabilità) o dai contorni più sfumati (come il disagio e la povertà educativa).

I dati relativi ai due ambiti sopra citati rendono evidente la necessità e l'urgenza di promuovere e documentare processi riflessivi e pratiche di intervento finalizzati alla realizzazione di un Progetto di vita per persone in condizione di vulnerabilità.

Ma chi sono coloro che rendono possibile e sostenibile il conseguimento degli obiettivi sopra richiamati?

La collana editoriale si propone di valorizzare la voce dei molti attori coinvolti, a diverso titolo, ruolo e livello di partecipazione, nei contesti inclusivi, formali ed informali, di natura educativa, sociale e culturale.

€ 25,00
iva assoltaPensa
MULTIMEDIAPensa
MULTIMEDIA



Buone Idee

Studi e Ricerche in Pedagogia e Didattica Speciale

Collana diretta da Gianluca Amatori e Silvia Maggiolini

Comitato Scientifico:

Simone Aparecida Capellini
Universidade de São Paulo
Serenella Besio
Università degli Studi di Bergamo
Nicole Bianquin
Università degli Studi di Bergamo
Fabio Bocci
Università degli Studi Roma Tre
Luigi d'Alonzo
Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano
Ewa Domagała-Zyśk
John Paul II Catholic University of Lublin
Catia Giaconi
Università degli Studi di Macerata
Filippo Gomez Paloma
Università degli Studi di Macerata
Christine Grima Farrell
University of New South Wales in Sydney
Maria Helena Mesquita
Instituto Politécnico de Castelo Branco
Antonello Mura
Università degli Studi di Cagliari
Maira Sannipoli
Università degli Studi di Perugia
Maurizio Sibilio
Università degli Studi di Salerno
Tamara Zappaterra
Università degli Studi di Ferrara
Antioco Luigi Zurru
Università degli Studi di Cagliari
Elena Zanfroni
Università Cattolica del Sacro Cuore di Piacenza

Comitato di redazione:

Cesare Fregola, Emiliano De Mutiis, Carlotta Ricci, Alessandra Marfoggia, Manuela Crescimbeni, Sara Navarro Lalanda, Paola Pavone Salafia, Milena Pomponi.

I volumi della collana saranno sottoposti a un sistema di *double blind referee*

Francesca Salis, Moira Sannipoli
[a cura di]

INTERAZIONI DIALOGICHE

Parole rinnovate per la Pedagogia speciale



ISBN volume 979-12-5568-208-0

2024 © by Pensa MultiMedia®

73100 Lecce • Via Arturo Maria Caprioli, 8 • Tel. 0832.230435

www.pensamultimedia.it



Indice

Prefazione di <i>Fabio Bocci</i>	9
Introduzione	15
Capitolo 1	
Narrazione. Dalla storia delle parole alle parole della storia di <i>Francesca Salis</i>	21
1.1 Preludio	21
1.2 Parole per attraversare i territori della diversità, del deficit, della disabilità: il potere delle parole è potere delle storie	23
1.3 La rappresentazione narrativa dell'esperienza	24
1.4 L'identità narrativa	27
1.5 Memoria autobiografica e narrazione, strumenti della definizione identitaria nella interazione sociale	33
1.6 Storie, il potere della narrazione	35
1.7 Il linguaggio, le parole. Complessità e riflessioni sul linguaggio inclusivo	39
1.8 Linguaggi dei media e percezione del mondo	44
1.9 Linguaggio inclusivo o della convivenza delle differenze	47
Capitolo 2	
La costruzione di un immaginario sulla disabilità tra cliché e rappresentazioni: una analisi storico filmografica di alcune opere audiovisive d'animazione Disney-Pixar di <i>Andrea Fiorucci e Giorgia Cazzato</i>	63
2.1 Preludio. Ti piacciono ancora?	63
2.2 Percezione del mondo tra animazione e realtà: come l'immaginario comunica con il reale	65
2.3 Evoluzione della narrazione della disabilità nella produzione Disney-Pixar	69
2.4 Le opere audiovisive d'animazione Disney-Pixar di I generazione	72
2.5 Le opere audiovisive d'animazione Disney-Pixar di II generazione	86
2.6 Quando la diversità diventa normalità: "Luca"	92
2.7 Gli audiovisivi d'animazione possono fare la differenza	95

