ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DOTTORATO DI RICERCA IN

PHILOSOPHY, SCIENCE, COGNITION, AND SEMIOTICS (PSCS)

Ciclo 38

Settore Concorsuale: 11/C3 - FILOSOFIA MORALE

Settore Scientifico Disciplinare: M-FIL/03 - FILOSOFIA MORALE

CONCETTI IN MOVIMENTO: LA DIAGNOSI TRA IDENTITÀ E POLITICA NEL NEURODIVERSITY MOVEMENT

Presentata da: Giulia Bergamaschi

Coordinatore Dottorato

Luisa Lugli

Supervisore

Roberto Brigati

Co-supervisore

Anna Maria Lorusso

Esame finale anno 2026

Indice

Abstract **5**

Introduzione **6**

Capitolo primo **22**

Un sapere diviso, un sapere conteso

1. Can the *psychiatrized* speak? **25**

1.1 Il modello biomedico in psichiatria 27

1.2 Un'alternativa al modello biomedico: il modello sociale della disabilità 30

2. Forme e radici strutturali dell'ingiustizia epistemica in psichiatria **34**

2.1 Chi parla per chi non può parlare? 37

2.2 Il DSM: un luogo di scontro epistemologico e politico 38

2.3 L'incontro tra la conoscenza esperta e la competenza situata 41

3. Tra riforma, resistenza e rischi di cooptazione **45**

3.1 Dal trattamento morale alla critica sistemica 46

3.2 Dalla comunità al sapere: il *Neurodiversity Movement* 49

4. Co-costruire la conoscenza: un'impresa complessa **53**

4.1 L'influenza dal basso 54

4.2 Partecipare alla ricerca 55

4.3 La condivisione di narrazioni 56

5. Per concludere **58**

Capitolo secondo **60**

La diagnosi come dispositivo culturale

1. Autismo e diagnosi: genealogie, conflitti, ridefinizioni **62**

1.1 Fratture, mutamenti e discontinuità epistemiche 63

1.2 La controversia del DSM-5: allargare o restringere la classificazione? 65

2. Storia e forme della medicalizzazione **69**

2.1 Studi sociologici sulla medicalizzazione 71

2.2 Dal manicomio all'amministrazione dei rischi: 75

2.3 La psichiatrizzazione e i nuovi media 77

2.4 La diagnosi come racconto di sé sui social media 79

3. *Looping effect* tra senso comune e soggettività 83

3.1 Le culture diagnostiche 88

3.2 Dall'identità somatica al soggetto cerebrale 90

3.3. Dire il vero su di sé 93

4. Per concludere 98

Capitolo terzo 100

Concetti in movimento: diagnosi psichiatrica e neurodiversità

1. Cosa significa essere autistici, tra epistemologia e politica 103

1.1 Tra deficit e differenza: il modello ecologico delle funzioni mentali 108

1.2 La svolta marxista negli studi della neurodiversità 110

2. Voci dall'interno, voci dal basso: il ruolo dell'antipsichiatria 114

2.1 Un disallineamento epistemico e politico 118

2.2 Prospettive neuroaffermative in psicologia e psichiatria 120

3. Diagnosi, tra strumentalità e bisogno di riconoscimento 124

3.1 Avere o essere: prima la persona o prima l'identità? 126

3.2 La pratica dell'autodiagnosi: potenzialità e rischi 128

3.2.1 Il problema delle risorse sociali 129

3.2.2 Il problema dell'essenzialismo 131

3.3 Una nota di metodo: rifiutare l'esperto, non l'expertise 133

4. Per concludere 134

Capitolo quarto 137

Diagnosi e identità: politiche del riconoscimento e logiche di cattura

1. Psichiatria, movimenti e l'influsso delle Identity Politics **142**

1.1. Il fenotipo femminile: una vittoria femminista? 144

1.2 Il problema del fondamento: differenza, sesso, cervello 148

1.3 La questione del sapere 151

1.4 Il rischio dell'epistemologia della provenienza 153

1.5 Può il *labeling* fondersi con il *positioning*? 155

2. Il soggetto psicologico nel neoliberismo **160**

2.1 Libertà come discorso, libertà come pratica: la diagnosi come licenza 161

3. Guardando al futuro: strategie, rischi di lungo periodo e poste in gioco **165**

3.1 L'essenzialismo strategico nelle rivendicazioni psichiatriche 166

3.2 La strada della riappropriazione 169

3.3 Neurodivergenza e condizioni dell'esistenza 171

Per concludere **173**

Bibliografia

Abstract

La tesi prende come caso di studio il *Neurodiversity Movement* per indagare come la diagnosi psichiatrica operi oggi come dispositivo epistemico e politico. Il movimento rappresenta un laboratorio privilegiato per osservare la trasformazione della diagnosi da strumento medico a linguaggio di riconoscimento e appartenenza, e per interrogare le possibilità e i limiti della co-produzione di sapere tra psichiatria e soggettività psichiatrizzate. La tesi si interroga su come e a quali condizioni tale dispositivo possa essere riutilizzato politicamente senza riprodurre le stesse logiche di cattura che lo attraversano. La ricerca mostra come la diagnosi sia oggi un concetto in movimento, oggetto di una progressiva trasformazione che deve molto all'azione dal basso dei movimenti psichiatrizzati e neurodivergenti. Questo mutamento costituisce un traguardo significativo: la possibilità che i soggetti direttamente coinvolti partecipino alla produzione del sapere che li riguarda e contribuiscano a ridefinirne i linguaggi. Al tempo stesso, apre una serie di interrogativi sulle forme che tale partecipazione può assumere e sui suoi effetti di lungo periodo, in particolare sul rischio che la risignificazione della diagnosi si traduca in nuove forme di regolazione simbolica. Nel ripercorrere questa tensione, la tesi suggerisce una lettura della diagnosi come spazio instabile di negoziazione fra sapere esperto e sapere situato, fra riconoscimento e soggettivazione, dove la posta politica della neurodiversità si misura con la possibilità, sempre parziale, di trasformare i linguaggi della psichiatria in pratiche condivise di comprensione e di vita.

This dissertation takes the Neurodiversity Movement as a case study to investigate how psychiatric diagnosis operates today as an epistemic and political device. The movement serves as a privileged site for observing the transformation of diagnosis from a medical instrument into a language of recognition and belonging, and for questioning the possibilities and limits of co-producing knowledge between psychiatry and psychiatrized subjectivities. The thesis asks how, and under what conditions, such a device can be politically repurposed without reproducing the same logics of capture that traverse it. The research shows that diagnosis is today a concept in motion, undergoing a progressive transformation largely driven by the grassroots action of psychiatrized and neurodivergent movements. This shift marks a significant achievement: the possibility for those directly concerned to take part in producing the knowledge that concerns them and to contribute to redefining its languages. At the same time, it opens a series of questions about the forms this participation can take and its long-term effects, particularly the risk that the resignification of diagnosis may result in new forms of symbolic regulation. Tracing this tension, the dissertation proposes to read diagnosis as an unstable space of negotiation between expert and situated knowledges, between recognition and subjectivation, where the political stakes of neurodiversity are measured against the always partial possibility of transforming the languages of psychiatry into shared practices of understanding and of life.

Introduzione

Ma noi vogliam parlare di confini,
e siano i confini pur in ogni parola:
per nostalgia li attraverseremo
e saremo in armonia con ogni luogo.
INGEBORG BACHMANN, *Di una terra, un fiume e dei laghi*

La diagnosi psichiatrica ha da sempre costituito uno dei luoghi più significativi in cui si intrecciano sapere, potere e soggettività. È attraverso la diagnosi che il disagio mentale diventa conoscibile, classificabile e trattabile, ma è anche attraverso la diagnosi che le persone possono venir riconosciute, legittimate o escluse entro comunità e servizi. Essa non è dunque un semplice strumento clinico, ma un dispositivo epistemico e politico che ordina i confini del normale e del patologico, intervenendo sulle pratiche di veridizione e modulando le possibilità enunciative dei soggetti, ovvero i modi in cui la loro esperienza può accedere allo statuto di discorso legittimo**.** In questa ambivalenza risiede la sua forza persistente e la sua problematicità teorica: la diagnosi non si limita a descrivere, ma produce verità – costruisce i criteri di realtà attraverso cui la sofferenza mentale diventa conoscibile – proprio per questo è oggi uno dei principali terreni in cui tali criteri vengono messi in discussione, riscritti e politicizzati.

Negli ultimi decenni il *Neurodiversity Movement* ha reso particolarmente evidente questa tensione. Nato negli anni Novanta come forma di auto-organizzazione delle persone autistiche, il movimento si è progressivamente esteso fino a includere una varietà di condizioni cognitive e psichiatriche, diventando un laboratorio politico e simbolico per la ridefinizione della differenza mentale. Lì dove la psichiatria tendeva a vedere deficit e disfunzione, il movimento ha rivendicato valore, variazione e pluralità. Nel compiere tale gesto di inversione ha tuttavia mantenuto un legame stretto con la diagnosi: pur sostenendo che l'autismo (e, più recentemente, le altre forme che rientrano sotto l'ombrello della neurodiversità) non sia una patologia, ma una differenza neurobiologica, non ne ha rifiutato l'individuazione diagnostica, sottolineandone la necessità come categoria identitaria, come criterio di inclusione e punto di aggregazione collettiva, prima ancora che come accesso a un servizio terapeutico. È proprio in questa oscillazione – tra riconoscimento e cattura, emancipazione e reinscrizione nei linguaggi della psichiatria – che prende forma la questione centrale di questa ricerca.

1. Stato dell'arte e letteratura

Per delineare il quadro e seguirne le metamorfosi, la ricerca parte da una ricostruzione genealogica del sapere psichiatrico. A orientarla non è l'intento di ripercorrere in modo lineare la storia della psichiatria, ma di comprendere come essa abbia costruito, nel tempo, i propri oggetti e i propri confini di legittimità. Il pensiero di Michel Foucault costituisce, chiaramente, un punto di avvio imprescindibile: l'analisi foucaultiana consente infatti di riconoscere nella diagnosi non soltanto un atto medico, ma una configurazione epistemica attraverso cui si produce la figura stessa del soggetto psichiatrico e si delimita ciò che può essere detto sul mentale. Ho poi ritenuto appropriato, nel ricostruire il modo precipuo in cui la psichiatria operi nel mondo contemporaneo, utilizzare fonti che provengono in larga parte dalla sociologia della medicina e della salute mentale. Questa prospettiva consente di osservare la continuità tra i dispositivi clinici e le dinamiche sociali, mostrando come la psichiatria si traduca in una rete di pratiche diffuse, di linguaggi e di forme di regolazione che oltrepassano la dimensione strettamente terapeutica. Autori come Robert Castel, Nikolas Rose, Svend Brinkmann e Peter Conrad hanno, in modi differenti, descritto la psichiatria come un'infrastruttura di governo della soggettività. Castel ha messo in luce il passaggio da un modello di segregazione a una logica amministrativa della gestione dei rischi, nella quale la diagnosi assume un valore certificativo e burocratico. Rose ha mostrato come la psichiatria si innesti nei processi di soggettivazione neoliberale, invitando i soggetti a concepirsi come imprenditori di sé, responsabili della propria salute e della propria efficienza psichica. Brinkmann, con la nozione di *culture diagnostiche*, ha evidenziato come le categorie psichiatriche diventino parte del senso comune e delle grammatiche con cui le persone imparano a raccontare la propria esperienza, mentre Peter Conrad ha interpretato come una trasformazione profonda del modo in cui la vita stessa viene definita, valutata e gestita. Le ricerche più recenti parlano, a questo proposito, di *psichiatrizzazione* per indicare quel movimento diffuso e talvolta invisibile con cui la psichiatria diventa una grammatica culturale condivisa, capace di orientare il senso comune e la stessa esperienza quotidiana di sé.

L'eredità di questa genealogia si prolunga nella riflessione di Ian Hacking, che con la teoria del *looping effect* mostra come le categorie diagnostiche non si limitino a descrivere, ma plasmino i comportamenti e le identità di coloro che vi si riconoscono, in un effetto di retroazione che finisce per mutare le categorizzazioni stesse.

È su questo terreno che si innestano i contributi più recenti provenienti dai *Critical Neurodiversity Studies*, in cui il concetto di neurodivergenza diventa un campo di riflessione teorica e politica. A partire da Judy Singer e da Nick Walker, la neurodiversità viene proposta

come linguaggio di valorizzazione della differenza, capace di riformulare le categorie di normalità e di patologia. Tuttavia, come hanno notato diversi teorici e attivisti, tra cui Robert Chapman, cui ho riservato un'analisi estesa per la rilevanza del suo contributo, il paradigma neurodivergente si muove entro un equilibrio fragile: il rischio di naturalizzare la differenza, ancorandola a una base biologica, convive con la possibilità di farne una leva politica per la critica delle forme di esclusione. La sua lettura marxista dell'autismo come *collettivo seriale* illumina questa ambivalenza, mostrando come le diagnosi siano strumenti di organizzazione sociale, dispositivi che distribuiscono riconoscimento e risorse in modo differenziale.

Il dialogo con Chapman e con altri autori del dibattito contemporaneo si intreccia, nel corso di questa ricerca, con la riflessione femminista sull'identità. Nancy Fraser e Wendy Brown, in particolare, hanno mostrato come le politiche del riconoscimento, nate per affermare la differenza, possano paradossalmente irrigidirla, trasformandola in principio di cattura. Le analisi di Iris Marion Young, Sonia Kruks, Nancy Hartsock e Wendy Brown permettono invece di pensare la soggettività come posizione e relazione, piuttosto che come sostanza o autenticità. L'epistemologia situata diventa non solo un metodo, ma anche e soprattutto una postura: un modo di interrogare la psichiatria e la neurodivergenza a partire dai luoghi concreti in cui si producono, si contestano e si trasformano i saperi.

Infine, il lavoro dialoga con la letteratura più recente sulle culture digitali e sulle comunità online, dove la diagnosi si diffonde come forma di appartenenza e come linguaggio identitario. Le ricerche di Davidson, Bagatell, Van Schalkwyk e altri autori mostrano come la rete renda possibile la condivisione di esperienze e la costruzione di un sapere collettivo, ma anche come questa espansione finisca spesso per riprodurre, in forme nuove, il potere dei paradigmi clinici dominanti. È in questo intreccio tra istituzioni, media e pratiche dal basso che si ridefiniscono oggi le condizioni di visibilità e di riconoscimento della differenza psichica.

2. Definire l'oggetto dell'interrogazione

In senso operativo, la diagnosi viene definita dall'*American Psychological Association* come:

> the process of identifying and determining the nature of a disorder through the study of the symptom pattern, review of medical and other records, investigation of background factors, and, where indicated, administration of psychological tests (APA 2018).

Questa definizione descrive la diagnosi come procedimento tecnico di identificazione e classificazione fondato su criteri osservativi, documentali e testistici. Tuttavia, una tale definizione non esaurisce la portata epistemologica e pragmatica del concetto. La diagnosi non è soltanto un dispositivo conoscitivo, ma un atto interpretativo, istituzionale e simbolico, nel

quale si condensano pratiche, regimi di verità e forme di soggettivazione. Essa costituisce al tempo stesso una tecnica di classificazione e una tecnologia del sé, un campo in cui saperi scientifici e forme di senso comune si intrecciano e si legittimano reciprocamente.

Portare avanti un'analisi del concetto di diagnosi secondo gli scopi di questo lavoro ha significato muoversi tra due piani discorsivi distinti ma interdipendenti, che potremmo definire, con un certo grado di generalizzazione, il piano della scienza della disciplina e quello del senso comune, entrambi meritevoli di una considerazione approfondita e di cui cercheremo di delineare le principali articolazioni. Il primo, quello scientifico, si articola a sua volta in due dimensioni complementari: da un lato la produzione del sapere – la ricerca, la costruzione teorica, i processi di validazione – e, dall'altro, la sua applicazione, ossia l'insieme delle pratiche cliniche e formative attraverso cui tale sapere viene tradotto in intervento. Analizzare la diagnosi implica dunque interrogare anche il metadiscorso che si forma tra queste due dimensioni: i dispositivi di legittimazione, le forme di autorità epistemica, le condizioni che definiscono ciò che può essere riconosciuto come sapere diagnostico e ciò che ne resta escluso.

In psicologia e in psichiatria, questa duplice articolazione rimane attraversata da una distanza strutturale: da un lato, la rapidità con cui la ricerca ridefinisce e talvolta mette in crisi i propri paradigmi; dall'altro, i tempi più lenti della formazione professionale, vincolati da norme istituzionali e politiche sanitarie che variano nei diversi contesti. I luoghi di applicazione, pubblici o privati, rispondendo a esigenze differenti, finiscono così per adattare – talvolta per costrizione – le proprie pratiche diagnostiche alle condizioni materiali e organizzative in cui operano. A questo livello si aggiunge la dimensione della *conoscenza tacita*: quella forma di sapere che si radica nell'esperienza e nell'abitudine più che nella formulazione teorica. Come suggerisce John Dewey (Dewey 1922), la conoscenza non precede l'azione, ma la attraversa; è un'intelligenza pratica, incorporata nei gesti e nei contesti in cui si esercita, una competenza che si apprende nel fare e che, a sua volta, orienta il fare stesso. È il sapere del mestiere, che conferisce coerenza alla pratica senza transitare per la riflessione esplicita, ma che proprio per questo tende a sottrarsi all'esame critico, a perpetuare modelli impliciti e a resistere alla messa in parola. Nella pratica dei servizi, tale dimensione può tradursi in forme di paternalismo, esplicite o sottilmente incorporate nella quotidianità professionale (Lalumera 2022).

Tutta questa complessità costituisce solo il primo piano, quello dell'epistemologia e della pratica della disciplina. Il secondo piano, spesso trascurato o ridotto a semplice effetto collaterale del primo, riguarda invece il precipitato di questi saperi e di queste pratiche professionali – la loro traduzione parziale, la loro narrazione talvolta inadeguata da parte degli stessi praticanti. È un livello che non si esaurisce nel discorso, ma che si configura come metadiscorso: la trama di sedimentazioni, convenzioni e interpretazioni collettive in cui i

discorsi sulla sofferenza trovano riconoscimento. È il piano oggi sempre più influenzato dalle comunità psichiatrizzate, dall'attivismo e dalle forme di conoscenza prodotte dal basso. Chiameremo questo precipitato, difficile da isolare, fissare e studiare, *senso comune psichiatrico*. Seguendo Lorusso (2022), il senso comune svolge una funzione epistemica fondamentale, perché costituisce il terreno condiviso su cui si fondano la comprensione e la comunicazione del sapere. È ciò che rende possibile l'intelligibilità del mondo sociale, fornendo categorie, cornici interpretative e criteri di evidenza che precedono ogni riflessione critica. Non è pertanto semplice opinione diffusa, ma una forma di sapere collettivo che orienta la pratica, stabilendo ciò che in una determinata cultura può essere considerato conoscenza o verità condivisa. Il senso comune opera, quindi, come prassi enunciativa: un fondo collettivo di formule e schemi di significazione che ogni soggetto riattiva nel momento in cui prende parola. È, come scrive Lorusso, una selezione interna al già detto, quella parte del deposito discorsivo che viene rivendicata come se fosse "comune", naturale, evidente – quando invece è solo una configurazione storicamente determinata della prassi enunciativa stessa.

Applicata al campo psichiatrico, questa lettura mostra quanto il senso comune renda problematica persino la definizione di diagnosi. Essa non è solo un atto tecnico o linguistico, ma un nodo semiotico in cui si incontrano le forme stabilizzate del dire e del pensare la sofferenza. La diagnosi, nel senso comune, non si limita a designare una condizione: la rende visibile e dicibile entro griglie di comprensibilità già date, le stesse che definiscono ciò che è o non è malattia, ciò che merita o non merita cura, riconoscimento, tutela. In questo quadro, il senso comune non è semplicemente lo sfondo culturale su cui la diagnosi si inserisce, ma una forza attiva che ne modella gli effetti semantici e sociali. Parlare di depressione, di autismo o di disturbo significa riattivare porzioni di quella prassi enunciativa che ne ha costruito nel tempo i significati pubblicamente accettabili. È in tale spazio di circolazione che la diagnosi trova la sua efficacia simbolica come elemento del discorso sociale in grado di confermare o di mettere in crisi le identità. Essa abita un territorio di abitudini e disposizioni incorporate che orientano il modo in cui pensiamo e reagiamo al linguaggio diagnostico. Questi abiti, sedimentati attraverso la formazione, i media e le pratiche quotidiane, rendono la diagnosi un oggetto insieme teorico e vissuto, che non abita solo il piano delle rappresentazioni, ma struttura le nostre percezioni, i nostri giudizi, i nostri rapporti con la normalità e la devianza. Sono intrecci che, a loro volta, alimentano un senso comune in continua trasformazione, fatto di stratificazioni, riprese e spostamenti, dove la diagnosi continua a funzionare come luogo di mediazione fra norme sociali e pratiche di soggettivazione.

È necessario, quindi, distinguere con precisione tre livelli concettuali spesso confusi nel discorso psichiatrico: la classificazione, la diagnosi e il disturbo mentale.

(1) La *classificazione* costituisce l'insieme delle categorie concettuali e operative attraverso cui la psichiatria organizza la varietà delle esperienze e dei comportamenti in forme pensabili, comunicabili e trattabili. È il livello del sapere codificato, del dispositivo epistemico e normativo che definisce quali configurazioni di sofferenza possano essere nominate e riconosciute.

(2) Il *disturbo mentale* rappresenta invece la categoria teorica alla quale si riferisce la classificazione: è l'entità ipotetica che si presume stia "dietro" ai fenomeni osservabili, ciò che la diagnosi tenta di individuare o descrivere.

(3) La *diagnosi*, infine, secondo la nostra analisi, non coincide con nessuno dei due livelli precedenti: è l'atto interpretativo e situato attraverso cui un insieme di segni, sintomi, vissuti e comportamenti viene ricondotto a una categoria classificatoria. Essa è un processo che ha un inizio ma non necessariamente una fine, e che assume una forma eventuale, nel senso che accade nella vita dei soggetti e delle istituzioni: segna un prima e un dopo, apre possibilità e ne chiude altre, ridefinisce rapporti, identità e accessi.

Proprio per questo carattere evenemenziale, la diagnosi costituisce un nodo privilegiato per comprendere le trasformazioni del rapporto tra produzione del sapere, autorità e soggettivazione. Pur intrecciandosi strettamente con la classificazione e con la nozione di disturbo mentale, mantiene una propria specificità pragmatica e politica: non è solo applicazione di una categoria, ma atto performativo che produce effetti reali nei corpi, nei linguaggi e nelle istituzioni. È per questa ragione che questo lavoro sceglie di concentrarsi sul concetto di diagnosi, senza separarlo dalle tensioni che lo attraversano: la diagnosi come processo, come evento e come posta in gioco nelle rivendicazioni dei movimenti dal basso – in particolare nel caso del *Neurodiversity Movement*, dove il riconoscimento diagnostico diventa al tempo stesso soglia di appartenenza, terreno di conflitto e punto di riappropriazione politica.

3. Il caso di studio: Il Neurodiversity Movement

Il *Neurodiversity Movement* nasce alla fine degli anni Novanta come articolazione politica delle prime comunità autistiche online. A partire dal concetto di neurodiversità proposto dalla sociologa australiana Judy Singer (1998), il movimento ha elaborato una critica radicale alla medicalizzazione della differenza cognitiva, rivendicando la varietà neurologica come dimensione costitutiva della specie umana e non come deviazione patologica da correggere. In tale prospettiva, la "neurodiversità" designa la condizione generale della variabilità neurocognitiva, mentre "neurodivergenza" indica le forme specifiche di divergenza rispetto alla

norma neuronormativa. Il termine, coniato dall'attivista Kassiane Asasumasu, ha consentito di includere nel discorso soggettività eterogenee – persone autistiche, con ADHD, disabilità dell'apprendimento, epilessia e altre condizioni – favorendo l'emergere di alleanze tra esperienze differenti di marginalizzazione cognitiva e psichica.

Fin dalle origini, il movimento ha intrecciato rivendicazioni epistemiche e politiche. Da un lato, ha messo in discussione l'asimmetria epistemica esperto-paziente; dall'altro, ha promosso una nuova epistemologia partecipativa, in cui le persone neurodivergenti rivendicano un ruolo attivo nella produzione di conoscenza su di sé e sulle proprie condizioni. Il *Neurodiversity Movement* rappresenta una delle forme più avanzate di partecipazione epistemica delle soggettività psichiatrizzate, capace di agire tanto sul linguaggio quanto sulle pratiche di ricerca e di cura.

Il rapporto con gli esperti, tuttavia, si è trasformato nel tempo. Se nelle prime fasi la contrapposizione era netta – con una critica frontale alla psichiatria e ai paradigmi biomedici – oggi il dialogo si svolge su un terreno più ibrido. Molti ricercatori e professionisti della salute mentale, anche non autistici, si riconoscono nei principi del movimento e adottano metodologie *neurodiversity-informed*, fondate sulla collaborazione paritaria tra esperti e persone autistiche. Parallelamente, la stessa psichiatria, spinta da logiche di inclusione e governance neoliberale, tende ad assorbire parte del linguaggio neurodivergente, riconvertendolo in strumenti di gestione e di valorizzazione selettiva della differenza.

È in questo contesto che si profila quella che alcuni studiosi hanno definito una nuova forma di *Autism Industrial Complex*: un insieme di interessi accademici, terapeutici, tecnologici e comunicativi che si appropriano delle istanze del movimento per integrarle nel circuito della produzione di valore e di capitale simbolico. Tale processo solleva interrogativi sulla possibilità di mantenere un'autonomia critica di fronte a una crescente istituzionalizzazione del discorso sulla neurodiversità, che rischia di trasformarla da pratica emancipatoria a risorsa economico-culturale.

4. Metodo e postura di ricerca

La presente ricerca si colloca nell'ambito della filosofia della psichiatria e dell'epistemologia politica e si fonda su un lavoro concettuale orientato in senso genealogico. Il suo obiettivo è analizzare come la diagnosi psichiatrica operi come dispositivo di conoscenza, classificazione e riconoscimento, e come queste funzioni si trasformino all'interno dei movimenti che la contestano o la riutilizzano. La diagnosi viene seguita nei suoi passaggi – clinici, istituzionali, linguistici e politici – per mettere in luce le tensioni che accompagnano la sua evoluzione: quelle tra sapere ed esperienza, autorità e partecipazione, esclusione e accesso. L'approccio adottato

combina analisi concettuale e prospettiva genealogica. Il riferimento al metodo genealogico – nel solco di Michel Foucault e Robert Castel – non si propone l'ambizioso compito di una ricostruzione storica sistematica, quanto piuttosto una modalità di lettura che permette di individuare le linee di continuità e di trasformazione che ne definiscono il potere produttivo. La diagnosi emerge così come punto d'incontro tra epistemologia e amministrazione: un linguaggio che non descrive semplicemente la realtà, ma la organizza, determinando le condizioni di visibilità e di esistenza dei soggetti.

L'attenzione dedicata, nel secondo capitolo, alla circolazione digitale dei discorsi sulla neurodivergenza ha reso necessario, in alcune occasioni, il ricorso a esempi vernacolari tratti dalla rete. Tali esempi, provenienti da blog, forum e social network, non vengono impiegati come prove o dati empirici, ma come illustrazioni linguistiche e culturali che permettono di osservare in atto la negoziazione dei significati diagnostici e l'emergere di nuove forme di autodefinizione collettiva. Accanto alla genealogia, la dimensione critica della ricerca si ispira alla tradizione della filosofia sociale e politica, che interroga i concetti alla luce delle loro funzioni di riconoscimento e legittimazione. In questa prospettiva, la diagnosi non viene considerata come un errore da correggere o un dispositivo da abolire, ma come un campo di contraddizioni da comprendere: un crocevia in cui si manifestano, in forma condensata, i rapporti di potere e le possibilità di trasformazione. L'analisi si propone di assumere, per quanto possibile, la postura della critica immanente nel senso delineato da Rahel Jaeggi (2018): non un giudizio formulato dall'esterno, ma un esercizio di lettura che si sviluppa dall'interno dei concetti e delle pratiche che essi organizzano. Si tratta, idealmente, di un metodo che si struttura nel movimento stesso della riflessione, facendo emergere le tensioni che attraversano un concetto e la distanza che separa ciò che pretende di essere da ciò che, nelle sue forme d'uso, effettivamente produce.

L'uso di fonti del pensiero femminista muove dalla persuasione, in linea con il femminismo intersezionale, che il femminismo non sia un movimento che riguarda soltanto le donne, ma una forma efficace di critica dell'ordine sociale nella sua interezza. Esso consente di affinare la comprensione dell'oppressione, mostrando come i rapporti di dominio si radichino nei modi di pensare, nei linguaggi e nelle strutture del sapere. Il femminismo offre così un modello di analisi capace di rivelare le forme interiorizzate del potere e, insieme, di indicare come un sapere dissidente possa emergere dal basso, pur restando esposto al rischio di riprodurre, in forme nuove, ciò da cui cerca di liberarsi. Questa postura dovrebbe consentire di attraversare fonti eterogenee – testi psichiatrici, filosofici, sociologici e di attivisti – e di leggerle in relazione, come momenti di una stessa costellazione epistemico-politica.

5. Domanda e ipotesi di ricerca

La ricerca si interroga su come il sapere prodotto dal *Neurodiversity Movement* – attraverso pratiche di autodefinizione, narrazione e partecipazione epistemica – riconfiguri il modo in cui la diagnosi psichiatrica viene pensata, discussa e vissuta, spostandola da dispositivo medico di classificazione a luogo di negoziazione politica e identitaria, in cui si ridefiniscono i rapporti tra sapere, esperienza e potere.

Questa formulazione non riguarda soltanto le trasformazioni del sapere psichiatrico istituzionale, ma il modo in cui la conoscenza dal basso – prodotta da soggetti psichiatrizzati e neurodivergenti – agisce come forza epistemica capace di ridistribuire autorità e legittimità. Il *Neurodiversity Movement* non propone un sapere alternativo "contro" la psichiatria, ma genera un movimento interno di spostamento e di risignificazione: le categorie diagnostiche vengono rilette come strumenti di appartenenza, le esperienze soggettive assumono valore di testimonianza epistemica, e il linguaggio medico è progressivamente tradotto in una grammatica politica. L'ipotesi di ricerca è che la diagnosi, in questo processo, diventi il principale campo di tensione tra potere epistemico e possibilità di riappropriazione. Essa non agisce più soltanto come strumento di classificazione, ma come soglia di elaborazione collettiva, in cui le soggettività diagnosticabili o diagnosticatesi producono nuove forme di sapere e di legittimità. La diagnosi si trasforma così in spazio discorsivo, luogo di contesa e di co-produzione, attraverso cui i soggetti ridefiniscono ciò che può essere detto e pensato della mente, del corpo e della differenza. Tuttavia, nel compiere questa operazione, il movimento rischia di riattivare le stesse logiche di potere che vorrebbe disfare, riproducendo nella forma dell'autodeterminazione le trame epistemiche della diagnosi da cui prende le mosse. È nel tentativo di leggere queste ambivalenze – tra rottura e continuità, tra liberazione e cattura – che si inscrive il presente lavoro.

6. Struttura della tesi e obiettivi complessivi

Il lavoro si articola in quattro capitoli, che seguono un andamento genealogico e critico: dalla ricostruzione storica dei rapporti tra sapere psichiatrico e soggettività fino all'analisi delle trasformazioni concettuali e politiche che attraversano oggi la diagnosi. Ciascun capitolo costituisce un momento di un percorso orientato a comprendere come la psichiatria, la diagnosi e le soggettività neurodivergenti si co-determinino reciprocamente.

Il primo capitolo indaga la struttura epistemica della psichiatria moderna, ricostruendo le condizioni storiche che ne hanno reso possibile l'emergere come sapere separato e autoritativo. A partire da Michel Foucault, il capitolo mostra come la costituzione della psichiatria come disciplina autonoma si fondi su una divisione originaria tra chi parla e chi è parlato, tra discorso

clinico ed esperienza vissuta. In tale cornice si discutono il modello sociale della disabilità e il concetto di ingiustizia epistemica, per poi osservare come i movimenti psichiatrizzati e il *Neurodiversity Movement* tentino di rompere questa asimmetria, reclamando la possibilità di co-produrre conoscenza.

Il secondo capitolo sposta l'attenzione dal piano epistemico a quello storico-culturale. Attraverso le analisi di Foucault, Nikolas Rose, Robert Castel, Svend Brinkmann e Charles Rosenberg, la diagnosi viene letta come infrastruttura sociale e dispositivo di governo della soggettività. Emergono così le forme contemporanee della psichiatrizzazione: non più fondate sulla segregazione, ma sulla regolazione diffusa, sull'amministrazione dei rischi e sulla produzione di identità psicologiche. La diagnosi comincia così a configurarsi come un linguaggio di appartenenza, una forma di riconoscimento che consente di accedere a diritti e risorse, ma che, allo stesso tempo, codifica la sofferenza entro parametri compatibili con l'ordine sociale. Il capitolo si chiude introducendo la nozione di *looping effect* di Ian Hacking, che consente di pensare le categorie diagnostiche come oggetti mobili, trasformati dalle stesse persone che vi si riconoscono.

Il terzo capitolo approfondisce il modo in cui il *Neurodiversity Movement* ha contribuito a ridefinire il concetto di diagnosi. L'analisi intreccia la prospettiva di Ian Hacking con quella di Robert Chapman, mettendo in dialogo la teoria del *looping effect* con l'approccio ecologico-marxista e la nozione di collettivo seriale. Attraverso queste lenti, la diagnosi emerge come concetto dinamico e ambivalente: un luogo di produzione di senso, in cui si scontrano interpretazioni biomediche, esperienziali e politiche. Le sezioni dedicate all'autodiagnosi e ai linguaggi identitari mostrano come la diagnosi diventi oggi anche un mezzo di soggettivazione e di visibilità, capace di generare appartenenza ma anche nuove gerarchie. Il capitolo si conclude interrogando il rischio di una medicalizzazione volontaria, che, pur emancipatoria nelle intenzioni, rischia di riprodurre i codici del potere psichiatrico.

Il quarto capitolo affronta le implicazioni politiche di questa trasformazione, mettendo in relazione la riflessione sulla diagnosi con il dibattito sulle *identity politics* e sull'epistemologia femminista. Attraverso le voci di Sonia Kruks, Nancy Hartsock, Wendy Brown e Robert Chapman, la diagnosi viene problematizzata come fondamento epistemico e politico dell'identità. Il capitolo discute i rischi di fissazione che derivano dall'assumere la diagnosi come garanzia di autenticità o di accesso alla parola, e propone una lettura che sposta l'accento dall'identità al posizionamento, dalla ferita al desiderio, dalla definizione alla prassi. La parte conclusiva esplora la possibilità di una critica materialista della diagnosi, intesa non come abolizione del linguaggio clinico, ma come suo ripensamento alla luce dei bisogni e delle forme di vita che esso organizza.

Nel loro insieme, i quattro capitoli delineano un arco teorico che muove dalla genealogia della psichiatria alla messa in questione della diagnosi come forma di conoscenza e come dispositivo politico. L'obiettivo non è proporre una riforma della psichiatria o un modello alternativo, ma rendere leggibili le ambivalenze che attraversano la produzione del sapere psichiatrico e le pratiche di riappropriazione dal basso, mostrando come esse costituiscano il terreno stesso in cui oggi si decide il significato della diagnosi.

La tesi intende così offrire un contributo alla riflessione filosofica sulla psichiatria e sulla neurodivergenza, proponendo un lessico per pensare la diagnosi non come un semplice fatto clinico, ma come un evento complesso dal punto di vista concettuale, esperienziale e politico. In questa prospettiva, comprendere la diagnosi significa anche interrogare il modo in cui la conoscenza si istituisce, come si legittima e come può essere trasformata, e il *Neurodiversity Movement* è un osservatorio privilegiato dal quale osservare questa trasformazione: il luogo in cui si sperimenta, nel presente, la possibilità di un sapere condiviso, plurale, aperto all'invenzione di nuove forme di intelligibilità del mentale e del sociale.

L'itinerario che questa tesi ricostruisce non si limita a comprendere le dinamiche interne alla psichiatria, ma cerca di indagare come il sapere situato del *Neurodiversity Movement* interagisca con il sapere istituzionale psichiatrico, modificandone le grammatiche e, al tempo stesso, riproducendone alcune logiche. Nel momento in cui la conoscenza si apre alla partecipazione e le soggettività psichiatrizzate prendono parola, la diagnosi continua a funzionare come soglia di accesso e come lingua comune: un medium che rende possibile la comunicazione tra prospettive eterogenee, ma che conserva in sé il potere di delimitare chi può parlare e in quali termini. La ricerca assume questa tensione come punto di osservazione privilegiato, seguendo le interazioni e le frizioni tra saperi esperti e saperi situati, e interrogando le modalità attraverso cui ciascuno produce e riconosce forme di competenza. Il *Neurodiversity Movement* si configura come un laboratorio in cui tali dinamiche diventano visibili: le pratiche di autodefinizione, le narrazioni collettive e le forme di attivismo epistemico che lo attraversano riformulano il rapporto tra esperienza e autorità, tra competenza clinica e competenza vissuta. Questa impostazione dialoga costantemente con la tradizione del femminismo epistemologico e dell'epistemologia sociale femminista, che costituiscono la matrice teorica del metodo adottato. Le riflessioni di autrici come Nancy Hartsock, Donna Haraway e Sandra Harding hanno mostrato come ogni conoscenza sia situata, relazionale e attraversata da rapporti di potere; ma anche come la posizione di chi è collocato ai margini di un sistema di sapere possa costituire una fonte privilegiata di intelligibilità critica. Il femminismo non è assunto qui come parallelo tematico, quanto piuttosto come metodo di analisi: un modo di indagare la psichiatria e la diagnosi a partire dalle loro condizioni materiali e simboliche di produzione, facendo emergere

le possibilità di trasformazione che si generano nei punti di intersezione tra esperienza e istituzione.

Il confronto con la storia del pensiero e dei movimenti femministi offre così uno sfondo genealogico e concettuale per comprendere le difficoltà e le ambivalenze dei movimenti psichiatrizzati contemporanei. Come è accaduto per il femminismo, anche il *Neurodiversity Movement* deve misurarsi con l'eredità del linguaggio che lo nomina, con la tensione tra rappresentazione e autonomia, e con la necessità di costruire un sapere condiviso che non cancelli le differenze ma le renda politicamente feconde.

La diagnosi diventa quindi un prisma attraverso cui osservare le trasformazioni del rapporto tra saperi esperti e non esperti, tra comunità psichiatriche e istituzioni mediche, essendo un terreno di negoziazione tra diverse economie del sapere. Essa rende visibili le forme plurali di competenza situata che emergono quando i saperi non professionali reclamano valore conoscitivo e capacità interpretativa. Queste forme non rifiutano l'expertise, ma la riconfigurano: spostano l'asse dell'autorevolezza dal titolo alla posizione, dall'universalità alla collocazione concreta dei soggetti nel mondo sociale. Le comunità psichiatriche e neurodivergenti contemporanee si trovano così di fronte a una duplice sfida: mantenere un legame con il sapere istituzionale da cui dipendono per legittimazione e accesso comunitario, e al contempo costruire linguaggi capaci di esprimere esperienze e bisogni che quel sapere tende a tradurre o ridurre.

La tesi si colloca all'interno di questo spazio di tensione. Il suo scopo non è proporre un nuovo modello, ma rendere leggibili le zone di contatto, di dipendenza e di riformulazione che si aprono tra saperi esperti e saperi situati, mostrando come, proprio nel loro incontro, si ridisegnino oggi le condizioni della partecipazione epistemica e politica alla salute mentale.

7. Scelte lessicali e terminologiche

Prima di procedere, è opportuno chiarire alcune scelte di linguaggio adottate in questo lavoro. Il lessico attraverso cui si parla di soggettività, esperienza e istituzioni psichiatriche non è mai neutrale: implica sempre una determinata posizione epistemologica e politica. Per questo motivo, in questa ricerca si è scelto di esplicitare le preferenze terminologiche e i criteri che ne orientano l'uso.

Il termine "utilizzatori dei servizi" traduce l'espressione inglese *service users*, ampiamente impiegata nella filosofia della psichiatria. Esistono tuttavia diversi modi per riferirsi a coloro che hanno avuto esperienza con i servizi psichiatrici. Il termine "paziente" designa il soggetto dal punto di vista del sistema sanitario e ne conserva la posizione di passività all'interno del contesto terapeutico. Per questo motivo, in molti ambiti contemporanei si preferisce l'uso di

service user, che riconosce l'individuo come attore attivo e autonomo nell'accesso ai servizi. Un altro termine diffuso, soprattutto all'interno del movimento per i diritti delle persone psichiatrizzate, è "*survivor*", che sottolinea la resilienza e l'esperienza vissuta da chi ha attraversato trattamenti psichiatrici traumatici. Infine, l'espressione "psichiatrizzato" (o "psicopatologizzato"), adottata in particolare dai *mad activists*, assume una connotazione più esplicitamente politica: evidenzia come la psichiatria modifichi la soggettività e *l'agency* del soggetto, attraverso un'operazione linguistica analoga a quella che ritroviamo nei contesti di attivismo in termini come "disabilitato/disabilizzato", "razzializzato" o "genderizzato".

Nel presente lavoro, il termine "paziente" verrà impiegato esclusivamente per indicare il soggetto dal punto di vista del medico o del terapeuta, mentre l'espressione "soggetto psichiatrizzato" verrà utilizzata per riferirsi alla prospettiva di chi incontra la psichiatria nelle sue diverse forme – diagnosi, terapia, trattamento farmacologico o istituzionalizzazione.

Nel secondo capitolo, il termine "psichiatrizzazione" verrà invece usato in senso sociologico, seguendo l'accezione di *psychiatrization* proposta da autori come Timo Beeker, per descrivere i processi storici di estensione del sapere e del potere psichiatrico al di fuori dell'ospedale. Si tratta tuttavia di un uso circoscritto: nel resto del testo, si preferirà il termine ombrello "medicalizzazione", che consente di includere gli stessi fenomeni senza procurare confusione rispetto all'accezione politica usata nel resto del testo.

8. Breve nota sul mio posizionamento come autrice della ricerca

Assumere la prospettiva delle epistemologie situate significa riconoscere che la conoscenza non nasce in astratto, ma prende forma entro relazioni sociali, storiche e materiali che la rendono possibile. In questa cornice, posizionarsi non è per me un gesto autobiografico, ma presa di posizione nel dibattito: un modo, in altre parole, per rendere esplicite le condizioni parziali e incarnate della ricerca.

Come ogni piccola e grande impresa conoscitiva, la mia ricerca nasce all'interno di una costellazione di posizioni, vissuti e competenze. Parlo come filosofa, ma anche come persona laureata e abilitata all'esercizio della psicologia, che ha conosciuto da vicino, seppure per un periodo limitato, i contesti in cui si effettuano diagnosi di autismo in età adulta, in particolare nelle persone socializzate al femminile[1]. L'esistenza stessa di questi servizi specialistici è un

[1] Uso l'espressione "persone socializzate al femminile" per indicare coloro che, indipendentemente dal genere o dall'identità attuale, sono cresciute entro i modelli normativi e le aspettative sociali associate al ruolo di donna. Tale scelta lessicale risponde a una duplice esigenza: da un lato, includere le esperienze delle persone trans e non binarie, evitando di riprodurre una distinzione rigida tra "uomini" e "donne"; dall'altro, prendere le distanze dal paradigma del *fenotipo dell' autismo femminile*, che ha avuto un ruolo importante nella mia formazione ma che, come studiose e attiviste hanno osservato, rischia di reintrodurre stereotipi di genere e di rafforzare la medicalizzazione della

fenomeno relativamente recente, reso necessario dal riconoscimento di una storica sottodiagnosi femminile. Per decenni, infatti, i modelli clinici di riferimento si sono fondati su profili prevalentemente maschili, costruendo una rappresentazione dell'autismo centrata su tratti comportamentali e sociali che corrispondevano a stereotipi di genere maschili. Di conseguenza, molte persone socializzate donne autistiche sono rimaste invisibili alle griglie diagnostiche: le loro modalità di adattamento, di mimetismo e di socialità – spesso più conformi alle aspettative culturali – sono state lette come segni di "normalità" o di disturbi diversi, anziché come espressioni di una diversa configurazione neurocognitiva.

In quello stesso centro ho ricevuto, a mia volta, una diagnosi di autismo. Il mio percorso attraverso questo evento, tuttavia, si discosta da molte delle narrazioni in prima persona che hanno accompagnato la crescita del movimento per la neurodiversità. Dopo un iniziale sollievo – reazione comune tra gli adulti diagnosticati, in quanto la diagnosi fornisce un linguaggio in cui riconoscersi e un senso di coerenza biografica – è subentrato un sentimento diverso, una forma di distacco che definirei indifferenza quieta, non oppositiva.

Se dovessi condensare il mio percorso in una formula, direi che non sono "cresciuta nella mia identità di persona autistica, bensì come una persona che, a un certo punto, ha ricevuto una diagnosi di autismo". È, a tutti gli effetti, una parte della mia storia: qualcosa che orienta il mio pensiero e il mio sguardo, ma che non riconosco come un tratto identitario. Come ogni evento significativo, ha certamente contribuito a formare ciò che sono e come mi muovo nel mondo.

In filigrana, è probabile che in queste pagine si percepisca una certa diffidenza verso la psicologia e la psichiatria istituzionale e un disagio nei confronti del potere classificatorio della diagnosi. Questo sentimento ha radici nel mio percorso di formazione filosofica, negli anni in cui ho incontrato per la prima volta il pensiero di Michel Foucault e la sua critica alle forme di sapere che separano chi osserva da chi è osservato, e negli studi di Franca Ongaro e Franco Basaglia sul ruolo della politica nella salute mentale e dell'istituzione psichiatrica. Ma la psichiatria e la psicologia hanno fatto parte, in modi diversi, anche della mia vita personale, per prossimità affettive e biografiche che ne hanno reso più immediata la presenza e la navigazione della sua complessità.

Se la mia prospettiva è segnata da una tensione critica, essa è animata anche da una convinzione profonda: che i movimenti psichiatrici nati dal basso debbano avere un ruolo di primo piano nella produzione della conoscenza psichiatrica. Questa convinzione nasce

---

differenza (vedi: Isobel Moore, Gareth M. S. Morgan e Chris Howard, "Constructions of 'Female Autism' in Professional Practices: A Foucauldian Discourse Analysis," *Feminism & Psychology* 35, no. 2 [2025]: 206–227).

dall'eredità condivisa di molte traiettorie – dalle pratiche di riforma e di autogestione inaugurate dall'antipsichiatria e dal movimento degli utenti e sopravvissuti, fino alle elaborazioni più recenti del movimento per la neurodiversità – che, pur con linguaggi e strategie differenti, hanno reso pensabile la possibilità di un sapere prodotto insieme, attraverso il confronto e la negoziazione tra esperti e soggetti psichiatrizzati.

Quando formulerò riserve o dubbi rispetto a certe pratiche o strategie del movimento della neurodiversità, lo farò da questa posizione di appartenenza riflessiva, come persona psichiatrizzata che si interroga sulle forme e le possibilità di un sapere condiviso. In questo senso, considero il mio contributo una partecipazione a quella stessa impresa collettiva di trasformazione che lega, in continuità e discontinuità, i diversi movimenti che hanno cercato di ripensare la psichiatria dal basso.

Va puntualizzato, infine, che, pur non esercitando la professione psicologica, riconosco di aver preso parte al circuito di produzione e trasmissione del sapere istituzionale. La formazione psicologica, insieme a quella filosofica, continua, in parte, a modellare il mio sguardo. Cerco di monitorarne le eredità concettuali, di riconoscere le meccaniche di potere che lo attraversano e, per quanto possibile, di decostruirle. Assumere un posizionamento, per me, significa anzitutto riconoscere che l'ideale di una conoscenza neutrale e imparziale appartiene a un orizzonte astratto e, in ultima analisi, poco fecondo. Significa quindi aderire a un certo modo di intendere la pratica conoscitiva, fondata sulla consapevolezza dei propri limiti e delle proprie implicazioni, senza che ciò comporti alcuna forma di privilegio epistemico. Non penso infatti che l'identità, la provenienza o l'esperienza di psichiatrizzazione possano, da sole, costituire il fondamento o la misura di un sapere. Nessuno dovrebbe sentirsi obbligato a esporre la propria storia personale per poter prendere parola su questi temi o contribuire alla riflessione teorica e politica che li attraversa. Non ho la presunzione di poter trovare un altrove scevro dalle contaminazioni del potere da cui osservare la psichiatria o i movimenti che la contestano. Condivido la persuasione di Wendy Brown secondo cui non esiste una posizione pura o innocente da cui parlare: ogni forma di conoscenza è immersa nei rapporti di forza che la rendono possibile. Abito, come chiunque, la complessità di questi intrecci, in cui i micropoteri si subiscono e si alimentano, e intendo la riflessività come una pratica di attraversamento critico di tali relazioni.