Capitolo 3	
De/costruzione. La pedagogia del ‘relativo’ e del ‘dipende’ per rinnovate cornici di senso	105
di <i>Marianna Piccioli</i>	
3.1 Preludio: farsi ispirare dall’impossibile	105
3.2 Il senso delle cornici	108
3.3 La de-costruzione consapevole dell’incorniciare	110
3.4 La pedagogia del ‘relativo’ e del ‘dipende’	111
3.5 Considerazioni relative	115
Capitolo 4	
Partecipazione. Un principio per la realizzazione di un presente e di un futuro inclusivi	119
di <i>Mabel Giraldo</i>	
4.1 Preludio	120
4.2 Come principio: uno, nessuno, centomila	123
4.3 Come agente di cambiamento culturale, politico e sociale	129
4.4 Come mezzo e come fine per sostanziare la vita delle persone con disabilità	134
4.5 Come orientamento metodologico per colmare il divario tra teoria e pratica	137
4.6 Conclusioni	147
Capitolo 5	
La diagnosi in salute mentale: tra significato medico, pratiche di inclusione e ricerca di senso	155
di <i>Francesca Brencio</i>	
5.1 Preludio	155
5.2 Cenni introduttivi	158
5.3 Per una critica della diagnosi: metafisica, metodologica e linguistica	159
5.4 Oltre il costrutto diagnostico. Per una pratica della cura e dell’inclusione	164

Capitolo 6	
Disabilità, adultità e felicità.	
Verso un'autodeterminazione possibile	169
di <i>Annamaria Riccioni, Veronica Punzo,</i>	
<i>Giovanna Francesca Defilippis</i>	
6.1 Preludio	170
6.2 Premessa	170
6.3 Traiettorie per una vita adulta autentica	173
6.4 Autodeterminazione: rappresentazioni e prospettive pedagogiche	181
6.5 Felicità: "la strada migliore"	188
Capitolo 7	
Speciale: prospettive e relazioni del sottosopra	201
di <i>Maira Sannipoli</i>	
7.1 Preludio	201
7.2 Breve introduzione	202
7.3 Un sapere "speciale": in che senso?	203
7.4 "Tu sì che sei speciale": chi non lo è?	209
7.5 "Sei un essere speciale e io avrò cura di te": per davvero?	218
Capitolo 8	
Resilienza. La donazione come esercizio di cura nel giovane adulto	229
di <i>Francesca Baccassino</i>	
8.1 Preludio	229
8.2 Cura educativa e inclusione sociale	230
8.3 Motivazioni e obiettivi del progetto	232
8.4 Risultati: l'identikit del donatore di sangue	235
8.5 Conclusioni	246
Postfazione	251
di <i>Stefania Pinnelli e Francesca Baccassino</i>	
Le autrici e gli autori	255

5.

La diagnosi in salute mentale: tra significato medico, pratiche di inclusione e ricerca di senso

Francesca Brencio



Vincent Van Gogh, Notte stellata, Olio su tela, 1889, Museum of Modern Art, New York

5.1 Preludio

La *Notte stellata* venne dipinta da van Gogh durante gli anni del ricovero nella clinica per alienati mentali di Saint-Rémy-de-Provence, presumibilmente tra il 23 maggio e il 19 giugno 1889. Nella lettera al fratello Theo del 2 Giugno 1889 scrive: “Questa mattina dalla mia finestra ho guardato a lungo la cam-

pagna prima del sorgere del sole, e non c'era che la stella del mattino, che sembrava molto grande. Daubigny e Rousseau hanno già fatto questo, esprimendo tutta l'intimità, tutta la pace e la maestà e in più aggiungendovi un sentimento così accorato, così personale. Non mi dispiacciono queste emozioni” (p. 376, *Lettere a Theo*, Guada edizioni).

Nel corso del suo internamento, Vincent van Gogh ricevette circa 30 diagnosi psichiatriche: dalla schizofrenia, al disturbo bipolare, dalla sifilide all'epilessia fino all'avvelenamento da ingestione di vernici al piombo. Sicuramente alcuni fattori hanno svolto il ruolo di aggravanti, come la malnutrizione (“la mia salute non è completamente o cronicamente sconvolta; questo stato di cose non è dovuto a eccessi, ma al periodo troppo lungo trascorso senza cibo sostanzioso o sufficiente”, scrive a Theo sul finire di Luglio 1883, p. 219 dalle *Lettere a Theo*, ed. Guanda), l'insonnia e il consumo di alcool e di assenzio. Gli esordi della malattia, manifestati negli anni di Parigi (1886-1888), lo fanno percepire agli occhi del fratello come una personalità scissa. In una lettera alla loro sorella, Theo scrive: “Sembra come se in lui ci siano due persone: una, meravigliosamente talentuosa, gentile, raffinata, un'altra egoista e dal cuore di pietra. Si manifestano a turno al punto che uno lo ascolta parlare prima in un modo e poi in altro, e sempre con argomentazioni da ambo i lati. È un peccato che sia il suo stesso nemico, rende la vita complicata a se stesso, non solo agli altri” (in Hulsker J, *The Complete van Gogh*. New York, Harrison House/Harry N Abrams, 1977). Nell'autunno del 1888, trasferitosi da Gauguin, dopo il tragico incidente che lo vede colpevole di aver sfregiato l'amico, van Gogh viene trovato in uno stato di psicosi acuta accompagnato da agitazione, allucinazioni e deliri, una condizione per la quale si resero necessari 3 giorni di isolamento forzato nell'ospedale. Non aveva memoria né dell'attacco contro Gauguin né della sua automutilazione.

La *Notte stellata* è uno dei dipinti più misteriosi di van Gogh: non rappresenta semplicemente un paesaggio, quanto lo sguardo su di esso, attraverso la plasticità di un animo che,

per citare Anais Nin, non vede le cose per come sono, ma per come esso è. Nonostante i progressi fatti nella clinica di Saint-Rémy-de-Provence, e prima di dipingere *La notte stellata*, van Gogh non trova un senso al suo miglioramento: “Mio caro Theo, solo due righe per dirti che la salute e il lavoro vanno così così. Il che mi sembra già stupefacente se confronto il mio stato di oggi con quello di un mese fa. Anche prima sapevo che ci si poteva rompere braccia e gambe e che dopo si poteva guarire, ma ignoravo che ci si potesse rompere la testa cerebaramente e che se ne potesse pure guarire. Certamente mi resta un certo senso di «*a che scopo guarire*», pur nello stupore causatomi dal mio miglioramento in corso, sul quale non contavo ormai più” (lettera del 28 Gennaio 1889, p. 358).

Il senso della propria esperienza artistica sembra soverchiare quello della salute. Come scrive Jaspers, “Viviamo in un’epoca di imitazioni e di artifici, in cui ogni spiritualità si converte in affarismo e ufficialità, in cui tutto viene fatto in vista di un rendimento, in cui la vita è una mascherata, un cui l’uomo non perde mai di vista ciò che è, in cui la semplicità stessa è voluta e l’ebbrezza dionisiaca fittizia come l’arte che la esprime, arte di cui l’artista è troppo consapevole, e compiaciuto di esserlo. In una simile epoca, la follia è forse la condizione di ogni autenticità in campi in cui, in tempi meno incoerenti, si sarebbe stati capaci di esperienze e di espressioni autentiche anche senza di essa?” (K. Jaspers, *Genio e follia*, Rusconi, Milano, 1990, pp. 186-187) La domanda di Jaspers si iscrive nella più ampia domanda di senso che ordinariamente attraversa la vita di ciascuno e in modo più incalzante attraversa quella di chi vive un’esperienza psicopatologica. Van Gogh risponderà ad essa con la vita stessa: morirà suicida il 29 Luglio del 1890, all’età di 37 anni.