CAPITOLO PRIMO

Un sapere diviso, un sapere conteso

> It's of me now I must speak, even if I have to do it with their language. It will be a start, a step towards silence and the end of madness: the madness of having to speak and not being able to - except of things that don't concern me, that I don't believe, that they have crammed me full of to prevent me from saying who I am, where I am, and from doing what I have to do in the only way that can put an end to it, from doing what I have to do.
>
> SAMUEL BECKETT, *The Unnamable*

È la fine degli anni Ottanta quando, nel dibattito epistemologico statunitense, si afferma la questione della "conoscenza situata", formula coniata da Donna Haraway in un articolo destinato a diventare seminale, *Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective* (Haraway 1988). In un clima attraversato dalle *science wars* tra realisti scientifici e costruttivisti sociali, Haraway mette a fuoco la dicotomia che attraversa la nascente epistemologia femminista: da un lato, la rivendicazione di una conoscenza incorporata, contestuale e inevitabilmente guidata da valori; dall'altro, la pretesa di un'oggettività intesa come assenza di prospettiva, di interessi, di corpo. Haraway riconosce in questa opposizione un falso dilemma: né il realismo scientifico si riduce a un ingenuo positivismo, né le epistemologie situate rinunciano a qualsiasi impegno con il realismo. L'intuizione è che sia possibile fare scienza a partire da prospettive parziali, senza abbandonare l'idea di dire qualcosa di vero sul mondo. Questa posizione, che si inscrive nella tradizione dell'epistemologia sociale femminista, sfida il principio classico dell'oggettività scientifica intesa (vedi: Reiss & Sprenger 2020) come assenza di prospettive particolari, valori e interessi. Sandra Harding, Haraway e altre pensatrici femministe evidenziano come la scienza rifletta gerarchie sociali e storiche, mentre autori come Kuhn e Quine, in filosofia analitica, indicano come ogni osservazione sia filtrata da presupposti teorici e linguistici. A queste decostruzioni si sono intrecciate le critiche postcoloniali di Gayatri Spivak ed Edward Said, che hanno denunciato la pretesa universalità della scienza occidentale e l'occultamento delle epistemologie subalterne. Ogni ambito disciplinare, in poche parole, è stato obbligato da quel momento a fare i conti con la scoperta della parzialità del proprio sguardo.

La psichiatria non ha fatto eccezione. Gli studi di Michel Foucault (Foucault 1961, 1963) sulla nascita della clinica e sulla storia della follia, mentre mettevano alla prova il metodo archeologico di studio dei concetti inaugurato dal filosofo francese, hanno mostrato il legame implicito tra i concetti di cura e di controllo implicati nel processo di costruzione dell'autorità medica e psichiatrica. Alcuni eventi storici come la scoperta degli abusi medici a Tuskegee e Willowbrook e di quellidegli psicologi a Guantanamo hanno mostrato il tipo di potere che queste istituzioni potevano operare se non attentamente monitorate da un punto di vista etico. La patologizzazione dell'omosessualità e le terapie di conversione hanno gettato un'ulteriore onta sulla fiducia rispetto alla capacità della psichiatria di essere in grado di "scoprire" il patologico anziché perimetrarlo per i fini di controllo sociale. Mentre gli studi femministi portano alla luce gli abusi psichiatrici compiuti in nome della cura dell'isteria (Showalter 1985), Frantz Fanon (Fanon 2020), uno dei padri del pensiero postcoloniale, si confronta con la sindrome nordafricana nell'Algeria colonizzata dai francesi, concludendo che il dolore lamentato dai braccianti non fosse sintomo di un'indolenza innata degli africani, quanto piuttosto un insieme di disturbi psicosomatici strettamente legati alle condizioni di oppressione, violenza e alienazione risultanti dalle loro condizioni di vita.

Queste ferite epistemologiche sono state foriere di una messa in discussione dei metodi e del sapere psichiatrico che è tuttora in atto. Dalle file della psichiatria stessa sono emersi gli studi di antipsichiatria e di psicologia critica, mentre dal punto di vista degli utilizzatori dei servizi, sono nati movimenti diversi, tutti uniti dall'idea che il punto di vista delle persone che la psichiatria la vivono in prima persona – sia nel senso del disagio psichico sia del trattamento – sia fondamentale per la scienza stessa. Questi movimenti adottano e promuovono, in altri termini, un'epistemologia situata, lottando per portare la propria conoscenza in prima persona nei laboratori e nei luoghi di costruzione della conoscenza psichiatrica. Nel presentare la raccolta *Autistic Community and the Neurodiversity Movement,* Ginny Russell scrive eloquentemente:

> The collection describes the biographies and rationale of key activists in their own words, thus the motto of disability rights activism "nothing about us without us" is a guiding tenet for the book. The phrase (and this volume) are rooted in the concept of standpoint epistemology. A standpoint position claims that authority over knowledge is created through direct experience of a condition or situation. Standpoint epistemology is related to the idea of lay expertise, which is discussed extensively in the sociological literature. So, the book values the experience of autistic people as a source of knowledge about their own plight (Kapp 2020, V).

L'epistemologia del punto di vista (*standpoint epistemology*), come avremo modo di approfondire nell'ultimo capitolo, denota un approccio particolare delle epistemologie situate,

che vede il punto di vista minoritario come privilegiato nel comprendere determinati aspetti del mondo, soprattutto a livello etico e politico. L'epistemologia situata ha avuto infatti diversi periodi e diversi approcci, che conciliano in modo diverso i punti di vista della scienza tradizionale con quelle emergenti.

In questo capitolo cercheremo di mostrare come la psichiatria, da un punto di vista epistemologico, si configuri oggi come un sapere profondamente *diviso*, plurale e complesso, e al tempo stesso *conteso* tra differenti teorie della conoscenza e gruppi di interesse. Le cose stanno così non solo per la complessità intrinseca alla materia di cui tratta, ma anche, ci sembra, per una dialettica irrisolta tra l'aspirazione a una scientificità compiuta e universale, e la sempre più matura consapevolezza dell'influenza socioculturale e morale che i concetti psichiatrici subiscono e, in modo cruciale, agiscono: sui soggetti, sulla società e sulle categorizzazioni stesse.

La psichiatria si trova oggi a fronteggiare una serie di spinte inedite, motivate da saperi situati e con un'agenda politica, e in tale contesto avremo modo di vedere come il *Neurodiversity Movement* sia un attore sempre più influente tra i diversi movimenti che lottano per il riconoscimento del valore della propria "prospettiva parziale". Quello che portano con sé questi movimenti non è solo una rivendicazione di servizi e diritti, ma anche la convinzione – più o meno radicale e più o meno esplicita – che la conoscenza psichiatrica per come è stata concepita fino a oggi, plasmata attraverso le convinzioni e le speranze della rivoluzione scientifica e del metodo scientifico tradizionale, non si sia mostrata adeguata alle sue promesse di cura. La speranza degli psichiatrizzati è che la loro presa di parola, il loro farsi soggetti epistemici attivi, significhi poter aspirare a una scienza psichiatrica più giusta, senza rinunciare all'idea che questa risponda a dei criteri di accuratezza. La sfida non facile, quindi, sarà quella di pensare un'epistemologia in grado di incorporare l'esperienza vissuta dalle persone coinvolte senza trasfigurarla immediatamente in prova scientifica, mantenendo i soggetti attivi nella produzione di sapere; un'epistemologia che non reifichi la patologia oscurando l'esperienza vissuta dei soggetti. In questa contesa, il concetto di diagnosi e il suo ruolo nell'epistemologia e nei servizi psichiatrici sono, come vedremo, fondamentali, pertanto sostanzialmente dibattuti, e rivestiranno con ogni probabilità un banco di prova cruciale per le psichiatrie del futuro.

1. Can the *psychiatrized* speak?

In un passo divenuto emblematico della Storia della follia nell'età classica, Michel Foucault scrive che la psichiatria nasce nel momento in cui la ragione interrompe ogni possibilità di interlocuzione con la follia, facendone l'oggetto di un sapere che parla in sua vece:

> Non c'è un linguaggio comune, o meglio non c'è più; la costituzione della follia come malattia mentale, alla fine del XVIII secolo, notifica la rottura del dialogo, pone la separazione come già acquisita, e fa sprofondare nell'oblio tutte quelle parole imperfette, senza sintassi fissa, un po' balbettanti, in cui operava lo scambio tra follia e ragione. Il linguaggio della psichiatria, che è monologo della ragione sulla follia, non potrebbe affermarsi se non su questo silenzio (Foucault 2011 [1961], 42).

Se il linguaggio della psichiatria può affermarsi solo a partire da tale silenziamento, non stupisce che una parte consistente dell'attivismo psichiatrico contemporaneo insista sulla necessità di integrare l'"esperienza vissuta" (*lived experience*) nella ricerca e nella pratica clinica, nel tentativo di produrre forme di conoscenza meno oggettivanti e più partecipate. Tuttavia, la tensione tra sapere e voce non si risolve semplicemente con la loro integrazione: essa attraversa e oltrepassa i diversi paradigmi psichiatrici, riaffiorando ogni volta che il discorso della psichiatria tenta di riformulare se stesso.

Come osserva Jasna Russo, accademica e attivista, la psichiatria resta strutturalmente intrecciata ai dispositivi di governo e di controllo sociale:

> No matter how many times it is reformed, the institution of psychiatry always remains interlocked with other regimes of governance. Upheld by the corporate pharmaceutical industry, the biomedical model of "mental illness" is one of the world's ruling ideologies. Because of this model, other responses to madness are being wiped out on an increasingly rapid and global scale (Russo 2016, 62).

L'egemonia della psichiatria nella produzione di sapere sul disagio mentale non consiste dunque soltanto nel descrivere la sofferenza psichica, ma nel determinare le condizioni stesse in cui essa può essere pensata e articolata. Tale dominio epistemico non solo limita la possibilità di sviluppare linguaggi alternativi, ma riduce anche lo spazio di una critica realmente trasformativa, consolidando la psichiatria come orizzonte interpretativo esclusivo. Come sottolinea ancora Russo:

> Regardless of our own theoretical, methodological, personal or political backgrounds, taking part in the official production of knowledge on madness and distress inevitably means entering a realm dominated by the biomedical conceptualization of "mental illness."

> The discipline of psychiatry not only maintains definitional power in terms of the identities, treatments and ideology it produces, but also forces all official knowledge-making into an ongoing dialogue with the biomedical model (Russo 2022, 3).

In altre parole, anche i tentativi di produrre saperi alternativi finiscono per misurarsi con un linguaggio e un quadro concettuale già saturi, che costringono chi vi prende parte a muoversi entro i limiti imposti dal paradigma biomedico. Per questo, diversi studiosi e attivisti, tra cui Aftab (2022), hanno sostenuto che un minimo grado di condivisione del linguaggio dominante sia necessario: rifiutare integralmente la conoscenza psichiatrica rischierebbe di interrompere la comunicazione tra coloro che la contestano e coloro che ancora vi si riconoscono, rendendo più difficile costruire forme di azione collettiva. E tuttavia, le voci pienamente dissonanti e apertamente critiche nei confronti della psichiatria restano indispensabili, non solo come contrappeso politico, ma come forza epistemica che obbliga il pensiero a interrogare i propri presupposti e a risalire ai punti ciechi del proprio linguaggio.

La tensione tra la necessità di prendere parola e il desiderio di elaborare un vocabolario emancipatorio alternativo rappresenta una delle sfide centrali per i movimenti che si oppongono all'egemonia psichiatrica. Helen Longino, nella sua analisi dei rapporti tra conoscenza dominante e saperi minoritari (Longino 2002), afferma che una critica efficace deve fondarsi su un *public standard*, un terreno concettuale condiviso che renda possibile la comunicazione tra prospettive divergenti. Secondo Longino, una critica trasformativa non può limitarsi a contrapporre un paradigma esterno a quello dominante: deve invece operare dall'interno, traducendo e al contempo dislocando i criteri epistemici della comunità scientifica. Tale condivisione, tuttavia, costituisce solo una condizione necessaria della comunicazione e non la sua garanzia: se il dialogo si limita alla compatibilità terminologica, il rischio è che le posizioni minoritarie vengano assorbite e neutralizzate, perdendo la loro forza perturbante.

In questo senso, il *Neurodiversity Movement* offre un esempio paradigmatico di equilibrio precario tra partecipazione e resistenza. Da un lato, il movimento traduce e diffonde una parte del linguaggio psichiatrico e neuroscientifico, ottenendo così riconoscimento e legittimità nei contesti istituzionali e accademici; dall'altro, questa stessa prossimità rischia di trasformarsi in un dispositivo di cattura, poiché l'adozione del lessico scientifico tende talvolta a riprodurre gli impliciti teorici che intendeva mettere in discussione, riaffermando così l'autorità epistemica della psichiatria. Un'epistemologia situata troppo incline al compromesso con le forme dominanti di sapere rischia infatti di ridursi a un gesto inclusivo meramente simbolico (*tokenization*), o addirittura a uno strumento di sfruttamento. Come osserva Danny Taggart, psicologo e attivista, l'integrazione dell'"esperienza vissuta" nella ricerca rischia di assumere una funzione strumentale, funzionale al mantenimento di un ordine già dato:

> What emerges here is that the use of experiential knowledge in mainstream contexts appears to be more focused on using "experience" as a way to enact instrumental change. The experience in this context is therefore part of a transaction between people with lived experience and the existing hierarchical structures, making any change piecemeal and inevitably coopted into an essentially undisturbed orthodoxy (Taggart 2021, 156).

Il valore della conoscenza esperienziale, osserva Taggart, non può ridursi alla possibilità di essere ascoltati o di introdurre correttivi marginali, ma deve configurarsi come un bene collettivo capace di fondare diritti e saperi autonomi, indipendenti dalle strutture di potere che storicamente ne hanno definito i confini. Solo in questa prospettiva la parola esperienziale può sottrarsi al rischio di essere assorbita dal monologo medico e tornare a costituire un linguaggio comune, in grado di pensare nuovamente il rapporto tra sapere e sofferenza.

1.1 Il modello biomedico in psichiatria

La psichiatria, come branca specializzata della medicina, rappresenta una scienza relativamente giovane e singolare all'interno del panorama scientifico. Il suo oggetto di studio – la malattia mentale – si distingue per la natura elusiva e per l'intimo legame con i valori e le norme sociali, al punto da essere stato definito in modi profondamente diversi nel corso del tempo. Come osserva Cooper, che ha studiato in modo approfondito il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), la psichiatria costituisce un caso unico: è l'unica disciplina scientifica in cui l'esistenza stessa del suo oggetto di studio rimane costantemente oggetto di controversia (2007, 11-12). Il disagio psichico si è mostrato particolarmente refrattario al metodo di studio delle scienze che chiamiamo "dure": collocandosi tra corpo vissuto e corpo biologico, tra resoconti in prima persona – talvolta alterati dallo stesso disturbo – e indicazioni dell'*expertise*, nonché nei confini labili del concetto cangiante di mente e del suo rapporto con il corpo. La storia della psichiatria è pertanto attraversata da cesure teoriche, incontri e scontri tra paradigmi diversi. Ed è anche questa convivenza di paradigmi diversi all'interno di una stessa disciplina che, secondo Cooper, segnala un'altra peculiarità della psichiatria rispetto alle altre scienze[2]. Di cosa parliamo, quindi, quando ci riferiamo al modello biomedico della psichiatria come suo modello d'elezione, e ai modelli che ne mettono in discussione i presupposti, come quello della disabilità e della neurodiversità? In modo molto schematico, troviamo tre aspetti fondamentali che connotano questo paradigma:

[2] Cooper, nel suo studio sulla psichiatria e la filosofia della scienza (2020), osserva che, poiché il criterio di demarcazione tra scienze in senso stretto e non-scienze non è sufficientemente chiaro per la psichiatria, si può adottare un approccio meno rigido. Seguendo una prospettiva wittgensteiniana, suggerisce che le diverse discipline scientifiche possano essere accomunate da una "somiglianza di famiglia", piuttosto che da un insieme di criteri definiti in modo univoco.

(1) *Riduzionismo psicopatologico*: Il modello biomedico tende a ridurre i disturbi psicologici a disfunzioni cerebrali o disordini neurochimici. C'è una tendenza a ricondurre il disagio a una causazione biologica primaria e a dare meno rilievo causale agli aspetti contestuali, socioeconomici e culturali. Questa preminenza la si può evincere anche nel numero di ricerche dedicate alla neuropsicologia, i cui fondi sono molto maggiori rispetto a quelli stanziati sui servizi e sulle ricerche sui servizi, sulla fenomenologia e sugli altri aspetti del disagio psichico[3].

(2) *Centralità epistemologica della diagnosi*: la psichiatria biomedica si basa su sistemi diagnostici standardizzati, che categorizzano i disturbi psicologici secondo criteri oggettivi e misurabili. Questo approccio privilegia una diagnosi scientifica basata su sintomi osservabili e la somministrazione di test diagnostici. Esistono diversi manuali classificatori, come il più famoso e utilizzato DSM, redatto dall'APA, o l'ICD, curato dall'OMS, e il PDM (Manuale Diagnostico Psicodinamico), come esistono correnti di pensiero diverse rispetto all'utilità e al senso della diagnosi. Tuttavia, la diagnosi è uno strumento centrale della psichiatria: è la base legale sui cui vengono comminati i trattamenti sanitari obbligatori, l'obiettivo delle perizie psichiatriche forensi, ed è inoltre necessaria per accedere a servizi sia terapeutici che educativi e di Welfare.

(3) *Trattamento farmacologico e intervento biologico*: Il modello biomedico enfatizza l'uso di farmaci psicoattivi (antidepressivi, antipsicotici, ansiolitici) come principali strumenti terapeutici, trattando i disturbi mentali alla stregua delle affezioni mediche. Le terapie non farmacologiche, come la psicoterapia, sono spesso viste come complementari o secondarie rispetto a queste tipologie di trattamenti, per cui le case farmaceutiche stanziano ogni anno molti fondi per la ricerca.

Al netto di queste indicazioni, definire rigidamente un campo complesso come quello psichiatrico come un approccio biomedico non può che comportare il rischio di un'indebita generalizzazione. La psichiatria non è solo una disciplina, è un insieme di approcci e paradigmi spesso anche molto distanti tra di loro. È, allo stesso tempo, una vasta macchina burocratico-istituzionale che, dalla pubblicazione del DSM e la conseguente centralizzazione dell'APA come organo di riferimento della ricerca, ha visto una tendenza all'omologazione all'approccio statunitense, particolarmente direzionato verso le scienze cognitive e neuropsicologiche. Questa omogeneizzazione ha profondamente influenzato la narrazione pubblica e collettiva della disciplina, nonostante i dissensi e le differenze interne a essa.

[3] Indizi convergenti sembrano confermare una tendenza "*brain-centered*" nelle pubblicazioni e nei finanziamenti: il *Journal of Cognitive Neuroscience* è stabilmente in Q1 (H-index ≈ 244; SJR 2024 = 1.276), mentre il *Journal of Phenomenological Psychology* è in Q2 (H-index = 28; SJR 2024 = 0.666) (SCImago 2024a; 2024b). Sul versante dei fondi, la NIH BRAIN Initiative dispone nel FY 2025 di 321 M$ (402 M$ nel FY 2024), mentre la Brain & Behavior Research Foundation ha superato complessivamente i 462 M$ di fondi dal 1987 (NIH 2025; BBRF 2024).

Il modello psichiatrico è quindi stato fortemente influenzato dal metodo di studio statunitense e dalle pressioni economiche che l'APA subisce dalle case farmaceutiche, dalle assicurazioni private e, seppur in misura molto minore, dalle associazioni di persone psichiatrizzate locali. Come sostiene Johanna Moncrieff (2008), la psichiatria statunitense ha progressivamente assunto la forma di un apparato industriale, nel quale la definizione delle diagnosi e la prescrizione farmacologica sono profondamente intrecciate alle logiche di mercato e alle pressioni delle case farmaceutiche, delle assicurazioni private e dell'APA stessa. Ciò ha determinato la diffusione globale di un modo di concepire il soggetto psicologico e il suo rapporto con il disagio mentale, il proprio corpo e la propria narrazione di sé, modellata sul modello biomedico. In particolare, sottostanti ai tre aspetti fondamentali del modello biomedico che abbiamo delineato, troviamo due impliciti che hanno importanti ricadute epistemologiche ed etiche:

(1) Il modello biomedico vede il rapporto tra il medico e il paziente, o tra il ricercatore e il soggetto, come un *rapporto unilaterale*, in cui il paziente e il soggetto dello studio sono epistemicamente passivi, offrono il proprio corpo o le proprie parole all'*expertise* dell'esperto, ma non possono contestarne le conclusioni. (Bolton and Gillett 2019)

(2) Questo sbilanciamento di potere non è visto come eticamente problematico, perché il modello biomedico, rifacendosi a un criterio di oggettività scientifica tradizionale, lo inquadra come il tentativo di instaurare sul paziente uno *sguardo neutrale*, disinteressato e quindi più affidabile, sulla materia confusa del disagio del paziente. In altre parole, il medico e il ricercatore tentano di mettere in atto una "*view from nowhere*" (Nagel 1986): non parlano per se stessi, ma si fanno strumento di una scienza che li precede e parla attraverso la loro *expertise*. Questa capacità dell'*expertise* di essere apersonale, avaloriale e quindi universale, è secondo il modello biomedico una necessaria garanzia della sua obiettività, quindi della sua efficacia. Nonostante le numerose critiche (Kingma 2007), alcuni assunti centrali del modello biomedico continuano a orientare la diagnosi psichiatrica, benché il modello non costituisca più un paradigma unitario, ma un quadro teorico in trasformazione, oggetto di revisioni concettuali significative, in particolare rispetto al rapporto tra medico e paziente (Lalumera 2025).

Quando parleremo di "psichiatria tradizionale" quindi, ci riferiremo non solo alla compagine di studi e ai diversi approcci psichiatrici, ma anche a un diffuso modo di interpretare e pensare la disciplina, il suo ruolo nella società e la sua funzione nella costruzione della soggettività contemporanea, che è stata plasmata sul modello biomedico, sui suoi assunti espliciti e, in modo fondamentale, su quelli impliciti. Talvolta la riflessione richiede che questi aspetti debbano essere separati; altre volte, come accade per alcune critiche formulate dalle persone

psichiatrizzate, essi non possono che essere tenuti insieme per formulare una critica che vada oltre la contestazione di pratiche specifiche per rivolgersi al sistema più ampio.

1.2 Un'alternativa al modello biomedico: il modello sociale della disabilità

Una svolta rispetto al paradigma biomedico è rappresentata dal modello sociale della disabilità. Nel 1976 il documento *The Fundamental Principles of Disability* dell'Union of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS) introduce la distinzione tra *impairment* e *disability*: le persone con menomazioni non sono già disabili in virtù di un deficit biologico, ma lo diventano quando incontrano barriere ambientali, economiche e sociali. La disabilità non è dunque una proprietà individuale, bensì l'esito di una relazione con un contesto strutturato in modo escludente. Questa impostazione viene sistematizzata da Michael Oliver in *The Politics of Disablement* (Oliver 1990), dove la disabilità è descritta come prodotto di un'organizzazione sociale – e in particolare capitalistica – che non integra la diversità funzionale. La critica si estende così alle istituzioni mediche e alla centralità della grammatica biomedica, interpretate come dispositivi di normalizzazione più che di cura. Un aspetto molto importante di questa svolta teorica è la de-essenzializzazione della difficoltà, che, passando dal soggetto alla società, perde i suoi connotati individualistici e interpella in modo diretto la gestione politica degli spazi e dei servizi che riguardano le persone disabili (Montalti & Casalini, 2025).. Questa critica si accompagna con una ferma richiesta di autodeterminazione, secondo cui le persone con disabilità vogliono essere protagoniste del discorso che le riguarda e delle politiche che le coinvolgono, piuttosto che essere trattate come oggetti di assistenza o cure (Barnes & Mercer 2004, 1-17). Lo slogan che viene adottato dai movimenti delle persone disabili è infatti «*Nothing about us without us*».

Se per il modello biomedico la disabilità equivaleva sostanzialmente alla malattia, ed era quindi una questione eminentemente *medica,* secondo questa prospettiva la disabilità non è una condizione meramente biomedica, ma il risultato di barriere ambientali, culturali e istituzionali che ostacolano la piena partecipazione delle persone alla vita sociale. Non è quindi il corpo "difettoso" o "malato" a costituire il problema, bensì la società che impone standard rigidi di normalità e non si adatta alla varietà delle esperienze umane. La disabilità, in questa chiave, non è un dato naturale, bensì una costruzione sociale, che può essere mitigata o accentuata a seconda del livello di accessibilità, delle politiche di inclusione e del riconoscimento dei diritti delle persone disabili. La disabilità, per il modello sociale, è quindi una questione che afferisce anche all'etica e alla politica, non unicamente alla medicina. In questo quadro, anche la funzione della diagnosi – inclusa quella psichiatrica – subisce uno slittamento significativo: essa non si limita più a identificare un deficit o una patologia individuale, ma può diventare uno strumento

per rendere visibili specifiche forme di attrito tra soggettività e contesti sociali, contribuendo talvolta a processi di identificazione collettiva e di elaborazione di significati condivisi intorno all'esperienza della disabilità.