5.2 Cenni introduttivi

La diagnosi, “croce e delizia” della medicina, è il primo muro contro cui un’esistenza urta. Strumento imprescindibile per accertare una condizione psicopatologica, è tuttavia anche domanda di senso che coinvolge la persona *nel* suo progetto di vita, dal momento che a partire dalla diagnosi ne va del senso dell’esistenza tutta. Tesa tra un modello epistemologico fondato su operazionalismo e fisicalismo che caratterizza i manuali statistico-diagnostici, e troppo incline ad un certo riduzionismo cerebrocentrico, la questione della diagnosi rimane inaggirabile in ogni percorso di pedagogia speciale e delle pratiche di cura. Il dialogo interdisciplinare tra la filosofia, la psichiatria, la psicologia e la pedagogia speciale si configura come un’occasione preziosa per discutere non solo modelli diagnostici spesso dati per scontato, ma anche per non rimanere prigionieri di una psichiatria *senza psiche*, che fa del solo funzionamento disancorato da ogni ricerca di senso il vessillo delle pratiche cliniche. Volto per lo più a definire la persona e il suo progetto di vita in base al funzionamento del suo cervello, il riduzionismo ha una lunga storia alle sue spalle: Karl Jaspers, nella sua monumentale *Psicopatologia Generale*, aveva già riconosciuto il pericolo che si può annidare dietro alle cosiddette “mitologie del cervello”, e a quel dogmatismo non incline ad alcun pluralismo metodologico. Per lo psichiatra di Heidelberg era fondamentale proporre una svolta metodologica che andasse nella direzione della comprensione olistica dell’umano: l’uomo è un tutto, e la distinzione fra psiche e soma si caratterizza come “una semplice astrazione” che non facilita la comprensione bensì compromette l’esito di ciò che siamo chiamati ad osservare, comprendere e interpretare. Questa prospettiva si fondava, allora come oggi, sul peso dell’eredità kraepeliniana e della conseguente reificazione delle esperienze psicopatologiche, svalutando il ruolo che la dimensione intersoggettiva ha per lo sviluppo della persona e della sua salute.

Se provassimo a tradurre questa lezione della psichiatria ad

orientamento fenomenologico nel campo della pedagogia speciale potremmo dire che la storia della persona con disabilità non è mai la somma dei dati diagnostici presenti nelle varie cartelle cliniche affidate al professionista di turno, ma è molto di più: in primo luogo, è *la storia della vita* della persona, che non si esaurisce mai e solo nella storia della propria disabilità seppur essa sia condizionante. In secondo luogo, è la storia narrata non da dati e referti, ma da strumenti espressivi o comunicativi che attingono ad una *pluralità di linguaggi*. In terzo luogo, è la storia dei *desideri, aspirazioni e intenzionalità* progettuali (Gaspari, 2017, p. 107) che abbracciano la persona con disabilità nella sua irriducibile unicità, a dispetto delle procedure standardizzate di “addestramento” emotivo e cognitivo, latentemente (ma forse nemmeno troppo) intese come soluzioni *pret-a-porter* per “aggiustare” ciò che di “disfunzionale” o “rotto” è presente nella persona con disabilità. La diagnosi rimane così all’interno di quello sguardo medicalizzato e medicalizzante lontano da una prospettiva ecologica e sociale di cura e educazione. In tal senso, non è tanto la diagnosi educativa ad essere respinta, quanto «quelle diagnosi che adottano strumenti e forme che appartengono a saperi “altri”, coi quali gli educatori debbono necessariamente interfacciarsi, pur tuttavia mantenendo la propria identità pedagogica» (Zannini, 2018, p. 24).

5.3 Per una critica della diagnosi: metafisica, metodologica e linguistica

In una prospettiva squisitamente filosofica, la critica allo strumento diagnostico non è finalizzata a disconoscerne l’utilità e l’essenzialità nelle pratiche mediche, di cura ed educative; piuttosto, questa critica vuole essere un’occasione per riflettere sui limiti di un determinato modo di interrogarsi sui bisogni, desideri e progetti della persona che riceve una diagnosi (Brencio 2022). In altre parole, vuole essere una critica kantianamente

concepita, tesa cioè ad evidenziare i limiti strutturali della diagnosi per poterli integrare attraverso saperi altri ed ulteriori che, proprio in virtù della specifica capacità di cogliere quell'eccedenza tipica dell'esistere, riescono ad inquadrare il senso del progetto di vita in un territorio più ampio rispetto al dato strettamente clinico.

Una critica allo strumento diagnostico si configura in primo luogo come una *critica metafisica*. La medicina occidentale, ed ogni sua specialità, poggiano infatti su una metafisica di derivazione cartesiana per la quale il dualismo tra la *res extensa* e la *res cogitans* si traduce nell'annosa questione del *body-mind problem*. Questa impostazione metafisica occhieggia alla tendenza alla misurazione e quantificazione delle esperienze vissute della persona, irriducibili ad ogni tentativo di misurazione in virtù della loro specifica *qualità*. Una delle conseguenze più note del lungo dibattito consumatosi tra il finire del XVIII secolo e gli inizi del XIX sull'incommensurabilità del metodo delle scienze naturali a quello proprio delle scienze umane, e' stato di invertire a tutti i costi il paradigma della misurazione. La scienza moderna ed il metodo che le è proprio (misurazione, sperimentazione, validazione delle ipotesi, formulazione della teoria) ha modificato non solo il modo con cui noi vediamo il mondo ma anche il modo con cui vediamo *noi stessi* come esseri umani, un agglomerato di due sostanze (una spirituale ed una corporea), delle quali quella fisica è costituita da parti che vanno cambiate, riparate o aggiustate. Un caso paradigmatico e' costituito dal fatto che, per lungo tempo (e ancora oggi in alcuni contesti) le questioni legate alla salute mentale venivano viste come un peso o una "malattia" di cui liberarsi il più velocemente possibile. Nel corso dell'ultimo secolo, la farmacologia ha raggiunto con stupefacenti risultati questo scopo, fornendo speranze concrete per una "rapida riparazione" dell'umano, senza tuttavia in molti casi tenere conto che le controindicazioni del protratto utilizzo dei farmaci possono produrre patologie che rischiano di diventare croniche e condurre a qualche forma di disabilità a lungo termine (Moncrieff 2010).

Dalla fine del XVII secolo la scienza ha costruito un paradigma di verità fondato sulla misurabilità, sul calcolo, sulle proiezioni: solo ciò che può essere misurato e provato attraverso l'utilizzo di numero è effettivo e, come tale, *vero*. Per molto tempo, la comunità medica non ha questionato il prevalere di questa visione nel campo della medicina considerata come biologia applicata, perché questo era il metodo usuale attraverso cui la cura medica e le sue prassi dovevano essere svolte. Eppure, *verità ed esattezza* rimangono due concetti distinti seppur implicantesi. L'essere umano è costitutivamente differente dai risultati che provengono dall'accuratezza della misurazione e dall'essere oggettificato. Solo recentemente la critica alla metafisica che è a fondamento della moderna concezione della scienza ha assunto la forma di un dialogo interdisciplinare volto a scoprire gli innumerevoli aspetti positivi della comprensione della persona a partire dalla sua complessità ed unità, facendo della qualità delle esperienze vissute un oggetto nuovo di interrogazione (Mortari 2017).

Come si traduce nel settore della pedagogia speciale questa lezione della critica metafisica allo strumento diagnostico? Si traduce nella consapevolezza che il processo di inclusione deve necessariamente tenere conto di percorsi interdisciplinari mai conclusi e definitivi. Lungi dall'essere un demerito epistemologico, questa costitutiva apertura e assenza di apoditticità fanno della pedagogia speciale un territorio di confine in cui il paradigma diagnostico è chiamato a ripensarsi in vista dell'umano.

La critica alla diagnosi concepita nell'orizzonte dello sguardo medicalizzante della persona con disabilità può essere osservata anche sul versante della metodologia con cui si arriva alla formulazione di una diagnosi. In altre parole, la nomenclatura pesa di più rispetto all'incontro umano, alla relazione originaria fra esistenze che dovrebbe rimanere l'orizzonte principale delle pratiche di cura. La standardizzazione della diagnosi è universalmente accettata e raramente messa in discussione. L'approccio squisitamente biologista non tiene

conto della vita interiore della persona e men che mai di quello che è solitamente definito l'approccio in prima persona; piuttosto, attraverso la somministrazione di test e formulari in terza persona, si assiste non solo alla riduzione della vita interiore della persona a dati da interpretare, ma si sfilaccia anche il senso della narrazione che la persona può fare della sua esperienza della malattia e della disabilità. La persona con disabilità viene espropriata della sua storia, che non è solo la storia della sua diagnosi, bensì la storia della sua vita in cui la disabilità si inserisce come un interrogativo di difficile comprensione, accettazione e gestione. Espropriata delle proprie parole per usare quelle dei formulari, del suo proprio linguaggio per usarne un altro che non contempla metafore capaci di narrare i propri paesaggi interiori, né le atmosfere che spesso li circondano, o la frammentazione in cui il sé disloca ogni possibilità di senso al punto da non trovarne alcuno, la persona con disabilità smarrisce il senso del proprio progetto di vita.