Il paradigma della neurodiversità, che trae particolare ispirazione dal modo in cui si è costituita e presentata la comunità sorda (Friedner & Block 2017), si è fortemente ispirato al modello sociale della disabilità, soprattutto nelle sue revisioni più affermative (Swain & French 2000), che proponevano di vedere la disabilità in modo non necessariamente negativo, come impedimento o difficoltà, ma anche come una cultura e un'identità condivise. Secondo Steve Graby (2015), questo approccio è quello che più di tutti riesce a fare da ponte tra l'approccio sociale della disabilità e i movimenti delle persone psichiatrizzate come il *Mad Movement*. Il debito che *il Neurodiversity Movement* ha nei confronti del modello sociale della disabilità è evidente nel concetto di "neuronormatività", secondo cui esiste un insieme di norme sociali, culturali e istituzionali che assumono come standard il funzionamento neurologico tipico ("neurotipico") e considerano le neurodivergenze come deviazioni da correggere, medicalizzare o marginalizzare. Graby sostiene che il modello sociale della disabilità, pur avendo ampliato l'inclusione, fatica a rendere conto delle dimensioni corporee e neurologiche dell'*impairment*, e vede nella neurodiversità un modo per integrare queste dimensioni senza ricadere nella patologizzazione. In risposta alle difficoltà create dall'applicazione del modello sociale al disagio psichico, la prospettiva della neurodiversità offrirebbe, secondo l'autore, una possibile via intermedia, poiché mantiene il riconoscimento della base neurologica di certe differenze – come quelle autistiche – senza per questo ricondurle a patologie da curare Al tempo stesso, Graby sembra trascurare tanto il modo in cui i *disability studies* femministi e i *critical disability studies* hanno messo al centro del proprio progetto la riflessione sulla corporeità, quanto il rischio che l'attenzione del movimento per la neurodiversità alla sfera cognitiva riproduca forme implicite di dualismo mente-corpo[4]. Nel quadro della presente analisi della saldatura tra diagnosi e identità operata dal *Neurodiversity Movement*, è rilevante la descrizione che Graby offre del processo di riappropriazione delle etichette diagnostiche. Secondo l'autore:

> [a]ctivists in the neurodiversity movement seek to reclaim impairment labels (such as 'autism') from the authority of the medical and psychological professions, and to re-value them, in positive terms, as components of a self-determined identity [...] The affirmation model offers a way of understanding disability as oppression, without necessarily assigning negative value to the physical or mental differences conventionally categorised as 'impairment'" (Graby 2015, 235).

[4] Ringrazio Chiara Montalti per avermi aiutata a riflettere più a fondo su questo aspetto.

Questa operazione, per Graby, non ha solo un valore di emancipazione individuale: rappresenta anche un terreno comune capace di attenuare le fratture concettuali tra il movimento delle persone disabili e quello dei sopravvissuti alla psichiatria, in particolare la disputa sul concetto di *impairment*.

La prospettiva della disabilità si rivela feconda non solo sul piano politico, ma anche epistemologico. Come osserva Montalti (2025), considerare la disabilità come risorsa di conoscenza significa riconoscere il valore situato dei saperi che emergono dall'esperienza corporea e sociale della marginalità. La *cripistemology* – termine sviluppato nell'ambito della *crip theory* – designa un approccio epistemologico che assume la disabilità come posizione critica da cui interrogare i presupposti normativi del sapere, invitando a ripensare la conoscenza a partire dalle esperienze corporee, affettive e sociali della disabilità, e a riconoscere la vulnerabilità e la dipendenza non come limiti, ma come vere e proprie condizioni epistemiche (Montalti 2025, 104). Non mancano quindi oggi le intersezioni di studio, tra studi sulle neurodivergenze, sul femminismo, sulla psichiatrizzazione e sulla disabilità. Shelley L. Tremain, nello sviluppare una filosofia femminista della disabilità, la presenta come un dispositivo (*apparatus*) focaultiano:

> To understand disability as an apparatus [*dispositif*, ndr] is to conceive of it as a far-reaching and systemic matrix of power that contributes to, is inseparable from, and reinforces other apparatuses of historical force relations. On this understanding, disability is not a metaphysical substrate, a natural, biological category, or a characteristic that only certain individuals embody or possess, but rather is a historically contingent network of force relations in which everyone is implicated and entangled and in relation to which everyone occupies a position (Tremain 2017, 21).

Questa concezione della disabilità come *dispositivo* – intreccio sistemico di relazioni di potere, inseparabile da altri dispositivi storici – può essere direttamente applicata alla psichiatrizzazione. Come la disabilità, la psichiatrizzazione non è una semplice designazione diagnostica fondata su basi naturali o biologiche, né una condizione che riguarda solo alcuni individui, ma piuttosto un insieme di pratiche, saperi e istituzioni che producono soggettività, disciplinano i corpi e strutturano i rapporti sociali.

In questa prospettiva, la psichiatrizzazione è un dispositivo che non si limita a definire chi è "malato" e chi è "sano", ma modula l'accesso alle risorse, legittima interventi coercitivi, determina chi può parlare con autorità sulla propria esperienza e chi invece deve essere interpretato da altri. Essa si intreccia con altri dispositivi di potere – il diritto, la medicina, il *welfare*, il mercato del lavoro – e funziona come un dispositivo che distribuisce vulnerabilità e privilegi. Così come la disabilità in questo quadro non è un'essenza ma una posizione all'interno di un sistema di forze, anche la psichiatrizzazione non è una condizione essenziale degli

individui, bensì un posizionamento in una rete di relazioni storicamente situate. Chiunque, potenzialmente, può entrare o essere spinto in questa rete, e la sua collocazione determinerà il grado di *agency* che potrà esercitare su di essa: sarà classificato come "paziente", "esperto per esperienza", "clinico", "attivista", "deviato", "resistente", o altro ancora. Questa lettura consente di spostare il focus dalla domanda "chi è psichiatrizzato e perché?" a "come opera la psichiatrizzazione nel produrre soggetti, relazioni di potere e strutture sociali?", nonché, più radicalmente, chiedersi se e come sarà possibile sottrarsi a questo dispositivo, portando la sofferenza psichica al di fuori delle maglie della biomedicina.

2. Forme e radici strutturali dell'ingiustizia epistemica in psichiatria

Negli ultimi anni, un crescente corpo di ricerche ha evidenziato come l'ingiustizia epistemica costituisca un problema centrale in psichiatria, incidendo profondamente sulle relazioni terapeutiche e sulla produzione di conoscenza (Hultman e Hultman 2023). Secondo la definizione di Miranda Fricker (2007), tali ingiustizie si manifestano nella forma testimoniale – la sistematica privazione di credibilità a causa di stereotipi – e in quella ermeneutica, ovvero la carenza di strumenti concettuali per interpretare adeguatamente l'esperienza vissuta. In psichiatria, entrambe assumono un'intensità peculiare, soprattutto in contesti di marginalizzazione intersezionale, dove il paradigma biomedico riduce le possibilità di articolare il disagio in termini alternativi (Crichton, Carel e Kidd 2017; Kurs e Grinshpoon 2018).

Kidd, Spencer e Carel (2022) hanno individuato tre fattori strutturali che amplificano la vulnerabilità dei soggetti psichiatrizzati a tali forme di ingiustizia: le conseguenze delle condizioni psichiatriche sul funzionamento cognitivo e relazionale; il privilegio epistemico del discorso medico-scientifico; e la persistenza di stereotipi negativi alimentati dalla rappresentazione pubblica e mediatica. Un'evoluzione recente di questo quadro è rappresentata dal concetto di *phenomenological epistemic injustice* proposto da Pantazakos e Arnaud. Nel loro articolo *Determining the scope of epistemic injustice within psychiatry* (Pantazakos e Arnaud 2024), gli autori mirano a chiarire il significato e la portata del concetto di ingiustizia epistemica nella pratica psichiatrica, sostenendo che esso venga spesso applicato in modo improprio o eccessivamente generico. In particolare, propongono di riconsiderare la *testimonial epistemic injustice* attraverso una prospettiva fenomenologica, introducendo la nozione di *phenomenological epistemic injustice*, ovvero la negazione del riconoscimento del soggetto come esperto del proprio vissuto fenomenico. Secondo gli autori tale forma di ingiustizia rappresenta il nucleo più rilevante e caratteristico dell'ingiustizia epistemica testimoniale in psichiatria, poiché l'ascolto e l'integrazione della testimonianza fenomenologica dei pazienti costituiscono una condizione epistemica essenziale per la cura e per la giustizia conoscitiva nella relazione clinica.

Se Pantazakos e Arnaud elaborano questo framework teorico per svincolare lo studio dell'ingiustizia epistemica dalla mera valutazione della veridicità del resoconto del paziente, spostando l'attenzione sulla necessità di riconoscere l'esperienza vissuta come una forma legittima di conoscenza, Jasna Russo mette nondimeno in guardia rispetto al pericolo di ridurre la giustizia epistemica a un semplice esercizio di empatia o ascolto attivo:

> Thus far, the application of Fricker's work in psychiatric and mental health literature is characterized by descriptions of psychiatric patients' vulnerability to epistemic injustice,

> and by calls to "listen better" and "empathize more." These approaches typically leave the concepts of "mental illness" or "psychiatric disorder" unquestioned. The biomedical framing of human crises and the practice of psychiatric diagnosing are hardly ever considered as a foundation of othering, or as principal enablers of epistemic (and other) injustice. (Russo 2023, 2).

Russo si interroga quindi rispetto a due questioni: da un lato, la presunzione dell'incapacità delle persone psichiatrizzate di articolare collettivamente le proprie esperienze e conoscenze; dall'altro, la questione di chi sia legittimato a operare per la giustizia ermeneutica. Questi due aspetti si intrecciano nel contesto disciplinare della psichiatria e della salute mentale, dove la tendenza a parlare in nome di altri – presumendo la loro inadeguatezza epistemica – si traduce in un'espropriazione sistematica della loro agenda politica e conoscitiva. Questa dinamica non solo giustifica pratiche apertamente paternalistiche, ma anche forme più sottili di silenziamento, difficili da contestare proprio perché si presentano in una veste di supporto. Il sapere psichiatrico, in quanto sistema disciplinare, si fonda su una divisione epistemica tra coloro che interpretano e coloro che vengono interpretati, tra chi possiede gli strumenti per articolare il senso dell'esperienza e chi è ritenuto privo di tali risorse. Questo schema si riflette nel lavoro di numerosi esperti che, pur dichiarando l'intento di includere la prospettiva dei soggetti psichiatrizzati, finiscono per reinscrivere le loro voci nel discorso. Anche laddove si riconosce il rischio di ingiustizie epistemiche secondarie – come la riduzione delle narrazioni in categorie predefinite – le soluzioni proposte tendono a rafforzare l'autorità del discorso psichiatrico, piuttosto che a mettere in discussione la sua struttura epistemologica di base. L'inclusione della "*lived experience*" nei processi di produzione del sapere psichiatrico, spesso presentata come un passo verso la giustizia ermeneutica, si traduce nella maggior parte dei casi, secondo l'autrice, in un'operazione di cooptazione.

Quella delle persone psichiatrizzate, secondo Russo, rischia di essere un'"oppressione epistemica irriducibile", secondo la formulazione di Kristie Dotson (2014), che identifica una forma di oppressione non riconducibile esclusivamente a fattori sociali e politici, ma radicata nella resilienza stessa dei sistemi epistemologici. Il sapere psichiatrico, dominato dal modello biomedico anche nei suoi meccanismi di finanziamento e legittimazione, sembra particolarmente resistente alla trasformazione, limitandosi a incorporare elementi di conoscenza alternativa senza riconoscerne la specificità o la capacità di mettere in discussione i suoi assunti di base. Robert Chapman, filosofo autistico, racconta a questo proposito come dopo i primi anni di attivismo del *Neurodiversity Movement* i professionisti abbiano cercato di mostrarsi solidali e interessati al movimento, senza però cambiare nella sostanza i propri paradigmi:

> Psichiatri, psicologi e politici adottavano i vocabolari del movimento per la neurodiversità - anche se spesso erroneamente - e apportavano modifiche superficiali alla pratica, lasciando invariato il paradigma della patologia (Chapman 2025, 31)

Una preoccupazione analoga viene presentata da James Kidd e Havi Carel (2018, 2019) che hanno evidenziato come l'ingiustizia epistemica non sia circoscritta alle interazioni tra individui o istituzioni, ma trovi la propria origine nelle stesse concezioni teoriche della psichiatria. In particolare, gli autori sostengono che molte delle ingiustizie epistemiche patocentriche derivano dal predominio di una concezione naturalista della malattia, che considera la salute in termini puramente biologici. Questo approccio esclude altre dimensioni dell'esperienza di malattia, come quelle esistenziali e sociali, e rafforza le disuguaglianze epistemiche. L'adozione di modelli naturalistici, sostengono gli autori, contribuisce a consolidare gerarchie di credibilità che delegittimano specifiche forme di sapere e restringono il campo delle interpretazioni accettabili della sofferenza psichica. Le concezioni naturalistiche della salute privilegiano epistemicamente i valori, i concetti e il linguaggio della scienza biomedica. L'approccio vede la salute come un insieme di processi interni legati alla riproduzione e alla sopravvivenza, escludendo fattori extra-biologici come le azioni intenzionali, gli obiettivi e altri aspetti essenziali della vita umana. Secondo gli autori, il fatto che le cause profonde dell'ingiustizia epistemica riposino su aspetti per lo più taciti dell'epistemologia alla base significa che è necessario non pensare alla sua risoluzione attraverso l'educazione dei singoli terapeuti e operatori:

> The deep source of those injustices – the theoretical conception – must be changed, otherwise it will continue to generate those injustices. Ultimately, the background system must be changed, since merely interdicting specific components (e.g. individual actors, such as health professionals) is unlikely to permanently resolve the problem. More specifically, analysis and amelioration must go 'all the way down', to the deep theoretical structure generating those epistemic harms and wrongs (Kidd & Carel 2018, 227).

La persuasione degli autori è che il naturalismo promuova un pregiudizio rispetto all'emotività dei resoconti dei pazienti, incoraggiando i terapeuti ad assumere un atteggiamento distaccato e non empatico rispetto alle informazioni provviste da questi ultimi. Uno stile testimoniale freddo e impersonale verrà quindi interpretato come più affidabile rispetto a uno stile impacciato, emotivo e concitato.

Sebbene si condivida la convinzione che le radici dell'ingiustizia epistemica vadano effettivamente ricercate nell'epistemologia psichiatrica piuttosto che nelle sue singole attuazioni, viene da pensare che qui gli autori non si riferiscano tanto al naturalismo come framework teorico – sicuramente alla base della biomedicina e in opposizione al normativismo – quanto piuttosto agli schemi concettuali, alle narrazioni e agli impliciti che una teoria con una

storia così lunga e intrecciata a quella delle scienze non può che portare con sé, installandosi nella conoscenza tacita dei diversi operatori.

Alla base dello scetticismo dei terapeuti sembra esserci un'idea precisa di cosa costituisca un resoconto affidabile, un resoconto che dice qualcosa del soggetto che è, in un senso condiviso, vero. Non è certamente qui che possiamo approfondire la complessa questione del rapporto tra la verità e la psichiatria, né tantomeno quella, forse ancora più intricata, tra psichiatria e oggettività scientifica. Tuttavia, ci sembra che il problema dell'oggettività come campo di legittimazione simbolica degli enunciati e quello della traduzione dei resoconti degli psichiatrizzati all'interno di una scienza che possa dirsi comunque affidabile sia cruciale. Ne é è persuasa anche Russo, quando scrive:

> in order to prove eligible and fundable at officially recognized knowledge-making sites, such projects need to satisfy the current criteria of what constitutes scientific validity and evidence base. The psychiatrization of society is therefore inseparable from the psychiatrization of knowledge-production on madness and distress (Russo 2022, 3).

Seguendo gli esempi di ingiustizia epistemica portati da Kidd e Carel, sembra che il pregiudizio che guida gli operatori sanitari derivi dal modo in cui si approcciano a resoconti che non appaiono imparziali o neutrali, in quanto ritenuti guidati da necessità o valori personali, magari alterati dal disagio psichico.

2.1 Chi parla per chi non può parlare?

La questione si complica ulteriormente quando il soggetto in questione non può parlare per sé, né riferire la propria esperienza attraverso un resoconto linguistico comprensibile: è il caso delle persone non verbali o con disabilità cognitiva, un punto particolarmente critico per il Neurodiversity Movement. Amandine Catala ha descritto questa condizione come una forma radicale di *metaingiustizia epistemica* (*metaepistemic injustice*), che non riguarda soltanto le disuguaglianze nella distribuzione di credibilità o intelligibilità, ma la stessa struttura concettuale con cui definiamo chi può essere riconosciuto come soggetto epistemico.

Come scrive Catala:

> The concept of epistemic injustice thus construed displays a linguistic, verbal, or conceptual bias that stems from an implicitly logocentric conception of epistemic agency, which is based on a view of knowledge as propositional. This logocentric conception [...] results – perhaps inadvertently, but nonetheless problematically – in excluding from the scope of epistemic agency people with intellectual disabilities, who often do not seem to meet the logocentric norm (Catala 2020, 756).

Questa esclusione rivela un pregiudizio logocentrico implicito nel modo in cui la filosofia ha pensato la conoscenza e l'agentività epistemica: solo chi può articolare proposizioni, fornire ragioni o rendere conto verbalmente del proprio sapere, verrebbe riconosciuto come *knower*. Ne consegue che chi non risponde a questa norma – persone con disabilità intellettive gravi, ma anche soggetti non verbali o neurodivergenti – resta escluso dal dominio della giustizia epistemica stessa. Si tratta, appunto, di una *metaingiustizia epistemica*: un'ingiustizia che opera a livello concettuale, rendendo invisibili i modi di conoscere che non rientrano nel paradigma proposizionale.

Per superare questo limite, Catala propone una concezione pluralista e relazionale dell'agentività epistemica, che riconosce una molteplicità di forme di sapere: proposizionale, pratico, tacito, incorporato e affettivo. Questa pluralità apre la possibilità di pensare la conoscenza come una pratica situata e intersoggettiva, che può assumere forme non linguistiche e non concettuali. L'agentività epistemica, scrive l'autrice, non è una proprietà individuale, ma un processo interattivo che si realizza all'interno di relazioni e contesti materiali, e può esprimersi anche attraverso gesti, posture, emozioni o ritmi corporei.

In questo senso, l'espressione non verbale – il gesto, la risposta affettiva, il comportamento situato –può costituire una modalità di conoscenza e di comunicazione epistemicamente significativa. La giustizia epistemica dovrebbe dunque mirare non solo a restituire voce, ma a riconoscere forme di espressione e di sapere che non passano per la voce. Catala parla di "non-verbal expressive modes of epistemic agency", in cui il sapere si manifesta nei corpi e nelle relazioni, non nelle proposizioni.

Questa prospettiva consente di ripensare anche la tensione che attraversa i movimenti per la neurodiversità e la disabilità: tra la necessità di parlare per chi non può parlare e il rischio di riprodurre, proprio nel gesto di rappresentazione, l'esclusione che si intende denunciare. La differenza tra il resoconto dell'esperto e quello del malato, tra chi parla *per* e chi può solo esprimere, sentire, vivere, diventa allora una soglia epistemica e politica. Chi parla per l'altro esercita sempre un potere di traduzione, inevitabilmente situato e potenzialmente distorcente.

2.2 Il DSM: un luogo di scontro epistemologico e politico

Tra le occasioni in cui le discussioni riguardo la disciplina psichiatrica si accendono più duramente, coinvolgendo sia persone interne alla disciplina che associazioni esterne di pazienti, è certamente quella delle revisioni del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM).

Il DSM è una classificazione nosografica dei disturbi mentali utilizzata da psichiatri, psicologi e medici di tutto il mondo, attualmente giunto alla quinta edizione con revisione del testo (DSM-5-TR), pubblicata nel 2023 (APA 2023). Il DSM è un'opera estremamente rilevante all'interno dell'organizzazione della conoscenza psichiatrica, che coinvolge gruppi di lavoro composti da esperti in psichiatria, psicologia, neuroscienze e altri ambiti rilevanti. Le

classificazioni sono un aspetto centrale della psichiatria e della psicologia, e il DSM rappresenta il principale strumento attraverso cui queste discipline stabiliscono i confini tra le diverse condizioni psichiche.

Come evidenzia Cooper (2005), il DSM non è solo un prodotto teorico, ma è anche una tecnologia normativa che struttura la pratica clinica, la ricerca e persino le identità personali. Le sue categorie diagnostiche non si limitano a descrivere condizioni esistenti, ma contribuiscono attivamente a modellare il modo in cui i disturbi mentali vengono concettualizzati e trattati, influenzando così la vita delle persone diagnosticate. La rilevanza del DSM è anche istituzionale ed economica: le diagnosi al suo interno determinano l'accesso ai trattamenti, la possibilità di ricevere rimborsi assicurativi e il finanziamento della ricerca. Infine, il manuale è spesso percepito come un garante di oggettività scientifica, sebbene le sue categorie emergano da un processo negoziale più che da una scoperta empirica neutrale. Questo aspetto è cruciale per Cooper, che sottolinea come il DSM sia il risultato di compromessi tra diversi gruppi di interesse, incluse associazioni di pazienti, professionisti della salute mentale e istituzioni governative. È quindi anche un buon esempio per rendersi conto di come la psichiatria istituzionale con maggiore potere, quella cioè che fa capo all'APA, abbia gestito le critiche interne ed esterne negli anni. Nel 2004, alcuni studiosi, tra cui Sadler e Fulford, avanzarono l'idea di coinvolgere pazienti e famiglie nel processo di revisione del DSM, sostenendo che le esperienze dirette delle persone diagnosticate dovevano giocare un ruolo centrale nella definizione delle categorie diagnostiche. Tale proposta si inseriva all'interno di un movimento di critica più ampio verso la psichiatria tradizionale, che contestava il monopolio degli esperti nella determinazione delle diagnosi. In risposta a questa proposta, Robert Spitzer, psichiatra statunitense, figura chiave nella revisione del DSM-II, pubblicò un articolo provocatorio, dal titolo *"Good Idea or Politically Correct Nonsense?"*, in cui rigettava fermamente l'idea.

> The well-written and seemingly balanced lead article in this month's issue may well convince many readers that there is a compelling case for including families and patients in the DSM-V revision process. Dear reader, it is politically correct nonsense. (Spitzer 2004, 113)

A suo avviso, il coinvolgimento diretto di pazienti e familiari avrebbe introdotto elementi di soggettività e ideologia, compromettendo l'affidabilità del manuale. Spitzer riteneva inoltre che la psichiatria dovesse preservare la propria oggettività clinica, evitando che pressioni esterne alterassero il rigore delle classificazioni diagnostiche. Si chiede: «What unique contribution could nonprofessionals such as patients and family members make to the DSM process?», e conclude che:

> It is insulting to the mental health professionals involved in the DSM revision process, many of whom have family members with psychiatric illness or have experienced illness themselves, to suggest that they are insensitive to such issues and that they need to be educated by patients and families (Spitzer 2004, 113).

Leggendolo oggi, questo stralcio, risulta particolarmente infelice, e rimane forse uno degli esempi più tristi dell'atteggiamento che alcuni membri della psichiatria più affermata – e anche più autorevole e positiva: Spitzer ebbe un ruolo chiave nella rimozione dell'omosessualità dal manuale – hanno avuto rispetto alle sollecitazioni dei pazienti di venire inclusi nei processi decisionali e scientifici della disciplina. Tuttavia, le obiezioni che Spitzer solleva fanno tuttora parte di uno scetticismo condiviso rispetto alla questione, e vale la pena prenderle in considerazione. È quello che fa Bennet Knox nel suo recente articolo *Exclusion of the Psychopathologized and Hermeneutical Ignorance Threaten Objectivity*, in cui affronta la questione dell'oggettività scientifica della psichiatria alla luce delle critiche mosse dai movimenti per la neurodiversità e dal pensiero abolizionista psichiatrico. Knox sostiene che l'esclusione sistematica dei soggetti psichiatrizzati dalla revisione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) rappresenta una forma di ingiustizia epistemica, in particolare di "ignoranza ermeneutica", che mina la possibilità stessa di un'oggettività scientifica nella psichiatria.