Nel campo della salute mentale, ad esempio, che i significati delle diagnosi spesso non coincidano con il significato esistenziale è stato proprio Jaspers ad evidenziarlo quando, all'inizio della *Psicopatologia Generale* scrive: «Lo psichiatra, come clinico, ha a che fare con gli individui, con l'essere umano nella sua totalità» (Jaspers, 1997, p. 1). Per essere fedeli a questo monito, cioè prendersi cura dell'essere umano nella sua totalità e non semplicemente del suo cervello, è fondamentale insistere sulla dimensione incarnata dell'esistenza. Ciò significa che non si può meramente proporre una tassonomia diagnostica come se qualcosa accada ad un corpo-oggetto, nei termini di una condizione puramente fisiologica spiegabile interamente in fattori meccanicistici (Gallagher, 2005). In tal senso, i sintomi annoverabili nel campo della salute mentale non sono cose che accadono; piuttosto essi hanno un senso ampio, profondo, personale e culturale, ed una fluidità che non va soggetta a quel tipo di tecniche usate per catturare sintomi che sono di origine organica o biologica (Berrios, Marková, 2015, p. 57). I sintomi legati alla salute mentale non sono oggetti chiaramente definiti,

determinati al pari di mere sintomatologie corporee – come un mal di pancia, un dolore alla zona lombare o un’emicrania; piuttosto, sono una sorta di configurazione di un certo movimento della coscienza, una strana mappatura di elementi che devono essere (1) decifrati contestualmente alla storia personale della persona (Parnas and Gallagher, 2015, p. 72) per poter essere (2) definiti e (3) trattati. I sintomi inerenti alla salute mentale sono una sorta di *Gestalt*, di forma, ed ogni approccio meramente biologista ad essi risulta essere improprio dal momento che tende a perpetuare quel metodo in terza persona che non riesce a penetrare nella densità ed opacità dell’esistenza. La nozione di diagnosi nel campo della salute mentale può essere collegata a delle interferenze e disturbi nei processi neurologici, ma non è vero il contrario, cioè che i disordini mentali siano solo ed esclusivamente provocati da tali processi (Broome, 2006). Sempre nell’aspetto di una critica metodologica rientra la questione dei valori sociali condivisi e delle emozioni collettive che, nate in un determinato contesto storico, sorreggono molte diagnosi che ancora oggi si usano per definire la neurodivergenza o le disabilità (Bizzari, Brencio, 2022).

Infine, la critica alla diagnosi può essere osservata anche da una prospettiva linguistica, attraverso la quale i fenomeni del mondo della vita nella loro dimensione più fragile e problematica vengono rubricati sotto differenti lemmi della nomenclatura diagnostica, disvelando lo iato profondo fra definizioni diagnostiche ed esistenza. Il problema dei nomi delle malattie mentali, o delle condizioni neurologiche, e più in generale disabilitanti non è semplicemente un problema di parole, di linguaggio, bensì è soprattutto un problema di concetti filosofici che soggiacciono a quelle parole le quali vengono poi collezionate nelle definizioni diagnostiche (Brencio, Bauer 2019). Le descrizioni in terza persona propongono una massiccia semplificazione della persona con disabilità, rispondono ad una mentalità neopositivistica che ancora tarda a fare i conti con i propri limiti.

5.4 Oltre il costruito diagnostico. Per una pratica della cura e dell'inclusione

In quanto disciplina di frontiera (Canevaro, 2006) e di attraversamenti interdisciplinari, la pedagogia speciale si propone, tra le sue diverse finalità, anche quella di esplorare le pratiche di cura e di inclusione alla luce della loro complessità, osando una trasgressione epistemologica di propulsiva potenza che permette all'educatore di scoprirsi «in ricerca, a frequentare l'incertezza, il dubbio che sollecita la formazione di nuove ipotesi, la ricerca di nuove strade da percorrere e, quindi, anche lo spazio e il tempo necessari per l'incontro con l'altro, con l'unicità di ogni situazione, di ogni contesto» (Sannipoli, 2022, p. 56).