Il punto di partenza di Bennett è che l'inclusione dei soggetti psichiatrizzati sia essenziale non solo da un punto di vista etico, ma anche epistemico. Per argomentarlo, egli riprende da Helen Longino il concetto di "oggettività sociale" (*social objectivity*), intesa come un ideale regolativo che si realizza attraverso il confronto critico tra prospettive differenti. L'oggettività, in questa prospettiva, non coincide con la neutralità, ma con la capacità di una comunità scientifica di accogliere e integrare punti di vista diversi, trasformando la critica in risorsa conoscitiva.

È su questa base che Knox, seguendo Longino e Gagné-Julien (2020), sostiene che la psichiatria non possa dirsi oggettiva finché esclude sistematicamente le prospettive dei soggetti psichiatrizzati. L'esclusione di tali voci compromette infatti due dimensioni essenziali del processo conoscitivo: la possibilità di accogliere le critiche che provengono dall'esperienza vissuta, e la distribuzione equa dell'autorità epistemica all'interno della disciplina. Per chiarire il meccanismo di questa esclusione, Knox ricorre al concetto di ignoranza ermeneutica formulato da Gaile Pohlhaus (2012): un tipo di ignoranza che non consiste nel non sapere, ma nell'incapacità strutturale del gruppo dominante di comprendere esperienze che eccedono le proprie categorie concettuali. La psichiatria, pur senza intenzionalità esplicita, tende così a rigettare o fraintendere prospettive alternative, privandosi di potenziali risorse epistemiche.

Con il termine "*psychopathologized*", Knox designa tutte le persone che sono state percepite o trattate come portatrici di una psicopatologia, indipendentemente da una diagnosi formale. Questi soggetti elaborano spesso strumenti concettuali propri per interpretare la propria esperienza, come mostra il *Hearing Voices Movement*, che propone una lettura non patologizzante delle allucinazioni uditive. L'esclusione di tali prospettive dai processi di revisione del *DSM* mina, secondo Knox, non solo la giustizia sociale, ma la stessa validità epistemica della disciplina: se l'oggettività nasce dal confronto tra posizioni diverse, una scienza che non ascolta i propri oggetti di studio non può dirsi davvero oggettiva.

2.3. L'incontro tra la conoscenza esperta e la competenza situata

Tuttavia, l'autore riconosce diverse difficoltà pratiche nel realizzare questa inclusione: in prima istanza, quella che abbiamo già incontrato di un'inclusione solo superficiale**.** Il rischio, come anche per Bennett, è che l'integrazione delle voci psichiatrizzate rimanga simbolica, limitata ad aspetti marginali (ad esempio, la terminologia) senza intaccare le categorie fondamentali del DSM. Vi è poi la resistenza della comunità psichiatrica, che considera queste critiche come una minaccia alla legittimità della disciplina e della propria posizione nella gerarchia dell'*expertise*, piuttosto che come un contributo. Commentando l'articolo di Knox, lo psichiatra e studioso Awais Aftab affronta il punto fondamentale riguardo il ruolo dell'*expertise* scientifica nell'incontro con la competenza in prima persona: in che misura l'inclusione di prospettive diverse dovrebbe tradursi in un effettivo potere decisionale all'interno di processi epistemici specializzati? Secondo Aftab, la tensione tra apertura alla critica e competenza specialistica è particolarmente evidente nel caso delle scienze mediche e psichiatriche, dove il rischio di diluire l'*expertise* viene spesso contrapposto alla necessità di includere voci marginalizzate, come quelle delle persone direttamente interessate da una certa classificazione o trattamento. Anche Aftab per affrontare questo punto cita Longino, che afferma chiaramente che il dovere di inclusione e attenzione alle critiche non implica una parità assoluta di autorità epistemica su ogni questione:

> We have a duty to make sure the psychopathologized have venues for criticism and we have a duty to pay attention to what they have to say, but ultimately certain scientific matters are best decided by people who have the relevant expertise to make the necessary judgments (Aftab 2022, 268).

Nondimeno, l'argomento secondo cui solo chi possiede una specifica competenza tecnica dovrebbe avere "potere su" i processi decisionali epistemici è problematico, soprattutto se applicato a discipline come la psichiatria, in cui il confine tra fatti e valori è particolarmente

poroso. L'alternativa a una rigida gerarchia epistemica, per Aftab, non quindi è l'abolizione dell'*expertise*, ma la sua trasformazione. Non si può semplicemente garantire uno spazio di critica per le persone psichiatrizzate, ma è necessario ridefinire chi viene considerato esperto e su quali basi. Se si accetta che la psichiatria non sia una scienza puramente descrittiva, ma una disciplina il cui stesso oggetto di studio è plasmato da interazioni sociali e da rapporti di potere, allora diventa evidente che la comunità scientifica non può escludere chi vive in prima persona gli effetti delle sue classificazioni. L'obiettivo non è solo consentire alle persone psichiatrizzate di esprimere critiche dall'esterno, ma coinvolgerle attivamente nella produzione di conoscenza, garantendo loro accesso a percorsi di formazione e ruoli decisionali nella ricerca. L'oggettività sociale non si realizza attraverso un'equidistanza astratta tra le posizioni, ma attraverso una trasformazione strutturale delle comunità epistemiche, che devono essere diversificate senza per questo perdere di rigore e di affidabilità.

Ma questa trasformazione non può essere intesa come una semplice redistribuzione formale di voce: sia l'*expertise* sia quella che qui chiamiamo "*competenza situata*" sono insiemi eterogenei, attraversati da tensioni interne, dislivelli di potere e forme multiple di legittimazione. Non è sufficiente affermare che la competenza situata debba essere presente; occorre interrogarsi su come essa possa entrare in un processo di traduzione reciproca con la conoscenza psichiatrica, evitando che tale processo si riduca a un'integrazione simbolica o subordinata.

La resistenza della psichiatria non va letta quindi, a nostro avviso, unicamente come un caso di ignoranza ermeneutica, ma come effetto della sua posizione strutturalmente privilegiata, al crocevia tra potere materiale – in quanto infrastruttura economicamente e istituzionalmente rilevante – e potere simbolico – in quanto scienza "dell'individuo" per eccellenza. Questo aspetto è fondamentale per la posizione epistemica del paziente, da una parte, e della persona psichiatrizzata che, politicizzando il proprio punto di vista, intende prendere parola sul proprio stato e sulla propria condizione, perché determina le condizioni di un'*ingiustizia ermeneutica* che sta al fondo di qualsiasi scambio tra psichiatrizzati e psichiatria. Sviluppare una conoscenza alternativa significherà, in modo fondamentale, sviluppare dei concetti e un linguaggio che non siano ancillare rispetto a quelli biomedici. Produrre conoscenza alternativa a quella dell'istituzione psichiatrica è un'impresa complessa: il sapere non si può produrre in un vuoto, ma si costruisce sempre a partire dai concetti esistenti. Ma questa trasformazione non può essere intesa come una semplice redistribuzione formale di voce: sia l'expertise sia quella che qui chiamo "competenza situata" sono insiemi eterogenei, attraversati da tensioni interne, dislivelli di potere e forme multiple di legittimazione. Non è sufficiente affermare che la competenza situata debba essere presente; occorre interrogarsi su come essa possa entrare in un processo di traduzione reciproca con la conoscenza psichiatrica, evitando che tale processo

si riduca a un'integrazione simbolica o subordinata. In questo senso, la resistenza della psichiatria all'inclusione non va letta unicamente come un caso di ignoranza ermeneutica, ma come effetto della sua posizione strutturalmente privilegiata, al crocevia tra potere materiale – in quanto infrastruttura economicamente e istituzionalmente rilevante – e potere simbolico – in quanto scienza "dell'individuo" per eccellenza.

È qui che il problema dell'*expertise* mostra il suo lato più complesso: gran parte della conoscenza esperta opera, infatti, come conoscenza tacita (*tacit knowledge*), sedimentata in pratiche che appaiono intuitive e naturali e che proprio per questo raramente sono accompagnate da un rendiconto esplicito delle motivazioni che guidano l'atto diagnostico. Come ha mostrato Michael Polanyi, «we know more than we can tell» (Polanyi 1966, 4), gran parte della conoscenza è incorporata, implicita e non sempre comunicabile. Dal punto di vista semiotico, questa dimensione tacita naturalizza i segni della diagnosi, facendola apparire autoevidente e indiscutibile. Per i movimenti dal basso, tuttavia, la questione non è negare il valore dell'*expertise*, ma chiederne la messa in discorso: rendere visibili criteri, incertezze e alternative; riconoscere la competenza situata come risorsa epistemica; aprire canali di traduzione reciproca tra saperi incorporati e vissuti, da un lato, e saperi formalizzati, dall'altro. Solo così l'incontro tra expertise e conoscenza situata può trasformarsi da rapporto gerarchico a processo di co-costruzione, in cui l'incontro psichiatrico non è più un incontro unilaterale, ma uno spazio di negoziazione che riconosce la pluralità delle epistemologie coinvolte. Lo scontro tra il campo medico e i movimenti dal basso si concentra oggi in modo particolare sul terreno della diagnosi, perché per i due poli essa assume significati profondamente differenti: per gli esperti è innanzitutto uno strumento classificatorio, inscritto nel dominio dell'"avere" e legato a criteri standardizzati, a cautele epistemiche e alla responsabilità di contenere i rischi di medicalizzazione; per molte persone neurodivergenti e psichiatrizzate, invece, la diagnosi si intreccia con l'"essere", diventa parte dell'identità, condizione di riconoscimento e di accesso a risorse, reti e linguaggi. Questa frattura si manifesta chiaramente nel caso delle diagnosi di autismo in età adulta: lo psichiatra che rifiuta di emettere una diagnosi può pensare di esercitare una forma di prudenza etica – diagnosticare meno per medicalizzare meno – ma dal punto di vista della persona interessata quel diniego si traduce in esclusione e delegittimazione, con conseguenze immediate e concrete, dall'impossibilità di dare un nome alla propria esperienza fino alla perdita di tutele legali e scolastiche[5]. In altre parole, ciò che per l'esperto può apparire

[5] Questo caso può essere letto come un esempio del problema etico discusso da Lalumera (2022), in cui un atto di paternalismo lieve – motivato da cautele cliniche o relazionali – viene vissuto dal paziente come paternalismo forte. La questione sembra dipendere in larga misura dalla disponibilità del medico a esplicitare e discutere le proprie ragioni. Se tale disponibilità manca e viene negato un bisogno chiaramente espresso dal paziente, diventa difficile

una tutela, motivata dal proprio approccio teorico o convinzioni, si traduce in una forma di paternalismo per l'utente.

Lungo questo lavoro cercheremo di sviscerare tutte le implicazioni di tale frattura comunicativa, semantica e politica, ma ciò che già sembra evidente è la necessità che gli esperti imparino a rendere conto delle proprie ragioni e dei propri metodi, anche quando essi derivano da incertezze teoriche o da cautele etiche. Non è più possibile fingere che chi si rivolge allo psichiatra sia un soggetto privo di strumenti epistemici: oggi esiste una *literacy* psichiatrica diffusa, alimentata da manuali divulgativi, comunità online, pratiche di autodiagnosi e scambi collettivi di saperi. Questa competenza situata non sostituisce la formazione clinica, ma configura una nuova soglia che può assumere, in alcuni casi, la forma di quella che Harry Collins e Robert Evans chiamano "*expertise interazionale*" (*Rethinking Expertise*, 2007): la capacità di comprendere il linguaggio tecnico e di dialogare in maniera competente con gli specialisti, pur senza possedere l'abilità pratica di applicarne i metodi.

La richiesta dei movimenti non è quindi quella di scavalcare l'*expertise* medica, ma che essa diventi più responsabile rispetto a sé stessa: che la sua conoscenza tacita, i suoi presupposti e convinzioni vengano messi in parola, argomentati, esposti al confronto con la pluralità di competenze che i pazienti portano con sé. Solo così lo spazio psichiatrico può cessare di essere un monologo tecnico e trasformarsi in un luogo di negoziazione epistemica, in cui expertise e conoscenza situata entrano in traduzione reciproca e si ridefiniscono insieme i criteri di legittimazione e di validità del sapere. L'esplicitazione, da parte degli esperti, delle proprie motivazioni è tanto più importante in quanto, come vedremo, queste possono essere fondate su cautele etiche ed epistemiche sensate. Tali cautele potrebbero derivare non solo da una conoscenza più ampia del contesto istituzionale e burocratico in cui si opera, ma anche da convinzioni politico-etiche in ultima analisi condivisibili, come il desiderio di non contribuire alla medicalizzazione[6], tanto culturale quanto amministrativa, dei servizi per il cittadino.

A questo punto, la *diagnosi* ci appare meno come un oggetto definibile una volta per tutte che come un bersaglio mobile: certamente attraversato dai vettori e dai nodi della nicchia ecologica hackinghiana, ma anche segnato da una mancanza più elementare, cioè dall'assenza di una formulazione condivisa e stabilizzata all'interno delle comunità psichiatrica e psicologica. Proprio per questo la diagnosi scivola fra presupposti forti – naturalistici, prescrittivi, e

sostenere che l'intervento sia eticamente giustificato, poiché esso comporta una limitazione non adeguatamente motivata dell'autonomia e un mancato riconoscimento della posizione del paziente come interlocutore legittimo.

[6] Per *medicalizzazione* si intende il processo attraverso cui aspetti dell'esperienza o della condotta umana vengono definiti e trattati in termini medici, acquisendo un inquadramento diagnostico e terapeutico; il concetto sarà analizzato più approfonditamente nel capitolo seguente. Vedi: Conrad e Peter 2007.

sedimenti morali, razziali e patriarcali – che non si limitano a orientare l'atto diagnostico, ma ne determinano l'intelligibilità e le conseguenze. Il suo movimento, inoltre, non è cumulativo né rettilineo: procede per ritorni, retroazioni, aggiustamenti; e ogni volta che "si parla di diagnosi", in realtà si tende a fissare un target, a isolare una specifica versione del concetto e a trattarla come se esaurisse il campo. Ne segue un problema ulteriore, spesso sottovalutato: quando due persone discutono di diagnosi psichiatrica non è affatto garantito che, in quel momento, stiano parlando della stessa cosa. L'esempio emblematico è quello – già emerso – di chi si riconosce sotto l'ombrello delle neurodivergenze e cerca una diagnosi come *attribuzione ontologica* (qualcosa che "si ha", una condizione che dovrebbe poter essere riconosciuta e certificata), ma incontra un o una clinica che, per formazione o orientamento, concepisce la diagnosi in termini prevalentemente funzionali e contestuali: uno strumento pragmatico per orientare interventi, descrivere difficoltà rilevanti, eventualmente sbloccare percorsi. Se in quel quadro non vengono ravvisate "ragioni" sufficienti – cliniche o operative – per rilasciare l'etichetta, la diagnosi non viene data. Non si tratta soltanto di un disaccordo su un caso; è uno scarto fra *bisogni* diversi, che rende strutturalmente possibile che la richiesta di riconoscimento e la risposta clinica si manchino, pur parlando entrambe, nominalmente, di "diagnosi". In questo scarto tra mobilità storica e fissazione pragmatica si gioca una parte non marginale delle ambivalenze contemporanee: la diagnosi è instabile come forma, ma produce stabilizzazioni molto concrete come evento. Come vedremo nel prossimo capitolo, una questione di particolare complessità riguarda proprio il nesso tra causalità biologiche e determinazioni sociali alla base di ciò che viene diagnosticato: un nesso che non si lascia ridurre né a una gerarchia lineare né a una semplice giustapposizione di livelli esplicativi, ma che interroga direttamente i presupposti stessi attraverso cui la diagnosi viene pensata, giustificata e messa in opera.

3. Tra riforma, resistenza e rischi di cooptazione

3.1 Dal trattamento morale alla critica sistemica

Senza la pretesa di offrire una ricostruzione esaustiva, ma con l'intento di tracciarne le linee generali – necessariamente semplificate per ragioni di spazio – cercherò in questa sezione di delineare le principali tappe e movimenti di critica alla psichiatria istituzionale, dalle prime istanze riformatrici fino ai movimenti contemporanei che ne hanno messo in discussione le basi epistemiche e politiche.

Il *Neurodiversity Movement* si configura oggi come una delle espressioni più influenti all'interno del panorama dei movimenti psichiatrici, ma le critiche alla psichiatria tradizionale hanno radici ben più antiche e si sono articolate, nel corso dei secoli, in una pluralità di approcci, associazioni e scuole di pensiero, orientate talora alla riforma del sistema e talora al suo rigetto. Le prime forme di opposizione all'istituzione psichiatrica si concentrarono sulla denuncia delle condizioni disumane degli internati e delle pratiche di contenzione, rivendicando una trasformazione delle modalità di cura. Tra XVIII e XIX secolo, grazie a figure come Philippe Pinel e William Tuke, prese forma l'idea di un "trattamento morale", fondato sulla possibilità di un intervento terapeutico volto a sostituire la segregazione con un ambiente ritenuto favorevole alla guarigione. Tale prospettiva, che ridefiniva la follia da devianza sociale a condizione trattabile, si diffuse progressivamente anche grazie all'opera di attivisti come Dorothea Dix, promotrice negli Stati Uniti di ospedali psichiatrici pubblici destinati alla cura e non alla mera custodia. Agli inizi del Novecento, Clifford Whittingham Beers – segnato da esperienze dirette di internamento – diede un impulso decisivo alla riforma del settore, fondando la *Connecticut Society for Mental Hygiene* (1908) e il *National Committee for Mental Hygiene* (1909). Ispirandosi al concetto di "igiene mentale" elaborato dallo psichiatra Adolf Meyer, Beers unì l'attività di documentazione sugli istituti a un vasto lavoro di raccolta dati e sensibilizzazione pubblica, con l'intento di promuovere pratiche terapeutiche rispettose della dignità dei pazienti e di coniugare intervento riformatore ed educazione sociale.

Negli anni Sessanta, la psichiatria fu investita da un'ondata di contestazioni che, attraverso il movimento dell'antipsichiatria, misero radicalmente in questione le sue basi epistemologiche e istituzionali. Figure come Ronald Laing, David Cooper e Thomas Szasz interpretarono la malattia mentale non come realtà naturale, ma come costruzione sociale, espressione di conflitti familiari o strumento di controllo politico. In Italia, Franco Basaglia avviò nel 1971 a Trieste un processo di deistituzionalizzazione che avrebbe condotto alla chiusura dei manicomi e alla creazione di servizi di salute mentale territoriali, fondati sul riconoscimento dei pazienti come

cittadini e non come esclusi (Basaglia 1968). L'antipsichiatria ebbe un'ampia risonanza, alimentando un dibattito teorico e politico che si intrecciò con le più ampie trasformazioni sociali del tempo. In parallelo, si svilupparono movimenti dal basso promossi da utenti, ex utenti e *survivors* della psichiatria, che trovarono espressione in reti di mutuo supporto e in pratiche di solidarietà reciproca. Sebbene non abbiano avuto la stessa cassa di risonanza dei movimenti accademici o istituzionali, essi rappresentarono un elemento decisivo nella costruzione di forme autonome di resistenza e di elaborazione collettiva dell'esperienza psichiatrizzata. Gli anni Settanta, segnati dal femminismo, dalle lotte anticoloniali e dai movimenti LGBT e per i diritti delle persone con disabilità, costituirono il terreno politico e culturale su cui queste pratiche di resistenza si consolidarono, intrecciando dimensione accademica e militanza in un orizzonte di rinnovamento collettivo.

Dagli anni Novanta, la diffusione di Internet aprì nuove possibilità di incontro e di scambio, favorendo l'emergere di movimenti come il *Neurodiversity Movement* e il *Mad Pride*, che ridefinirono la sofferenza psichica in termini di identità politica, opponendosi ai processi di medicalizzazione e proponendo narrazioni alternative, nelle quali l'esperienza psichiatrizzata non fosse necessariamente patologica ma potenzialmente trasformativa. Questi movimenti si sono collocati lungo un asse che va dalla riforma interna delle istituzioni alla loro contestazione radicale, ma la tensione tra opposizione e cooptazione è rimasta costante: se da un lato hanno ampliato le possibilità di ripensare la psichiatria, dall'altro il loro riconoscimento istituzionale ha spesso coinciso con un processo di assimilazione che ne ha neutralizzato la portata critica.

Una delle traiettorie più significative in questa direzione è stata quella del *Recovery Movement*. Il concetto di recovery, originariamente impiegato nell'ambito delle dipendenze, si afferma in psichiatria negli anni Ottanta come paradigma alternativo alla cura intesa in senso strettamente medico. Come scrive Anthony,

> Recovery from mental illness is not the same as cure. It means regaining control over one's life if not one's illness. It means leading a useful, satisfying life even though symptoms may reoccur" (2015, 19).

Uno dei pilastri teorici del movimento era, è ed è a tutt'oggi, che la malattia mentale non debba esser vista come una condizione irreversibile[7]. Il movimento, orientato a promuovere

[7] La convinzione che i disturbi di personalità non siano curabili rimane diffusa, in parte perché essi sono definiti come pervasivi e stabili nel tempo dallo stesso DSM. La loro persistenza ha portato a considerarli come caratteristiche strutturali della personalità piuttosto che condizioni trattabili fino alla remissione. Il modello della *recovery* ha fatto sì che molti studi potessero mostrare che, sebbene questi disturbi possano persistere e rivelarsi particolarmente complessi, con i giusti protocolli possono essere trattati fino al punto in cui i soggetti non rientrano più nei criteri diagnostici. La *recovery* enfatizza la possibilità di miglioramenti significativi e di un miglior funzionamento psicologico e sociale, nonostante la permanenza di alcune difficoltà. Vedi: Castillo 2013.

l'autodeterminazione e a sottrarre la sofferenza psichica alla logica dell'irreversibilità, nacque dunque in opposizione al paternalismo istituzionale, ma nel tempo è stato progressivamente integrato nei sistemi di salute pubblica. Negli Stati Uniti, la *New Freedom Commission on Mental Health* del 2002 ne sancì l'adozione come modello di riferimento per le politiche sanitarie, segnando una svolta che ne ridefinì il significato: da proposta di trasformazione a strumento di governance. Harper e Speed (2012) hanno interpretato questa evoluzione come il risultato della convergenza tra *recovery* e riconoscimento, analizzato attraverso la griglia teorica di Nancy Fraser. Secondo gli autori, la *recovery*, cooptata dalle istituzioni, si è trasformata in una "lotta per il riconoscimento" che, invece di affrontare le cause strutturali della sofferenza, ne oscura la dimensione materiale e sposta l'attenzione sull'autoresponsabilizzazione individuale. Tale processo si accompagna a quello, analogo, di *resilience*, concetto che incoraggia strategie di adattamento personale a discapito di una trasformazione delle condizioni sociali. Harper e Speed collocano così la recovery all'interno di un più ampio progetto neoliberale di amministrazione della salute mentale, volto a trasformare la sofferenza in questione di gestione e non di giustizia.

Simili tensioni attraversano, come avremo modo di mostrare, anche il *Neurodiversity Movement*, in cui la sovrapposizione tra riconoscimento e psichiatrizzazione costituisce un nodo centrale. L'assunzione di "neurodivergente" come categoria identitaria può infatti fissare la soggettività entro coordinate determinate dal sapere psichiatrico, che, seppure ridefinite, restano modellate dalle logiche di gestione del rischio e di distribuzione selettiva delle risorse proprie della razionalità neoliberale. In tal modo, la medicalizzazione tende a riaffiorare proprio là dove il movimento mira a sottrarsi ad essa.

Una traiettoria più autonoma rispetto alle istituzioni è quella dell'Hearing Voices Network (HVN), fondato negli anni Ottanta nei Paesi Bassi da Marius Romme e Sandra Escher (Watkins, Romme, & Escher 2009; Romme et al. 2006). Il movimento nasce dall'idea che l'udire voci non costituisca necessariamente un sintomo patologico, ma un'esperienza umana dai significati molteplici, dipendenti dal contesto culturale e biografico. Romme ed Escher raccolsero numerose testimonianze di persone che convivevano con le voci senza sentirsi malate, sviluppando un modello di comprensione alternativo a quello farmacologico e coercitivo. Diversamente dal *Recovery Movement*, l'HVN ha mantenuto una posizione indipendente, organizzando gruppi di auto-aiuto nei quali i partecipanti potessero esplorare liberamente il senso della propria esperienza. La filosofa Angela Woods ha analizzato la complessità fenomenologica insita nel termine *voice-hearer*, che, pur non appartenendo al lessico diagnostico, designa un'identità elettiva capace di sfidare la logica medicalizzante. Se la definizione clinica di allucinazione uditiva è neutra, nella pratica sociale essa evoca immagini di

malattia mentale grave, in particolare la schizofrenia. Tuttavia, molte persone, anche prive di diagnosi, riferiscono esperienze uditive legate a contesti spirituali, creativi o di lutto, suggerendo che tali fenomeni non debbano essere necessariamente patologizzati. In questo senso, l'assunzione del termine *voice-hearer* può rappresentare un gesto di riappropriazione, volto non a confermare l'etichetta psichiatrica ma a ridefinirla, trasformando la stigmatizzazione in una forma di riconoscimento collettivo e di solidarietà politica.

In una direzione più radicale si colloca The Icarus Project, fondato nei primi anni Duemila da Sascha DuBrul e Jacks McNamara (oggi Fire Weed Collective). A differenza dell'HVN, Icarus rifiuta integralmente il linguaggio psichiatrico, interpretando la sofferenza mentale non come malattia ma come espressione di creatività, sensibilità e resistenza alle norme sociali (DuBrul 2014). Il movimento si rivolge a coloro che sono stati etichettati con disturbi psichiatrici gravi, offrendo spazi di sostegno fondati sulla comunità e sui principi dell'*healing justice*, concetto elaborato nei movimenti sociali come approccio alla giustizia che integra guarigione individuale e collettiva in risposta a traumi sistemici (Piepzna-Samarasinha 2016). Tale radicalità, che ha impedito la cooptazione istituzionale, ha tuttavia confinato il movimento a margini di resistenza limitati, riducendone l'impatto sulle politiche sanitarie ufficiali.

Parallelamente, nel contesto anglosassone e nord-europeo si va affermando la figura dell'*expert by experience* (Noorani 2016), sviluppatasi all'interno delle politiche di riforma sanitaria come tentativo di ridurre il divario epistemico tra medici e pazienti. L'introduzione di figure professionali come *peer support workers* o *lived experience consultants* ha permesso di riconoscere un valore istituzionale al sapere esperienziale e di includerlo nei processi di co-produzione della conoscenza. Tale prospettiva, pur muovendosi in continuità con le istanze di democratizzazione del sapere, si inserisce esplicitamente in una logica di riforma interna, che tende a integrare, più che a sovvertire, le strutture esistenti.

Tra le forme di opposizione più radicali alla psichiatria si colloca invece il *Mad Movement* (Russo e Sweeney 2016; Rashed 2019), nato nel contesto delle lotte per i diritti civili e per la giustizia sociale. Esso si distingue per la sfida alla patologizzazione della follia e per la rivendicazione di un'identità collettiva e politica fondata sull'orgoglio (*Mad Pride*). Diversamente dal *Recovery Movement*, il *Mad Movement* non mira a riformare la psichiatria dall'interno, ma a decostruirne le premesse epistemiche e le strutture di potere. Da esso è emerso il campo dei *Mad Studies*, che interroga criticamente i presupposti sociali e politici della psichiatria e promuove una comprensione della follia come parte integrante dell'esperienza umana.

Queste differenti traiettorie, dal riformismo alla contestazione, mostrano la varietà delle risposte nate dal basso nei confronti della psichiatria istituzionale. Dal tentativo di trasformarla

– come nel caso del *Recovery Movement* o degli *experts by experience* – alla costruzione di modelli alternativi (*Hearing Voices Network*), fino al rifiuto radicale delle sue categorie (*The Icarus Project, Mad Movement*), esse condividono il rischio di vedere le proprie istanze riassorbite in dispositivi di governo più che tradotte in strumenti di emancipazione. La loro efficacia nel mettere in discussione il paradigma dominante dipende dalla capacità di resistere ai processi di normalizzazione senza rinunciare alla possibilità di incidere concretamente sulla vita delle persone psichiatrizzate. Nel XXI secolo, la questione centrale per tali movimenti rimane la tensione tra riconoscimento istituzionale e critica epistemica della psichiatria, e il modo in cui elaborano la propria identità psichiatrizzata – intesa come forma di riconoscimento di sé mediata da un'esperienza di psichiatrizzazione – definisce la loro posizione rispetto all'istituzione. A differenza di altri movimenti di minoranza, che hanno potuto trasformare un'identità oppressa in leva emancipativa, per le persone psichiatrizzate tale processo rimane problematico: assumere una diagnosi come punto di partenza della politicizzazione implica infatti confrontarsi con un linguaggio e un riconoscimento prodotti dall'istituzione stessa. È anche per questo che un confronto con la storia del femminismo si rivela particolarmente fecondo, poiché consente di comprendere come tensioni analoghe tra riconoscimento e critica abbiano attraversato altre genealogie politiche e identitarie.

3.2 Dalla comunità al sapere: il Neurodiversity Movement

Se le comunità minoritarie si costituiscono come spazi di soggettivazione collettiva, è nel modo in cui articolano il rapporto tra esperienza e categoria che si gioca la loro efficacia politica. Alcuni movimenti si fondano sul rifiuto del nome imposto, sull'esperienza condivisa della marginalità; altri, invece, si radicano nella riappropriazione del segno patologico come principio di identità e di sapere. Il *Neurodiversity Movement* nasce precisamente da questa seconda traiettoria: non come semplice rivendicazione di diritti, ma come riformulazione epistemica dell'autismo e della differenza mentale.

Alla fine degli anni Novanta, in un contesto mediato dalle prime reti digitali e dai forum online, persone autistiche iniziano a riconoscersi e a organizzarsi in comunità di mutuo supporto, elaborando un linguaggio condiviso della propria esperienza. In quel contesto prende forma una nuova concezione di self-advocacy – parlare per sé, contro le forme paternalistiche di rappresentazione – che costituirà il nucleo politico del movimento. È da queste connessioni che si svilupperanno le prime organizzazioni autistiche, come l'*Autism Network International*, ancora oggi attiva. Le prime comunità online degli anni Novanta, i forum e le newsletter gestiti da persone autistiche, rappresentano il laboratorio di questa trasformazione: spazi di parola in

prima persona, in cui la self-advocacy assume il valore di una pratica di riappropriazione del sapere e di costruzione di appartenenza.

Da un punto di vista epistemologico e politico, il valore di queste aggregazioni si può comprendere tracciando un'analogia con i primi gruppi di autocoscienza femminista: nati negli anni '60 e '70 come pratica politica centrale della seconda ondata del movimento femminista negli Stati Uniti, i gruppi di autocoscienza (*consciousness-raising groups*) avevano come obiettivo la creazione di spazi in cui le donne potessero condividere esperienze personali e riconoscere la dimensione politica di questioni apparentemente private, come il matrimonio, la maternità, la sessualità e il lavoro domestico. Allo stesso modo, le persone autistiche che si aggregano per la prima volta negli spazi virtuali scoprono di non essere sole nel vivere determinate difficoltà, e iniziano quindi a problematizzare la propria condizione di persone autistiche nel mondo. La consapevolezza della condizione condivisa elicita lo sviluppo di una coscienza collettiva che, in alcuni casi, diventa esplicitamente politica. Questa fase, che Lukács definirebbe di superamento dell'immediatezza, non si ferma alla semplice constatazione dei fatti, ma promuove nuove forme di pensiero e lo sviluppo di una coscienza collettiva. Non stupisce quindi che, all'interno di uno di questi gruppi, il *Neurodiversity Movement*, si sia sviluppata un'idea di che cosa sia l'autismo che differisce da quella della medicina tradizionale, per cui l'autismo è un disturbo del neurosvilupppo, mentre per il movimento della neurodiversità, l'autismo non è un disturbo o una patologia, ma un modo di essere. Come racconta Chapman in un'intervista:

> The neurodiversity movement is a social justice movement pushing for a shift away from the default pathologizing of mental, developmental, and cognitive disability, and towards what I have called a social ecological approach to understanding disablement. It all started when autistic individuals began meeting and raising consciousness online in the 1990s. Many realized they were tired of being represented as tragic deviations from supposedly normal functioning, and they were also often traumatized by ensuing attempts to treat or cure their autism. Eventually, as a new way to challenge how we think about normality, they began to talk about whether the principle that increased biodiversity is necessary for a robust ecosystem also applied to neuro-cognitive diversity within species (Aftab 2021).

Inizialmente, il movimento mirava soprattutto a fornire uno spazio sicuro per le persone autistiche, dove l'autoconsapevolezza e la solidarietà potessero sostituire il modello deficitario dominante. Autori come Jim Sinclair e gruppi come l'*Autistic Self Advocacy Network* (ASAN) hanno contribuito a diffondere l'idea che l'autismo non dovesse essere visto come una condizione patologica, ma come una differenza neurologica naturale. Secondo i principi del movimento, l'autismo è una variazione della neurodiversità umana e non una malattia da curare, come sostenuto da scienziati e attivisti come Judy Singer (1999). Il movimento si è

progressivamente trasformato in una critica radicale della categorizzazione e delle pratiche terapeutiche tradizionali, che tendono a stigmatizzare le persone autistiche e aspetti centrali della loro esperienza, come lo *stimming*, inquadrandoli entro un modello medico che li definisce come "deficit" anziché come modalità differenti di percepire, agire e sentire. Negli ultimi anni, questa consapevolezza si è estesa oltre la dimensione online, con l'obiettivo di incidere direttamente sulla ricerca scientifica riguardante la propria condizione. Come osservano Pellicano e den Houting (2022), il confronto tra il modello biomedico e il paradigma della neurodiversità non si esaurisce in una semplice divergenza di prospettive, ma segnala l'emergere di un cambiamento di paradigma. Dopo decenni in cui la scienza dell'autismo è stata strutturata attorno a un'impostazione centrata sul deficit, sull'individualizzazione delle difficoltà e sull'esclusione sistematica delle priorità della comunità autistica, le autrici rilevano "un momento di svolta" che impone di "rivalutare i fondamenti" stessi della disciplina (Pellicano e den Houting 2022, 389)

> We are at a turning point in the field of autism science. The conventional medical conceptualisation has played a vital role in autism research and practice to date. Nonetheless, it is increasingly clear that if we wish to make progress for the benefit of the autistic and broader autism communities, it is necessary to re-evaluate our fundamentals. There may well be costs to moving from 'normal' to 'extraordinary' science (Sonuga-Barke 2020), as well as even more dramatic costs in seeing through the implications of this change. Taking neurodiversity seriously, in other words, would mean both changing the way that we educate the next generation of (autism) scientists, and also demanding substantial real-world changes, overhauling a series of major institutions and practices so that they serve autistic people better. (Pellicano e den Houting 2022, 390).

Un aspetto peculiare della comunità autistica – comune, in parte, anche ad altre comunità che si costituiscono a partire da un ambito medico – è che l'accesso a essa passi attraverso una convalida medica: la diagnosi, che diventa al tempo stesso condizione di accesso alla cura e alla comunità politica. Questo legame ambivalente con l'istituzione psichiatrica rende la formazione di una soggettività collettiva più complessa rispetto ad altri movimenti minoritari. Come osserva Robert Chapman, l'autismo può essere pensato non come identità unitaria, ma come *collettivo seriale*, secondo la nozione elaborata da Iris Marion Young: una forma di appartenenza che nasce da condizioni materiali e sociali condivise più che da tratti essenziali. Se è complesso sostenere che ciò che tiene insieme un gruppo tanto eterogeneo di persone sia, in modo preponderante, l'appartenenza a una stessa classificazione – sia essa attribuita da un medico o rivendicata individualmente – e dunque l'idea, condivisa tanto dalla medicina tradizionale quanto dal paradigma della neurodiversità, di una differenza neurobiologica sottostante, lo è

altrettanto affermare che queste persone siano accomunate da bisogni e necessità simili, vista l'ampia eterogeneità fenotipica che le caratterizza. Come vedremo nel terzo capitolo, dove approfondiremo la teoria di autismo come collettivo seriale, questa tensione porta con sé rischi complessi per il movimento e per la sua posizione nel dibattito sulla conoscenza degli psichiatrizzati all'interno della psichiatria.

4. Co-costruire la conoscenza: un'impresa complessa

L'idea che accomuna tutti i movimenti di cui abbiamo parlato, a ogni modo, è che la condivisione di una condizione, non solo in senso medico, ma anche sociale e contestuale, unisca i soggetti psichiatrizzati in ciò che Donna Haraway chiamerebbe *kinship*, un rapporto di solidarietà non mutuato da legami di sangue, e che questo rapporto sia depositario di un sapere prezioso. Ma come far emergere questo sapere condiviso?

Possiamo individuare tre modi principali attraverso i quali le comunità autistiche si sono misurate in questa impresa fino a oggi: il primo è l'influenza dal basso, esercitata dalle associazioni, i movimenti e, oggi, attraverso i social media. Il secondo modo è la partecipazione alla ricerca scientifica, quindi la formazione di gruppi di ricerca sempre più formati anche da persone autistiche. Infine, un'altra importante modalità attraverso cui la cultura autistica ha cercato di farsi conoscere e di uscire dai confini dei forum e delle cerchie ristrette a sole persone autistiche, è stata la condivisione di narrazioni, attraverso libri, film, a cui oggi si aggiungono i profili social media dedicati alla consapevolezza autistica. Tutte queste modalità hanno contribuito a portare l'esperienza autistica nella cultura di massa e a farla dialogare con l'*expertise* tradizionale.

4.1 L'influenza dal basso

Negli ultimi anni, le associazioni e le comunità di persone autistiche hanno esercitato un'influenza crescente sulla direzione e sulle metodologie della ricerca riguardante l'autismo. Un caso emblematico è rappresentato dal progetto *Spectrum 10K*, lanciato nel 2021 sotto la guida del professor Simon Baron-Cohen, direttore del Centro di Ricerca sull'Autismo dell'Università di Cambridge. *Spectrum 10K* mirava a diventare lo studio più ampio nel Regno Unito sull'autismo, coinvolgendo 10.000 persone autistiche e le loro famiglie. L'obiettivo era raccogliere campioni di DNA tramite tamponi salivari e informazioni sulla salute mentale e fisica dei partecipanti, al fine di investigare i fattori genetici e ambientali che contribuiscono all'autismo e alle condizioni co-occorrenti. Tuttavia, il progetto ha suscitato fin da subito controversie, in parte a causa del coinvolgimento di Baron-Cohen, figura già criticata da alcuni membri della comunità autistica per la sua teoria del "cervello maschile estremo" (mettere nota). Le critiche principali riguardavano la mancanza di consultazione con le persone autistiche e le loro famiglie, preoccupazioni relative alla privacy dei dati genetici e timori etici legati al potenziale uso eugenetico delle informazioni raccolte. In risposta a queste preoccupazioni, è nato il movimento "*Boycott Spectrum 10K*", accompagnato da una petizione su *Change.org* che chiedeva la sospensione del progetto. Di fronte a tali pressioni, il 27 settembre 2021, gli

organizzatori hanno deciso di mettere in pausa lo studio e avviare una seconda revisione etica. Questa revisione ha confermato la validità della prima valutazione etica, suggerendo che lo studio potesse proseguire, ma stavolta con la garanzia di un coinvolgimento trasparente e attivo di ricercatori e attivisti autistici. Questo evento ha riacceso gli animi sulla questione della ricerca partecipativa (Zamzow 2021), in cui le persone autistiche collaborano con i ricercatori in tutte le fasi dello studio, dalla progettazione alla diffusione dei risultati.

4.2 Partecipare alla ricerca

Fino a qualche tempo fa i gruppi di ricerca sull'autismo erano composti praticamente solo da persone neurotipiche. In anni più recenti stiamo assistendo a un fenomeno di ibridazione dei gruppi di ricerca, che sono sempre più composti da studiosi con diagnosi di autismo. La storia di Michele Dawson è paradigmatica e in qualche modo pionieristica: diagnosticata con autismo nel 1993, è entrata a far parte del gruppo di ricerca di Laurent Mottron, uno dei più importanti studiosi di autismo, contribuendo in modo determinante al settore, e, tra le diverse pubblicazioni, vanta un articolo che è diventato un riferimento per quanto riguarda la critica etica del metodo ABA (Dawson 2008).

Negli anni Sessanta e Settanta diversi movimenti sociali, tra cui quelli per i diritti dei disabili e per la neurodiversità, hanno cominciato a mettere in discussione la separazione tra i ricercatori e i soggetti studiati nelle scienze che si occupano dell'uomo, chiedendo una maggiore inclusione e un riconoscimento della propria esperienza.

La *participatory research* (ricerca partecipativa) è quindi un approccio metodologico mirante a coinvolgere attivamente le persone direttamente interessate dall'oggetto della ricerca. Questo approccio sfida la tradizionale separazione tra ricercatori e soggetti di ricerca, proponendo una collaborazione che mira a produrre conoscenza e cambiamento sociale in modo congiunto. È spesso utilizzato in contesti in cui il potere e la conoscenza sono distribuiti in modo diseguale, come negli studi riguardanti i movimenti sociali, nelle comunità emarginate o in contesti di disabilità. Ad esempio, l'*Insight Group*, formato da Autistica Network[8], un'organizzazione con sede nel Regno Unito, facilita il collegamento tra ricercatori e membri della comunità autistica interessati a plasmare la ricerca sull'autismo. Le studiose hanno rilevato che mentre la ricerca tradizionale sull'autismo tende a trattare la comunità come mera fonte di dati – con il rischio di perpetuare stereotipi, invalidità metodologica e ulteriori marginalizzazioni – il modello partecipativo propone il coinvolgimento attivo della comunità in ogni fase, dalla definizione

[8] Autistica. "Insight Group." *Autistica.* Accessed January 31, 2025. https://www.autistica.org.uk/get-involved/insight-group.

degli obiettivi alla diffusione dei risultati. Questo approccio permette di realizzare studi più rilevanti e utili per la comunità, ma non è esente da problematiche: le ricercatrici Raymaker e Nicolaidis (2013) hanno evidenziato difficoltà nel reperire fondi compatibili con i valori della comunità, nel rendere accessibili strumenti e materiali di studio (es. la necessità di un linguaggio chiaro e diretto) e nel garantire che i dati siano interpretati correttamente grazie a un continuo scambio di informazioni "da insider". Senza tali attenzioni, c'è il rischio che i risultati possano ancora alimentare interpretazioni errate e contribuire alla marginalizzazione dei soggetti studiati. La partecipazione deve essere reale e non simbolica, e il rischio che persone autistiche vengano incluse per etichetta senza implementare metodi di studio adeguati alla loro reale partecipazione è alto. Avremo modo di approfondire il lato epistemologico di questo problema, che ne è probabilmente la base: l'epistemologia soggiacente al metodo scientifico di ricerca delle scienze umane è quella tradizionale basata sul criterio di oggettività a sua volta fondato sulla neutralità dell'osservatore. Per quanto il mito dell'osservatore neutrale sia stato messo in discussione financo nelle scienze che definiamo "dure", c'è ancora molto dibattito su come la conoscenza in prima persona– possa diventare dato di conoscenza.

4.3 La condivisione di narrazioni

La letteratura sull'autismo scritta da persone autistiche è tantissima e sempre in crescita. Solo per citare alcuni nomi, Jim Sinclair è considerato un pioniere, con il saggio *Don't Mourn for Us* (1993), che ha introdotto l'idea dell'autismo come modo di essere in contrasto alla narrazione dominante che lo vedeva come una tragedia familiare. Un altro contributo fondamentale è stata la raccolta curata da Julia Bascom *Loud Hands: Autistic People, Speaking* (2012): questa collezione di scritti di persone autistiche enfatizza i valori dell'autodeterminazione e della resistenza alle narrazioni patologizzanti. Tuttavia, il nome che probabilmente viene in mente per primo pensando alle narrazioni che sono state estremamente influenti sull'autismo è quello di Temple Grandin, la protagonista di uno dei libri più famosi dello psichiatra Oliver Sacks, *An Anthropologist on Mars* (1995). La scienziata e attivista ha avuto un ruolo cruciale nella narrazione pubblica dell'autismo, contribuendo a diffondere l'immagine dell'autistico come persona dotata di capacità cognitive peculiari, piuttosto che come individuo deficitario. Nel suo libro *Thinking in Pictures* (1995) Grandin descrive il suo modo di pensare visivo e le strategie che ha sviluppato per navigare il mondo neurotipico, fornendo una testimonianza che ha reso l'autismo più comprensibile al grande pubblico. Il suo lavoro ha influenzato sia il dibattito accademico che la rappresentazione mediatica dell'autismo, contribuendo a una maggiore accettazione della neurodiversità. La sua vita è stata anche raccontata nel film biografico *Temple Grandin* (2010), con Claire Danes nel ruolo della protagonista, che ha vinto numerosi premi e ha ulteriormente

diffuso nel senso comune l'idea della persona autistica come persona peculiare e incredibilmente dotata intellettivamente. Oggi il contributo di Grandin è stato tuttavia parzialmente ridimensionato: alcuni esponenti del movimento per la neurodiversità hanno criticato aspramente le sue visioni sulla cura delle forme di autismo più impattanti, nonché la sua stereotipizzazione dell'autismo ad alto funzionamento come superpotere e genialità.

Donna Williams, con *Nobody Nowheres* (1992) ha descritto l'autismo in termini più soggettivi ed esperienziali, aprendo la strada a narrazioni autobiografiche articolate in resoconti intimi e personali. Abbiamo, oggi, anche una ricognizione storica dell'autismo, scritta da Steve Silberman, che con *NeuroTribes: The Legacy of Autism and the Future of Neurodiversity*, ha ampliato il discorso sulla neurodiversità, analizzando le origini della diagnosi e il modo in cui le persone autistiche sono state trattate nel corso del tempo, sostenendo che l'autismo non sia un fenomeno recente, ma piuttosto una caratteristica umana sempre esistita, spesso fraintesa o invisibilizzata. Il libro ha avuto un impatto significativo, consolidando il paradigma della neurodiversità e contestando le narrazioni esclusivamente patologizzanti. Più recentemente, la filosofa e attivista Nick Walker ha sistematizzato il concetto di neurodiversità in *Neuroqueer Heresies* (2021), offrendo un contributo filosofico e narrativo significativo al movimento, combinando teoria critica e riflessioni personali per sfidare le concezioni tradizionali di "normalità" e "funzionamento" neurologico. Qui Walker sviluppa il concetto di *neuroqueerness*, un concetto che collega la diversità neurologica con il *queer*, mettendo in discussione le categorie di norma e devianza non solo in termini di sessualità e genere, ma anche di neurologia.

Queste narrazioni stanno cambiando profondamente il modo in cui pensiamo all'autismo e quindi anche il modo in cui facciamo scienza su di esso. Il termine *neurodiversità* è oggi adottato anche dagli specialisti stessi, come Tony Atwood (2007), che lo utilizza per descrivere l'autismo come una "variante neurologica" anziché una malattia. In Italia, la sua allieva Valentina Pasin promuove un approccio di inclusione sociale basato sulla neurodiversità, in dialogo aperto con le associazioni e gli attivisti. Questi autori sostengono un modello che valorizza le differenze neurologiche anziché vederle come un difetto. Quindi i movimenti stanno effettivamente cambiando il modo in cui si fa scienza e si pensa ai servizi sull'autismo, influenzando e contaminando un campo che prima era costituito solo da persone e da narrazioni neurotipiche. Tuttavia, sebbene l'influenza, l'ibridazione e le narrazioni siano certamente fondamentali per un aggiustamento direzionale, potrebbero non essere sufficienti a intaccare l'epistemologia di fondo della conoscenza medico-psichiatrica, cioè le condizioni teoriche e metodologiche che hanno creato le condizioni per l'ingiustizia epistemica del precedente silenziamento.

4.4 Per concludere

Il percorso tracciato in questo capitolo ha messo in luce la natura a un tempo divisa e contesa del sapere psichiatrico. Da un lato, la psichiatria tradizionale si presenta come un discorso scientifico-legittimante che costruisce il soggetto psichiatrizzato all'interno di un quadro patologizzante, entro questo quadro, il soggetto ha diritto a una presa in carico e alla cura. Dall'altro, i movimenti degli utilizzatori dei servizi contestano questa posizione, rivendicando il proprio ruolo nella produzione di conoscenza sulla sofferenza psichica e sul significato dell'esperienza psichiatrica stessa, nonché sui concetti di normalità e il significato della cura del disagio psichico.

Se il sapere psichiatrico è un sapere conteso, le implicazioni di questa contesa sono tanto epistemologiche quanto politiche: se la conoscenza psichiatrica è storicamente situata e attraversata da rapporti di forza, è possibile immaginare una sua trasformazione che tenga conto della voce dei soggetti psichiatrizzati, senza ricadere in nuove forme di esclusione? Quali strategie epistemiche e politiche possono emergere per ridistribuire il potere nel campo della salute mentale?