Quando si parla di cura, forse a causa anche di un certo abuso linguistico, nell'immaginario collettivo contemporaneo si pensa che la "cura" abbia per lo più a che fare con le prassi mediche. In tal modo, essa perde molto del suo significato filosofico per il quale invece la cura ha anche fare con l'essere. Prima ancora che azione, *cura è struttura dell'esistere*, elemento imprescindibile della vulnerabilità dell'umano e dello spazio che esso abita (Brencio, 2024). Di cura la filosofia se n'è occupata sin dal suo sorgere, sebbene un merito indiscusso nell'aver tematizzato una riflessione fenomenologica sul senso della cura spettò a Martin Heidegger: «La parola tedesca che Heidegger usa per dire cura è *Sorge*: essa indica qualcosa di diverso rispetto all'universo di significati che la parola 'cura' ha in italiano. *Sorge* in tedesco significa sollecitudine, preoccupazione, anche affanno. Questa pluralità di significati insiste sulla dimensione dell'esistenza che possiamo definire 'sporgente': l'essenza dell'esistere sta nello sporgersi verso, nell'essere inclinati (e anche accordati, a partire dal nostro essere in situazione emotiva) con il mondo nella sua totalità» (Brencio, 2022, p. 39).

Questa dimensione di sporgenza verso l'altro si incarna in una «responsabilità diretta del ben-essere dell'altro» (Mortari, Paoletti, 2021, p. 34). La relazione di cura si fa così luogo di

incontro di identità e storie (Gaspari, 2018), declinandosi necessariamente al plurale, accogliendo e riconoscendo quella diversità di linguaggi e pratiche che innervano l'essere nella sua dimensione autentica: «La cura può essere definita una fabbrica dell'essere: aver cura di certe relazioni, infatti, dà forma al nostro essere secondo quanto in esse accade; aver cura di certe idee modella il nostro pensiero secondo quanto esse coltivano; aver cura di certe persone genera uno scambio razionale che dà forma alla nostra essenza» (Mortari, 2017, p. 92). Lavorare *con* e *nelle* pratiche di cura significa dunque lavorare insieme alle persone con disabilità non per aggiustare ciò che è rotto, mal funzionante e difforme dalla norma; significa piuttosto aver cura di quell'indiscussa unicità incarnata dalla persona con disabilità. In tal senso, la trasgressione epistemologica a cui la pedagogia speciale costantemente invita è di propulsiva potenza nel doppio orizzonte del singolo e della comunità.

Ecco allora che l'inclusione si configura come processo di rottura capace di smarcarsi dalle pratiche di omologazione, consunta standardizzazione e stantia ripetizione, in chiara apertura al futuro: «Non esiste inclusione senza educazione e, soprattutto, senza la legittimazione di un linguaggio progettuale forte, coralmemente negoziato e attualizzato con l'aiuto sinergico e competente di una pluralità di *professionisti* della *cura* all'interno di contesti sempre più orientati a raggiungere un'inclusione di qualità» (Gaspari, 2021, p. 34). L'inclusione non è solo il fine della pedagogia speciale; è anche orizzonte di frattura epistemologica e sociale che permette a soggetti diversi di farsi comunità responsabile di riconoscimento dell'altro, di accoglienza e cura della dignità della persona con disabilità. L'inclusione non si ferma nella scuola, ma si estende alla comunità tutta; in questo suo moto di rottura ed apertura, l'inclusione smaschera la retorica del "luogo protetto", cioè di quel contesto in cui la persona con disabilità, bisogni educativi speciali o neurodivergenza è chiamata a stare e re-stare. L'inclusione non contempla la separazione, piuttosto si colloca in una prospettiva di s-fondamento di ogni argine: la socialità non si dà né si svi-

luppa in un'asetticità ed impersonalità dell'umano, in una sorta di terra di nessuno dove il riconoscimento si confonde con la retorica del paternalismo e della protezione. La socialità può darsi solo attraverso l'alterità: il diverso da me mi interroga, radicalmente, e contribuisce a ridisegnare quella cartografia dell'umano dove il confine non è mai barriera, segno di distanza, approssimazione mancata; piuttosto esso diventa grimaldello con cui lavorare sulle proprie strutture di pensiero, sulle proprie posture etiche, sul proprio agire.