Il problema, tuttavia, non si riduce a chi ha il diritto di definire la sofferenza psichica, né a chi può parlare per tale sofferenza. Abbiamo definito, sulla scia degli studi foucaultiani, la psichiatria come qualcosa che eccede la sua istituzione e i suoi attori, che si staglia come un campo di significazione che investe l'intero ambito del disagio psichico e del sentire emotivo. In gioco c'è, quindi, la possibilità di legittimare e autorizzare chi può, e chi non può, normare la sofferenza psichica, quindi di una lotta per la definizione e la gestione del significato di esperienze e stati emotivi, che ha implicazioni cruciali per la soggettività individuale e collettiva. Il *Neurodiversity Movement,* non sembra voler proporre solo una conoscenza alternativa a quella psichiatrica, ma una vera e propria *forma di vita*, che comprende i modi in cui gli individui e i gruppi potrebbero concretamente vivere nel mondo. Essa si traduce in pratiche, linguaggi, valori e relazioni sociali che si oppongono a una visione monolitica e patologizzante della neurodivergenza. Questa forma di vita passa per una lotta per il riconoscimento, che interseca in modo cruciale la disciplina psichiatrica in uno dei suoi bastioni più controversi: la classificazione psichiatrica.

Nel prossimo capitolo esploreremo le implicazioni e i rischi di questa peculiare intersezione, che, sebbene appaia come un fenomeno recente, non è affatto inedita. Le comunità minoritarie, infatti, sono spesso state definite proprio dalla parte oppressiva: come Simone de Beauvoir notava nel suo *Il Secondo Sesso* (1949), tutto ciò che si sa della donna è stato definito dall'uomo, sulla base di una presupposta alterità radicale. La donna è l'altro dell'uomo, così come lo

psichiatrizzato è l'altro dell'uomo sano. Quindi, come "Donna non si nasce, lo si diventa", non si nasce psichiatrizzati, lo si diventa attraverso il riconoscimento nelle categorie psichiatriche, desiderato o forzato che sia. La lotta degli psichiatrizzati ha quindi una posta in gioco altissima, poiché porta con sé non solo un'idea inedita di legittimità epistemica, ma anche la speranza di aprire a nuove forme di soggettivazione e di relazione. Forme non colonizzate dal linguaggio e dal sapere psichiatrico, che aspirano a un modo di relazionarsi diverso, che distribuisca la cura nella vita quotidiana, senza lasciarne il monopolio alla psichiatria. In questo scontro, si evidenzia con cristallina chiarezza come la produzione di sapere e il poter "parlare per" siano sempre connessi al farsi portavoce di una forma di vita possibile, e come ciò abbia conseguenze materiali e simboliche di straordinaria importanza per i futuri a venire. Abbiamo visto come il rapporto epistemico tra medico e paziente non si configuri come un semplice scambio di informazioni, ma piuttosto come uno spazio di tensione in cui si gioca il riconoscimento del soggetto come fonte legittima di sapere. Questo comporta che la psichiatria non possa essere intesa unicamente come un apparato terapeutico, ma anche come un dispositivo normativo che regola la visibilità e l'intelligibilità di certe forme di esperienza. Essa non agisce soltanto dall'esterno, ma si insinua nelle categorie stesse con cui interpretiamo ciò che è psichico, fino a definire il vocabolario e le cornici attraverso cui diamo senso a stati d'animo, comportamenti, relazioni. Tale pervasività trasforma la psichiatria in una matrice concettuale che tende a medicalizzare anche ciò che sfugge alla logica clinica, colonizzando progressivamente il campo dell'esperienza e dell'immaginario. Nei capitoli che seguono avremo modo di soffermarci su questa dinamica, ricostruendo la genealogia della medicalizzazione e interrogando le forme in cui il *Neurodiversity Movement*, pur nella sua spinta emancipatoria, rischia di alimentarne inconsapevolmente l'estensione.

CAPITOLO SECONDO

La diagnosi psichiatrica come dispositivo culturale

> The whole earth is our hospital
> Endowed by the ruined millionaire,
> Wherein, if we do well, we shall Die of the absolute paternal care
> That will not leave us, but prevents us everywhere.
>
> THOMAS STEARNS ELIOT, *Four Quartets*

> Attraverso quali giochi di verità l'uomo si applica a pensare il proprio essere peculiare quando percepisce se stesso come pazzo, quando si guarda come malato, quando si pensa come essere vivente, parlante e operante, quando si giudica e si punisce in quanto criminale? Attraverso quali giochi di verità l'essere umano si è riconosciuto come uomo di desiderio (*homme de désir*)?"
>
> MICHEL FOUCAULT, *L'uso dei piaceri*

Il primo capitolo ha analizzato le condizioni storiche ed epistemologiche che hanno definito la psichiatria come sapere fondato su una separazione strutturale tra chi osserva e chi è osservato, tra il discorso scientifico e le forme di esperienza vissuta a cui si applica. A partire dalla genealogia foucaultiana della medicalizzazione della follia, è stato messo in luce come la costituzione della psichiatria come sapere autonomo abbia comportato la neutralizzazione dei linguaggi preesistenti del disagio psichico, sostituiti da un lessico clinico che non si limita a descrivere, ma struttura l'oggetto di cui parla. Questo assetto ha reso possibile, nel tempo, una serie di tensioni epistemiche e politiche, che oggi emergono nelle pratiche di rivendicazione da parte delle soggettività psichiatrizzate. La riflessione si è così concentrata sui modi in cui tali soggettività, nel reclamare voce e legittimità, mettono in questione non solo i contenuti del sapere psichiatrico, ma le condizioni stesse della sua produzione e circolazione.

Questo secondo capitolo si colloca in continuità con questo percorso, ma sposta l'attenzione dalle condizioni epistemiche alla trasformazione storica delle pratiche psichiatriche nella gestione della soggettività. Cercheremo di comprendere il contesto storico e istituzionale in cui si situano oggi le soggettività psichiatrizzate e i movimenti che vi fanno riferimento, partendo da una ricostruzione del "viaggio" che ha fatto la diagnosi di autismo dai suoi inizi ad oggi.

Se nel capitolo precedente abbiamo concentrato l'attenzione sulla produzione del sapere e sulle condizioni di possibilità per una partecipazione critica alla sua elaborazione, ciò che qui viene messo a fuoco è il quadro trasformato entro cui tale partecipazione si esercita: un contesto in cui la psichiatria ha modificato profondamente i propri strumenti, i propri ambiti di intervento e le proprie modalità di funzionamento. Non ci troviamo più nel paesaggio dell'internamento manicomiale e delle istituzioni totali descritto da Foucault o Goffman. A seguito della rottura antipsichiatrica e delle traiettorie di depatologizzazione che si sono sviluppate dagli anni Settanta in avanti, il potere psichiatrico si è ridefinito in modo diffuso, pervasivo, integrato in pratiche educative, amministrative e sociali. La medicalizzazione, lungi dall'essere superata, si è riconfigurata sotto nuove forme: non più fondamentalmente repressiva o segregante, ma capace di operare attraverso strumenti di regolazione selettiva, normalizzazione terapeutica e, per citare Castel, di "gestione dei rischi".

Se la riflessione genealogica di Foucault ha offerto una cassetta degli attrezzi decisiva per comprendere la medicalizzazione della soggettività e la costituzione storica della psichiatria come sapere, oggi è necessario affiancarle altri strumenti concettuali per pensare le forme assunte dal potere psichiatrico nell'epoca post-antipsichiatrica. In questa direzione si sono mosse le analisi del sociologo francese Robert Castel, che ha messo in luce la crisi dei dispositivi di protezione collettiva e la crescente individualizzazione della vulnerabilità; nonché quelle di Nikolas Rose, che ha indagato l'intreccio tra psichiatria e governo neoliberale della soggettività. Vedremo infine come i contributi di autori come Brinkmann e Rosenberg hanno evidenziato la funzione regolativa della diagnosi nella vita quotidiana e nei meccanismi burocratici di categorizzazione ordinaria. La diagnosi prende a rappresentare quindi un punto di snodo in cui si intrecciano istanze cliniche, amministrative, simboliche e politiche. Il suo statuto mutevole – dispositivo di accesso o di esclusione, strumento di riconoscimento o di controllo – permette di osservare le tensioni che attraversano la soggettività psichiatrizzata nel momento in cui si confronta con la razionalità normalizzante dei servizi, delle politiche sociali e dei discorsi sull'identità. È in vista di questa ultima sezione che viene introdotta, come cerniera teorica, la proposta concettuale di Ian Hacking. Proprio in ragione della natura capillare della psichiatria contemporanea, la nozione di *moving target*, sviluppata nell'ambito della teoria del *looping effect*, permette di pensare le categorie diagnostiche non come strumenti classificatori stabili, ma come entità storicamente instabili, soggette a retroazioni e riformulazioni da parte dei soggetti cui si applicano. Applicata al caso dell'autismo, questa prospettiva consente di leggere la diagnosi come un campo di tensione tra definizione istituzionale e appropriazione soggettiva, tra tecniche di classificazione e pratiche di ri-significazione collettiva di un sapere che viene contestato, ma non rifiutato in toto.

1. Autismo e diagnosi: genealogie, conflitti, ridefinizioni

Non è un caso che Hacking usi proprio l'esempio della categorizzazione dell'autismo nelle sue lezioni al College de France nel 2002-2005. La classificazione di autismo, poi di spettro autistico, è cambiata in modo profondo dal suo primo concepimento. Per comprendere appieno la complessità di questa trasformazione, sarà necessaria una ricostruzione più puntuale dei meccanismi attraverso cui la categoria ha acquisito una funzione clinica, epistemica e normativa.

L'evoluzione storica della diagnosi di autismo rivela una profonda tensione tra esigenze cliniche, trasformazioni culturali e istanze politiche. La sua formalizzazione ha avuto inizio nel 1943, grazie al lavoro dello psichiatra austriaco Leo Kanner, che, nel suo articolo *Autistic Disturbances of Affective Contact*, descrive un insieme di comportamenti osservabili in un gruppo di bambini caratterizzati da difficoltà nelle interazioni sociali, nella comunicazione verbale e non verbale, e da comportamenti ripetitivi e stereotipati (Kanner 1943). Kanner definisce l'autismo come una condizione rara e permanente, con una base neurologica che preclude una normale comunicazione affettiva. La diagnosi, in questa fase, è centrata su una visione patologica, in cui l'autismo viene visto come una deficienza emotiva e relazionale, legata a fattori neurologici e psicologici individuali, privi di una dimensione sociale o culturale rilevante.

Negli anni Trenta e Quaranta, Hans Asperger lavora presso la Clinica pedagogica universitaria di Vienna, dove osserva per anni un gruppo di bambini con difficoltà nelle interazioni sociali, interessi ristretti e comportamenti ripetitivi, ma con linguaggio e intelligenza nella norma o superiori. Nel 1944 pubblica una lunga descrizione clinica di questi casi, che si distingue dalla forma più compromessa dell'autismo descritta da Leo Kanner, delineando un quadro più sfumato e compatibile con un buon funzionamento cognitivo (Asperger 1944). La sua prospettiva, tuttavia, prende forma all'interno della Vienna nazificata, dove il sapere medico è profondamente intrecciato con politiche eugenetiche. In questo contesto, la distinzione tra bambini "educabili" e "inadatti" assume un peso decisivo: studi storici recenti mostrano come Asperger abbia collaborato con il sistema sanitario del regime, contribuendo, anche attraverso le sue valutazioni, all'esclusione e talvolta alla soppressione di soggetti considerati non recuperabili (Czech 2018; Sheffer 2018).

Negli anni Cinquanta e Sessanta, quando il paradigma psicoanalitico dominava la psichiatria e la psicologia infantile, soprattutto in Europa e Nord America, l'autismo viene interpretato come un disturbo di origine psicogena, causato da interazioni familiari disfunzionali. La teoria della cosiddetta "madre frigorifero", elaborata da Bruno Bettelheim negli Stati Uniti, divenne

una delle spiegazioni più influenti: secondo questa ipotesi, la madre sarebbe stata una figura emotivamente fredda e distante, incapace di fornire l'attaccamento necessario, determinando così l'isolamento affettivo e sociale del bambino (Bettelheim 1967). Questa lettura psicoanalitica esercitò un enorme potere esplicativo e normativo nella pratica clinica e nella cultura popolare per oltre due decenni.

A partire dagli anni Settanta e soprattutto negli anni Ottanta, il paradigma psicoanalitico iniziò a perdere terreno a favore di nuovi approcci basati su ricerche empiriche e modelli cognitivi. Lo sviluppo della "teoria della mente" da parte di studiosi come Alan M. Leslie e Simon Baron-Cohen spostò l'attenzione dall'ambiente familiare ai deficit specifici nella capacità di attribuire stati mentali agli altri, aprendo la strada a una riformulazione neurologica e cognitiva dell'autismo (Baron-Cohen, Leslie, and Frith 1985; Leslie 1987). L'autismo non viene più concepito come effetto di traumi relazionali, ma come una condizione innata del neurosviluppo, caratterizzata da alterazioni nei processi cognitivi e percettivi. Questo cambiamento segnò non solo una discontinuità teorica, ma anche epistemologica: si passò da un approccio che interpretava l'autismo come esito di dinamiche familiari, ricostruite attraverso la narrazione del paziente secondo una griglia psicoanalitica, a un modello che lo definiva come condizione del neurosviluppo, indagabile attraverso strumenti sperimentali e neurobiologici, in un'ottica sempre più medicalizzata.

Parallelamente agli studi di Frith e Baron-Cohen, la psichiatra britannica Lorna Wing, attraverso un ampio lavoro epidemiologico, osservò una maggiore variabilità clinica nei soggetti con tratti autistici, mettendo in discussione l'idea di un'entità clinica ristretta e uniforme. Nel suo studio del 1981, Wing propone di superare la concezione rigida delineata da Kanner, suggerendo che le caratteristiche autistiche possano manifestarsi lungo un continuum di gravità e modalità espressive (Wing 1981), aprendo così la strada al concetto di "spettro autistico". La nozione di spettro risponde all'esigenza di includere forme più lievi o atipiche di autismo, come la sindrome di Asperger, e viene formalizzata negli anni Novanta con l'introduzione di categorie diagnostiche come il disturbo autistico, la sindrome di Asperger e i disturbi pervasivi dello sviluppo non altrimenti specificati (PDD-NOS) nel DSM-IV (*American Psychiatric Association* 1994). Questo ampliamento segna una svolta classificatoria destinata a generare importanti controversie.

1.1 Fratture, mutamenti e discontinuità epistemiche

L'autismo è spesso descritto come una condizione la cui identificazione si è progressivamente affinata nel tempo, attraverso un processo lineare di accumulazione di

conoscenze. Tuttavia, come abbiamo cercato di illustrare, questa narrazione nasconde le molteplici fratture, revisioni e ambiguità che ne hanno segnato la storia.

La sua concettualizzazione è stata profondamente plasmata da mutamenti epistemologici, contingenze storiche e riorganizzazioni istituzionali. Verhoeff (2013) mette in discussione la narrazione storiografica interna alla psichiatria, definita "ricorrente", secondo la quale l'autismo sarebbe un fenomeno naturale che la scienza ha gradualmente imparato a riconoscere e definire in modo sempre più accurato. Verhoeff individua due strategie tipiche di questa costruzione: la narrazione positivista, che descrive lo sviluppo diagnostico come un progresso lineare verso la verità, e quella essenzialista, che retroproietta l'etichetta diagnostica contemporanea su figure storiche o casi clinici passati, attribuendo all'autismo una presunta stabilità trans-storica.

Un esempio emblematico è rappresentato dal cosiddetto "tipo Asperger". Secondo Verhoeff, l'inclusione formale della sindrome di Asperger nello spettro autistico fu solo il punto terminale di un processo di ripensamento dell'autismo che ne aveva progressivamente ampliato i confini concettuali. Le caratteristiche associate al tipo Asperger – linguaggio nella norma, intelligenza preservata, difficoltà relazionali e interessi ristretti – avevano infatti già contribuito a ridefinire il concetto, spostandone il baricentro dalle anomalie linguistiche e comportamentali alla dimensione della cognizione sociale.

La comparsa dell'etichetta diagnostica della sindrome di Asperger non segnava l'emergere di una nuova entità clinica, ma indicava piuttosto una variazione interna a un costrutto concettualmente mutato. Da qui derivano sia la sua difficile distinzione dall'autismo "ad alto funzionamento", sia la sua successiva rimozione nel DSM-5, che ha aggregato tutte queste forme sotto la categoria di *autism spectrum disorder* (ASD). Per Verhoeff, dunque, l'attuale configurazione dell'autismo come spettro neurobiologico non rappresenta l'approdo necessario di una storia cumulativa, bensì il risultato storicamente situato di trasformazioni epistemiche, metodologiche e istituzionali.

A questa discontinuità storica si affianca una discontinuità epistemica: l'autismo non gode di un consenso scientifico consolidato, ma continua a essere una classificazione estesamente discussa. Una delle principali difficoltà nella sua concettualizzazione, sin dalle prime formulazioni, risiede nella marcata eterogeneità fenotipica, ovvero nella grande variabilità delle manifestazioni cliniche e dei profili individuali. Questa eterogeneità fenotipica ha sollevato, sin dalle prime formulazioni, dubbi circa la possibilità di considerare l'autismo come un'entità nosologica coerente e unitaria. Psichiatri e studiosi come Sam Timimi, Neil Gardner e Brian McCabe – questi ultimi diagnosticati con ASD – hanno sostenuto che, in assenza di un meccanismo patogenetico condiviso, e data la sovrapposizione tra differenti presentazioni cliniche, la categoria diagnostica dell'autismo andrebbe abbandonata. A loro avviso,

mancherebbe una base scientifica, clinica ed epistemologica sufficientemente solida da giustificare la persistenza del costrutto: «There is no such thing as autism and the label should be abolished» (Timimi, Gardner, and McCabe 2011, 286).

Una posizione di questo tipo ha inevitabilmente generato reazioni di sconcerto e disapprovazione, in particolare da parte di chi si riconosce nella diagnosi non solo una spiegazione, ma anche uno strumento di accesso a servizi, accomodamenti e diritti. In questo scenario, segnato da profonde incertezze classificatorie, le controversie intorno alla definizione dell'autismo si sono intensificate in momenti cruciali di revisione diagnostica, come la pubblicazione del DSM-5. A partire dagli anni Novanta, come abbiamo visto, queste tensioni si sono intrecciate con le rivendicazioni delle persone autistiche organizzate, le cui istanze hanno contribuito a trasformare ancora una volta le coordinate del dibattito, muovendosi tra esigenze materiali e dimensioni identitarie, contribuendo alla nascita del concetto di neurodivergenza.

1.2 La controversia del DSM-5: allargare o restringere la classificazione?

Le tensioni teoriche che attraversano la storia dell'autismo emergono con particolare evidenza nel dibattito che ha accompagnato la pubblicazione del DSM-5, il cui rilascio fu ripetutamente posticipato a causa di accese polemiche, interne ed esterne alla comunità psichiatrica. Tra i critici più influenti vi furono due figure centrali delle precedenti edizioni del manuale: Robert Spitzer, curatore del DSM-III, e Allen Frances, responsabile della task force del DSM-IV. Entrambi guidarono una campagna internazionale contro la nuova versione, contestando l'allargamento delle categorie diagnostiche e denunciando il rischio di una patologizzazione della normalità. Frances, in particolare, aveva già osservato come il DSM-IV avesse contribuito a un aumento significativo delle diagnosi infantili, soprattutto nei disturbi dell'umore e dell'attenzione, e temeva che il DSM-5 potesse intensificare questa tendenza.

Nel suo libro *Saving Normal* (edizione italiana: Primo: non curare chi è normale), Frances denuncia il pericolo di una "epidemia diagnostica" innescata da categorie troppo ampie, capaci di includere milioni di individui "mediamente normali" tra i pazienti psichiatrici. Egli scrive:

> Il DSM-5 sembrava chiaramente destinato a fare errori macroscopici [...]. Pensavo con preoccupazione che molti di loro sarebbero stati sottoposti a cure farmacologiche inutili, con probabili pericolosi effetti collaterali. Le aziende farmaceutiche avrebbero affilato le loro armi, studiando come sfruttare al meglio tutti questi nuovi, invitanti obiettivi che si offrivano ai loro meccanismi ben oliati di mercificazione della malattia (Frances 2013).

Se da un lato alcuni psichiatri denunciavano un'espansione eccessiva delle soglie diagnostiche, dall'altro molte associazioni di persone autistiche esprimevano timori opposti. L'introduzione della sindrome di Asperger nel DSM-IV aveva ampliato notevolmente il raggio della diagnosi, ma per Frances tale espansione era frutto di un uso inappropriato ed eccessivamente estensivo della categoria: «L'Asperger, prima sconosciuto, è diventato l'ultimo grido diagnostico, in grado di spiegare un'ampia gamma di differenze individuali. [...]» (Frances 2013).

Frances considerava tale dinamica una distorsione da correggere nel DSM-5. Le associazioni di persone autistiche, tuttavia, adottavano una prospettiva differente. La proposta di unificare sotto la nuova etichetta di *Autism Spectrum Disorder* (ASD) le precedenti categorie di Asperger e dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo Non Altrimenti Specificati (PDD-NOS) fu accolta con forte preoccupazione. Se l'intento ufficiale della revisione era ridurre l'eterogeneità interna, diversi studi preliminari mostravano che i nuovi criteri avrebbero potuto escludere un numero rilevante di soggetti già diagnosticati. Questa prospettiva fu duramente criticata dall'*Autistic Self Advocacy Network* (ASAN), che, sotto la guida di Ari Ne'eman e Steven Kapp, intervenne attivamente nel processo di revisione. Come scrivono gli autori: «Poiché le persone autistiche sono plasmate dal processo diagnostico, una delle priorità di ASAN – in quanto organizzazione gestita da e per persone autistiche – era poterlo influenzare a sua volta.» (Kapp & Ne'eman, 168).

Il coinvolgimento attivo di una comunità autistica organizzata in un processo tecnico come quello di revisione del DSM rappresenta un elemento di discontinuità. Organizzazioni come GRASP[9], rappresentative della comunità "*aspie*", si opposero principalmente per ragioni simboliche e identitarie. Alcuni, come Michael John Carley, espressero disagio all'idea di essere ricondotti a una categoria percepita come maggiormente stigmatizzante. ASAN, invece, respinse questa posizione – definita *aspie supremacy* – e rivendicò una solidarietà trasversale (*cross-spectrum solidarity*), criticando la gerarchizzazione implicita delle etichette diagnostiche. Pur avendo entrambi una diagnosi di Asperger, Ne'eman e Kapp riconoscevano l'arbitrarietà delle distinzioni precedenti e il loro impatto discriminatorio in termini di accesso ai servizi.

ASAN sottolineò inoltre le implicazioni materiali della differenziazione diagnostica: alcune etichette facilitavano l'accesso a supporti, mentre altre, a parità di bisogni, lo ostacolavano. Pur sostenendo l'unificazione, l'organizzazione era consapevole dei rischi associati a un'applicazione restrittiva dei nuovi criteri. Studi indipendenti ipotizzavano l'esclusione di oltre

[9] GRASP è l'acronimo di *Global and Regional Asperger Syndrome Partnership*, organizzazione statunitense fondata da Michael John Carley per offrire supporto e rappresentanza agli adulti con diagnosi di sindrome di Asperger o autismo cosiddetto "ad alto funzionamento".

la metà dei casi precedentemente diagnosticati, con un impatto marcato sui soggetti con diagnosi di Asperger. Il lavoro di advocacy portato avanti da ASAN rappresenta un momento cruciale nei movimenti per i diritti delle persone disabili, segnando una delle prime volte in cui una comunità direttamente interessata ha avuto voce nel processo di definizione dei criteri diagnostici, ma va segnalato tuttavia che la preoccupazione degli attivisti, in questo caso, era per la depatologizzazione. Anche se le richieste non furono pienamente accolte, alcune modifiche – come l'introduzione della diagnosi retroattiva (*currently or by history*), il riconoscimento delle strategie di mascheramento e la riformulazione dei livelli di "gravità" in termini di bisogni di supporto – possono essere considerate un significativo passo avanti. Tuttavia, secondo gli attivisti, il processo si è svolto in larga parte senza un effettivo riconoscimento della legittimità epistemica delle persone autistiche coinvolte, che hanno dovuto ricorrere a strategie informali e indirette per accedere alle informazioni e influenzare le scelte. Il risultato è stato un compromesso[10]: una versione del DSM-5 che, pur continuando a escludere molte persone (in particolare donne, minoranze etniche e soggetti con tratti meno visibili), ha evitato esiti più restrittivi grazie all'intervento diretto dei soggetti interessati.