Nella misura in cui la pedagogia speciale si fa luogo della polifonia dell'umano, non esiste alcuna nota stonata, non esiste un movimento fuori tempo, non esiste una pausa di troppo. Esistono, piuttosto, note da cui ripartire per scrivere partizioni nuove, tempi da cui riprendere per ritmare progetti di vita, pause che lanciano il respiro davanti (e non più dietro) al desiderio di una vita buona. Per saper suonare una simile partizione occorrono non solo una buona tecnica, ma anche un buon orecchio ed un senso del ritmo in continua evoluzione, maestria nei giri armonici e capacità negli arrangiamenti – un po' quello che accade nel jazz. Thelonious Sphere Monk, pianista e compositore di jazz statunitense, diceva che il jazz è libertà: probabilmente è questo quello che dovremmo ricordarci quando parliamo di pratiche di cura e di inclusione per persone con disabilità. Parliamo di libertà attraverso cui desiderare, disegnare, riconoscere e raggiungere un progetto di vita.

Riferimenti bibliografici

- Berrios G., Markova I. (2015). Toward a New Epistemology of Psychiatry. In L. Kirmayer, R. Lemelson, C. Cummings (Eds.), *Re-Visioning Psychiatry. Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience, and Global Mental Health*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Brencio F. (2024) (ed.), *Phenomenology, Neuroscience and Clinical Practice. Transdisciplinary Experiences*, Cham: Springer Nature.

- Bizzari V., Brencio F. (2022). Psychiatric diagnosis as a political and social device. Epistemological and historical insights on the role of collective emotions. *The Humanistic Psychologist*, DOI: <https://dx.doi.org/10.1037/hum0000307>
- Brencio F. (2022). From words to worlds. How metaphors and language shape mental health. In S. Wuppuluri, A. C. Grayling (eds.), *Metaphors and Analogies in Sciences and Humanities: Words and Worlds*, Springer (pp. 233-250), DOI: 10.1007/978-3-030-90688-7
- Brencio F. (2022). Martin Heidegger e il pensiero della cura. *La società degli individui*, 73, XXV, 2022/1, 35-44, DOI 10.3280/LAS2022-073004
- Brencio F., Bauer P. (2019). Words Matter. A hermeneutical-phenomenological account to mental health. *Phenomenology and Mind*, 18, 2020, 68-77, DOI: <https://doi.org/10.17454/pam-1805>
- Broome M. (2007). Taxonomy and Ontology in Psychiatry: A Survey of Recent Literature. *Philosophy, Psychiatry, Psychology*, 13(4), 303-319.
- Canevaro A. (2006). *Le logiche del confine e del sentiero. Una pedagogia dell'inclusione (per tutti, disabili inclusi)*. Trento: Erickson.
- Gallagher S. (2005). *How the body shapes the mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Gaspari P. (2021). *Cura educativa relazione d'aiuto inclusione. Le categorie fondative della Pedagogia speciale nelle professionalità educative*. Roma: Anicia.
- Gaspari P. (2018). Il ruolo della narrazione nella formazione dei professionisti della cura e dell'aiuto. In A. Mura (ed.), *Orientamento formativo e Progetto di Vita. Narrazione e itinerari didattico-educativi*. Milano: Franco Angeli.
- Gaspari P. (2017). *Per una Pedagogia speciale oltre la medicalizzazione*. Milano: Guerini.
- Jaspers K. (1997). *General Psychopathology* (7th ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Moncrieff J. (2010). Psychiatric diagnosis as a political device. *Social Theory & Health*, 8(4), 370-382.
- Mortari L. (2017). Educatori e lavoro di cura. *Pedagogia Oggi. Cultura pedagogica e professioni educative. Come formare Educatori e Pedagogisti*, 15, 2, 91-105.

- Mortari L., Paoletti I. (2021). *La cura*. Genova: Il Melangolo.
- Parnas J., Gallagher S. (2015). Phenomenology and the Interpretation of Psychopathological Experience. In L. Kirmayer, R. Lemelson, C. Cummings (Eds.), *Re-Visioning Psychiatry. Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience, and Global Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sannipoli M. (2022). Allestire contesti inclusivi a scuola tra riposizionamenti e sconfinamenti. In T. Zappaterra (ed.), *Progettare attività didattiche inclusive. Strumenti, tecnologie e ambienti formativi universali*. Milano: Guerini Scientifica.
- Zannini L. (2018). La duplice valenza “politica” della diagnosi educativa. *Pedagogika*, 22, 2, 20-25.

Finito di stampare
nel mese di OTTOBRE 2024 da



per conto di Pensa MultiMedia® • Lecce
www.pensamultimedia.it