Il disaccordo emerso tra istituzione psichiatrica e associazioni di utenti è significativo: da un lato, c'è una tendenza verso la limitazione dell'espansione diagnostica, dall'altro, alcune associazioni rivendicano l'inclusione in categorie che restano, comunque, definite in termini di disturbo. Questa rivendicazione, apparentemente paradossale, può tuttavia essere compresa: ottenere una diagnosi significa accedere a servizi, a forme di riconoscimento sociale, a una narrazione condivisa. In questo quadro, la posizione di autori come Ne'eman e Kapp solleva un nodo cruciale: se la diagnosi psichiatrica contribuisce alla costruzione delle soggettività, fino a che punto la psichiatria può sottrarsi alla responsabilità delle forme identitarie che essa contribuisce a generare? E, di fronte alla cancellazione di categorie come Asperger, che ne è delle persone che su tali diagnosi avevano costruito parte della propria identità, oltre che il proprio accesso a diritti e supporti? La responsabilità della psichiatria nella definizione delle

[10] La ridefinizione dell'autismo nel *DSM-5*, che ha unificato diagnosi precedenti come autismo infantile, sindrome di Asperger e altri disturbi pervasivi dello sviluppo nella categoria unica di *Autism Spectrum Disorder (ASD)*, ha avuto ripercussioni anche nel campo della ricerca scientifica. Alcuni critici hanno sostenuto che questo allargamento dei criteri diagnostici ha aumentato significativamente l'eterogeneità clinica all'interno del gruppo ASD, rendendo più difficile individuare marker biologici, cognitivi o comportamentali stabili. In particolare, Mottron e Bzdok (2020) hanno evidenziato come l'attuale definizione di autismo includa una varietà quasi illimitata di presentazioni cliniche, con una conseguente riduzione fino all'80% dell'effetto osservato in molti studi biologici condotti tra il 2000 e il 2015. Allo stesso modo, Müller et al. (2017) sottolineano il rischio che una categoria diagnostica così ampia possa "whitewashare" differenze cliniche significative, compromettendo la possibilità di identificare sottogruppi coerenti. Altri studiosi, tra cui Happé, Szatmari e Insel, hanno sollevato dubbi sulla validità scientifica della categoria ASD come entità unitaria, suggerendo che la sua attuale ampiezza possa ostacolare lo sviluppo di modelli esplicativi efficaci e replicabili (Happé et al. 2006; Szatmari 2011; Insel 2013

categorie diagnostiche rivela molto sul suo modo di fare scienza puramente descrittiva. La pratica del *labeling*[11] – l'assegnazione di etichette diagnostiche – non si limita a classificare, abbiamo già visto con Hacking, ma produce effetti concreti sulle identità e sulle esperienze di chi viene diagnosticato, influenzando l'accesso a risorse, diritti e forme di riconoscimento sociale.

[11] La pratica del *labeling*, ovvero l'attribuzione di etichette diagnostiche, è un aspetto ampiamente studiato nelle scienze sociali e nella filosofia della psichiatria. Essa evidenzia come le classificazioni psichiatriche non si limitino a descrivere, ma contribuiscano a modellare l'identità e la traiettoria esistenziale dell'individuo, producendo effetti sociali, clinici e simbolici rilevanti.

2. Storia e forme della medicalizzazione

Nel primo capitolo abbiamo già accennato alle difficoltà epistemologiche che emergono nel tentativo di produrre nuove conoscenze all'interno di contesti culturali profondamente segnati dai linguaggi, dalle categorie e dai modi di pensare veicolati dalla psichiatria. Tuttavia, la medicalizzazione – o, come alcuni studiosi preferiscono, la psichiatrizzazione – della vita quotidiana non riguarda solo la dimensione epistemica, ma incide direttamente sulle forme di vita, permeando il modo in cui i soggetti si percepiscono, si raccontano e vengono riconosciuti.

Michel Foucault è tra i primi filosofi ad aver interrogato in modo sistematico la costituzione storica ed epistemica dei saperi, mostrando come ogni forma di conoscenza emerga all'interno di dispositivi che non si limitano a registrare il reale, ma lo organizzano, lo delimitano e ne definiscono le condizioni di intelligibilità. La sua analisi dei saperi medici e psichiatrici non si muove sul terreno della critica ideologica o dell'opposizione tra vero e falso, ma si propone di ricostruire con il metodo genealogico i processi attraverso cui la medicina e la psichiatria moderne si costituiscono come forme di sapere-potere, intrecciate a trasformazioni nei regimi di visibilità, nelle tecniche di osservazione e nelle pratiche istituzionali.

Sebbene Foucault sia spesso presentato come il filosofo che ha denunciato la contenzione e la separazione del diverso proprie della logica disciplinare che accomuna prigioni e manicomi; è importante ricordare che per il filosofo francese questo costituisce solo un primo livello dell'analisi di come opera il potere. È infatti proprio uno dei miti fondativi del prestigio della psichiatria moderna – la liberazione dei folli incatenati nell'ospedale di Bicêtre da parte di Philippe Pinel nel 1793 – a offrire, secondo Foucault, una dimostrazione ben più sottile delle modalità attraverso cui si istituisce il potere psichiatrico e, più in generale, il potere stesso. Questo evento è infatti ascrivibile a un processo di "normalizzazione" che si rivelerà necessario perché la psichiatria possa costituirsi come campo scientifico autorevole. Fa parte, in altre parole, di tutte quelle mosse necessarie perché la follia venga perimetrata in una struttura oggettiva e ideale, che indica in modo preciso lo spazio di verità in cui operano i folli. La definizione moderna della ragione diventa così una verità normativa dell'essenza umana, imparentata da vicino con la morale e la posizione sociale. Quello che ha fatto Pinel è stato quindi non tanto introdurre una scienza (Foucault 1973, 432), bensì un personaggio: il medico, la cui autorità è garantita da un investimento simbolico che in lui riconosce il depositario della morale e della verità.

Questo processo di normalizzazione è quello sotteso al più ampio progetto della medicalizzazione della follia, cui segue la nascita del malato mentale in quanto soggetto disciplinare. Il passaggio dal folle – segregato – al malato mentale – curato, gestito – fa sì, in

altre parole, che la norma *giuridica*, quella che sottendeva la segregazione nell'Hôpital Général, da negativa ed esteriore, divenga una norma positiva e *biologica*, che, presentandosi come una "riqualificazione" del folle, oblia le insidie della presa del biopotere. Questa nuova norma, secondo l'analisi di Pierre Macherey, è una:

> norma in senso positivo, come un'espansione, un movimento estensivo e creativo che, ampliando progressivamente i limiti del suo campo d'azione, costituisce effettivamente da se stesso il campo d'esperienza a cui le norme vengono ad applicarsi. In quest'ultimo caso, si può dire che la norma "produca" gli elementi su cui agisce, nel momento stesso in cui elabora le procedure e i mezzi reali di questa azione, si può dire cioè che essa determini l'esistenza di quegli stessi elementi che si accinge a controllare (Macherey 2011, 74–75).

È in questa trasformazione che Foucault individua l'emergere del biopotere (Foucault 2004): un potere non più definito in termini di interdizione o repressione, ma come forza produttiva che organizza, distribuisce e modella la vita (*bíos*) stessa. Il biopotere agisce attraverso la norma biologica, che si espande come principio regolativo dell'esistenza, producendo i corpi e le soggettività che governa. Come osserva ancora Macherey, si tratta di un potere «positivo, in quanto fondato su meccanismi che, invece di imporre limiti alla vita umana, la organizzano su un piano materiale, contribuendo inoltre a produrla» (Macherey 2017, 129).

La norma biologica si muove dunque su un piano diverso rispetto a quello della segregazione: nella medicalizzazione o si è parte della categorizzazione, e si è quindi riconosciuti, o si è squalificati e alienati. La medicalizzazione fa proprio il territorio del riconoscimento, perché incorpora e biologizza la sragione (*déraison*) all'interno del corpo del soggetto.

Questo aspetto è centrale per comprendere come la psichiatria opera oggi, in un periodo storico successivo alle lotte degli antipsichiatri, in cui la segregazione del malato viene vista come un'*extrema ratio*, che, sebbene ancora presente in altre forme, è ammantata di vergogna e di tentativi di riqualificazione. Il monologo medico, che Foucault interpreta come la presa di potere di un campo disciplinare attraverso la diffusione di pratiche discorsive funzionali alla governamentalità, segna il passaggio da una concezione del potere centrata sulla sovranità a una logica biopolitica, in cui il sapere medico diventa dispositivo di regolazione della vita. Radicandosi progressivamente nelle prassi che organizzano la quotidianità, la psichiatria non si limita a delimitare i parametri entro cui il disagio mentale può essere pensato e descritto, ma produce forme di autogoverno, incidendo sulle modalità attraverso cui i soggetti si percepiscono, si comprendono e si raccontano.

2.1 Studi sociologici sulla medicalizzazione

La medicalizzazione, ampiamente studiata in ambito sociologico, indica la tendenza a ridefinire e trattare come problemi medici anche comportamenti, esperienze e condizioni che in precedenza erano comprese in altri registri interpretativi, morali, giuridici o sociali. Uno dei primi a tematizzare sistematicamente questo processo è stato il sociologo Peter Conrad, che già negli anni Settanta ha analizzato l'iperattività infantile come caso esemplare di trasformazione di comportamenti percepiti come devianti in condizioni cliniche trattabili (Conrad 1975). In un articolo successivo, Conrad chiarisce che il cuore della medicalizzazione risiede in un problema definitorio: attribuire a un determinato fenomeno un significato medico, attribuendogli una eziologia organica che può essere più o meno dimostrata, e costruire intorno a esso pratiche di intervento terapeutico.

I suoi studi sull'ADHD mostrano come, a partire dagli anni Novanta, questo processo abbia progressivamente incluso anche gli adulti, con il contributo attivo di soggetti non strettamente medici: case farmaceutiche, gruppi di advocacy come CHADD, consumatori e pazienti stessi. In questo scenario, l'industria farmaceutica non si limita a offrire cure, ma partecipa alla definizione stessa delle categorie diagnostiche, ampliandone l'orizzonte d'applicazione e contribuendo alla normalizzazione di interventi farmacologici anche per difficoltà di attenzione o performance precedentemente considerate non patologiche (Conrad 2005). Prima di procedere, è necessaria una precisazione importante sul concetto di medicalizzazione. La medicalizzazione, se prendiamo la concettualizzazione di Foucault e la lettura di Macherey, *non* coincide in modo preciso con la patologizzazione. Dire che un problema è di appannaggio della psichiatria non significa già dire che è patologico, significa iscriverlo all'interno della cornice ermeneutica medico psichiatrica, sostenere che verrà meglio compreso se letto attraverso le sue lenti. La patologizzazione, dunque, non è un corollario automatico della medicalizzazione. Esistono diversi aspetti dell'esperienza umana che sono stati medicalizzati senza essere necessariamente intesi come malattie: il lutto, ad esempio, è diventato oggetto di attenzione psichiatrica con l'introduzione di categorie come il disturbo da lutto persistente, ma il vivere il dolore per la perdita non è di per sé patologico; allo stesso modo la menopausa, la gravidanza o il parto sono stati inscritti nella cornice medica e psichiatrica come condizioni da monitorare, pur senza configurarsi immediatamente come malattie; infine, fenomeni come lo stress lavorativo o scolastico sono stati letti attraverso le lenti della psichiatria e della psicologia clinica, dando origine a nozioni come *burnout*, ma non sempre trattati come vere e proprie patologie. Spesso la patologizzazione interviene a posteriori, alimentata dal senso comune che tende a identificare automaticamente il "problema medico" con una "malattia". Ma questo non è il

punto centrale della medicalizzazione: ciò che essa realizza è piuttosto un ampliamento del raggio d'azione della psichiatria, che conquista un monopolio epistemico su come debbano essere compresi e interpretati i comportamenti, i vissuti e le trasformazioni dei vissuti umani. Quando sosteniamo che esista un rischio di estendere il dominio della medicalizzazione per il *Neurodiversity Movement*, non ci riferiamo alla patologizzazione – che viene anzi esplicitamente rigettata dal movimento – bensì al fatto che, restando all'interno di ciò che è diagnosticabile e dunque medicalizzabile, si corre il pericolo di includere progressivamente nell'orizzonte medico aspetti del comportamento e dell'esperienza che, a nostro avviso, dovrebbero rimanere al di fuori delle maglie della medicalizzazione, della sua normatività biologica e riduzionista.

La medicalizzazione, per Conrad – e come vedremo anche per Nikolas Rose – è strettamente legata a un'idea di riduzionismo biologico, ovvero alla tendenza a spiegare e trattare il disagio in termini esclusivamente biomedici. Secondo il sociologo di ispirazione foucaultiana Nikolas Rose, la medicalizzazione del disagio mentale e le sue ramificazioni costituiscono uno dei fulcri del biopotere contemporaneo, generando un processo attraverso cui sempre più aspetti dell'esperienza umana – compresi quelli relativi all'identificazione e al riconoscimento – vengono interpretati secondo le lenti della biomedicina e inscritti nella sua grammatica normativa:

> Molecular biomedicine does not simply 'medicalize' human conditions; it transforms our understanding of what it means to be human, redefining our identities in terms of our biological susceptibilities and risks (Rose 2007, 4).

Le trasformazioni della soggettività contemporanea vanno collocate all'interno di una genealogia critica della produzione storica del sé, in cui le scienze psicologiche hanno svolto un ruolo fondamentale nella configurazione di forme specifiche di interiorità, normazione e autogoverno. In *Power and Subjectivity* (1996), Nikolas Rose ricostruisce il modo in cui, a partire dal XIX secolo, la psicologia non si limita a descrivere un soggetto preesistente, ma partecipa attivamente alla sua costituzione, attraverso l'elaborazione di "regimi di verità" che definiscono ciò che può essere conosciuto, detto e praticato in rapporto al sé. La soggettività moderna emerge così all'intersezione tra saperi psicologici, tecnologie di governo e pratiche quotidiane di regolazione individuale. Come scrive Rose:

> It is not a matter of stripping away the illusions to reveal a real self underneath, but of analysing how particular regimes of truth and forms of expertise have come to shape the ways we experience, understand and govern ourselves (Rose 1996, 8).

In questo quadro, la medicalizzazione non si riduce a un'espansione del dominio clinico, ma si configura come una forma storicamente situata di soggettivazione, attraverso cui gli individui imparano a rapportarsi a se stessi in quanto portatori di interiorità da esplorare, gestire e normalizzare.

Neurochemical Selves (2003) rappresenta un'estensione di questa analisi genealogica in direzione delle neuroscienze e della farmacologia contemporanee. Se *Power and Subjectivity* aveva ricostruito la genesi storica del soggetto psicologico come effetto delle pratiche discorsive e istituzionali della psicologia moderna, *Neurochemical Selves* mostra come tale figura venga progressivamente riconfigurata, a partire dagli anni Ottanta, nei termini di un soggetto neurochimico: un sé concepito come prodotto di equilibri molecolari cerebrali, regolabili attraverso interventi farmacologici. Il passaggio non è soltanto epistemologico, ma implica una ristrutturazione delle modalità di autocomprensione e di governo di sé. Rose evidenzia come disturbi dell'umore, emozioni, comportamenti e tratti della personalità vengano sempre più tradotti in termini biochimici, e come i soggetti stessi vengano incoraggiati a regolarsi in base a questa nuova razionalità molecolare. Non si tratta più di "correggere" una psiche deviata, ma di ottimizzare continuamente una fisiologia neurochimica. Come osserva Rose:

> This is not simply blurring the borders between normality and pathology, or widening the net of pathology. We are seeing an enhancement in our capacities to adjust and readjust our somatic existence according to the exigencies of the life to which we aspire (Rose 2003, 58)

La medicalizzazione si trasforma così in una tecnologia diffusa di normalizzazione biochimica, che inscrive il benessere psichico nella logica dell'ottimizzazione permanente e della responsabilizzazione individuale. Un contributo particolarmente rilevante per comprendere la trasformazione della sofferenza psichica in epoca contemporanea è quello del sociologo francese Alain Ehrenberg, che ha dedicato alla depressione un'analisi approfondita. Ehrenberg mostra come la depressione rappresenti la patologia tipica delle società in cui l'imperativo dell'autonomia e della performance sostituisce il modello tradizionale della colpa. In *La fatigue d'être soi*, egli sostiene che la depressione non vada compresa come un semplice disturbo individuale, bensì come la medicalizzazione di una condizione sociale diffusa: l'incapacità percepita di essere all'altezza di un ideale di autorealizzazione permanente (Ehrenberg 1998). Ciò che un tempo si sarebbe descritto come peccato, fallimento morale o debolezza di carattere viene oggi tradotto in termini clinici e trattato con dispositivi terapeutici. La depressione, per Ehrenberg, incarna la trasformazione del disagio legato all'autonomia in malattia psichiatrica: non più l'uomo represso dalla legge, ma l'individuo affaticato dall'obbligo

di divenire se stesso. Facciamo un salto al presente e consideriamo alcuni dati: negli Stati Uniti, circa il 21 per cento di bambini e adolescenti tra i 3 e i 17 anni ha ricevuto una diagnosi psichiatrica (CDC 2023), mentre nel 2021 quasi il 23 per cento degli adulti ha riportato almeno una diagnosi di disturbo mentale nell'anno precedente (NIMH 2023). Diverse ipotesi sono state avanzate per rendere conto di questa crescita: l'ampliamento delle categorie diagnostiche e l'abbassamento delle soglie nosografiche nei manuali psichiatrici (Frances 2013; Horwitz e Wakefield 2007); la maggiore visibilità pubblica del disagio psichico e la riduzione dello stigma, che favoriscono l'accesso ai servizi; il ruolo sempre più marcatamente certificativo della diagnosi come condizione di accesso a risorse, tutele e accomodamenti; nonché i processi di medicalizzazione e sovradiagnosi. In questa cornice, Foulkes e Andrews (2023) hanno proposto la *prevalence inflation hypothesis*, secondo cui le campagne di sensibilizzazione, pur producendo un riconoscimento più ampio di forme di sofferenza in precedenza non nominate, contribuirebbero anche a una ricalibrazione interpretativa che tende a ricondere esperienze comuni di disagio entro il lessico diagnostico, generando effetti di etichettamento e dinamiche auto-rinforzanti nella produzione della prevalenza. Una preoccupazione analoga attraversa anche le analisi di Degrave e da Silva (2025), che parlano di una medicalizzazione strutturale della sofferenza, così come quelle, ormai classiche, di Frances (2013) e di Horwitz e Wakefield (2007). L'autismo rappresenta forse il caso più emblematico di questo incremento: negli Stati Uniti, la prevalenza tra i bambini di otto anni è passata da 1 su 150 nel 2000 a 1 su 36 nel 2020 (Maenner et al. 2023). Il fenomeno, in definitiva, va compreso come il risultato di cause molteplici: dall'ampliamento dei criteri diagnostici alla crescente sensibilizzazione pubblica, fino al ruolo amministrativo della diagnosi come titolo d'accesso a risorse. La medicalizzazione, tuttavia, porta con sé una dinamica paradossale: se da un lato offre strumenti di riconoscimento e linguaggi di legittimazione, dall'altro induce i soggetti a interiorizzare quelle stesse griglie di sorveglianza, predisponendosi spontaneamente all'automonitoraggio e alla traduzione di sé in termini clinici.

In questo quadro, la questione della diagnosi di autismo è diventata tanto più culturalmente rilevante anche per effetto della diffusione, a partire dagli anni Novanta, della paura di una cosiddetta *autism epidemic*. L'aumento dei tassi diagnostici registrato nei paesi occidentali è stato spesso interpretato in termini emergenziali, ma gli studi epidemiologici hanno mostrato come tali variazioni derivino in larga parte dall'ampliamento dei criteri diagnostici, da una maggiore sensibilizzazione pubblica e dal miglioramento dei sistemi di rilevazione (King e Bearman 2009; Hansen, Schendel e Parner 2015). La narrazione dell'"epidemia" ha tuttavia contribuito a rendere la diagnosi un tema di interesse pubblico e mediatico, accentuando la medicalizzazione

del comportamento infantile e la percezione dell'autismo come questione collettiva da identificare, monitorare e gestire.

2.2. Dal manicomio all'amministrazione dei rischi

Questa riconfigurazione neoliberale della medicalizzazione, che trasforma il governo della psiche in una pratica di ottimizzazione neurochimica, trova un utile contrappunto analitico nelle riflessioni di Robert Castel. Dopo la crisi delle istituzioni manicomiali e l'emersione delle critiche antipsichiatriche negli anni Settanta, la psichiatria non scompare né perde centralità. Al contrario, come mostra Castel, essa si riconfigura profondamente: da sistema chiuso di internamento a infrastruttura amministrativa diffusa, capace di orientare in modo capillare le politiche educative, lavorative, e sociali.

Non si tratta più di una presa in carico terapeutica diretta, ma di un dispositivo tecnico-amministrativo che opera attraverso procedure di registrazione, categorizzazione e classificazione, alimentate da un sapere medico-psicologico oggettivato. La diagnosi, in questo ha fondamentalmente una funzione certificativa, un elemento neutro in apparenza, ma decisivo nel determinare l'accesso o l'esclusione da opportunità sociali, scolastiche e lavorative.

Lo psichiatra, così, non agisce più come clinico, ma come esperto consultivo chiamato a legittimare decisioni già incanalate entro procedure standardizzate. Il suo giudizio, svuotato di intervento diretto, fornisce una garanzia pseudo-scientifica a scelte di esclusione e differenziazione sociale, che si fondano non su codici penali ma su scarti rispetto a norme mutevoli: la norma scolastica, la norma produttiva, la norma comportamentale. Questa nuova configurazione genera una cultura pervasivamente psicologizzata, in cui le differenze di rendimento, di comportamento o di socializzazione vengono tradotte in identità patologiche. La soglia tra "disagio" e "handicap" è ridefinita in funzione dell'efficienza dei sistemi: un incremento della competitività economica o delle esigenze scolastiche produce automaticamente un aumento dei soggetti diagnosticati, rendendo la psichiatria uno strumento di governo differenziale delle popolazioni.

In questo scenario, il sapere psichiatrico appare come paradossalmente centrale e svuotato di senso: agisce come "esperto mascherato", legittimando pratiche che non può più indirizzare direttamente e che, spesso, finiscono per alienarlo dalla propria stessa funzione. È una psichiatria senza potere terapeutico ma con una funzione strutturale nella regolazione sociale. Castel mostra così come la depatologizzazione non coincida affatto con una fuoriuscita dal paradigma psichiatrico, ma con una sua disseminazione silenziosa nelle maglie del welfare e della governance quotidiana.

Un passaggio decisivo nell'analisi di Castel riguarda la trasformazione della diagnosi in uno strumento di regolazione amministrativa, disgiunto dall'intenzione terapeutica. In un sistema orientato alla gestione preventiva dei rischi, ciò che conta non è più comprendere e prendersi cura del soggetto, ma rilevare e classificare tempestivamente scarti rispetto a norme sociali e produttive. La diagnosi viene così incorporata in una macchina decisionale che opera sulla base di fascicoli, indici e griglie valutative, alimentata da dati eterogenei – comportamentali, scolastici, sociali – dove il sapere medico-psicologico diventa una fonte tra le altre, spesso "banalizzata all'interno di un complesso di attività di esame, tracciamento, ricerca di informazioni in tutte le sue forme" (Castel [1981] 2024, 155). In questo quadro, la diagnosi non dà accesso alla cura, ma certifica una condizione che permette – o meno – l'attivazione di misure differenziali: sostegni scolastici, percorsi lavorativi protetti, deroghe normative. L'operatore della salute mentale non ha più il compito di trattare il soggetto, ma quello di fornire una validazione specialistica su cui altri – funzionari, amministratori, commissioni – prenderanno decisioni. Come nota Castel: «il ruolo del terapeuta […] si ritrova subordinato. È l'amministratore che ha tutte le carte in mano, è solo lui che può dominare l'intera partita e imporre la strategia» (Castel [1981] 2024 ,167). Questa logica non si fonda su una volontà persecutoria, ma su una razionalità preventiva: prevenire è meglio che curare, e ciò richiede anticipazione, tracciamento, categorizzazione. Ma proprio questa razionalità per Castel porta a un'ulteriore diminuzione dell'ascolto dei soggetti, della loro necessità epistemica: non è più necessario incontrarli, ascoltarli, individualizzarli. Bastano gli indici, i segnali, le deviazioni statistiche.

Non serve una perizia clinica articolata: basta un'etichetta che trasformi un comportamento problematico in un deficit riconosciuto, un ritardo scolastico in un disturbo, un'insofferenza in una fragilità. È così che si costituisce quella che Castel definisce come una gestione differenziale delle vulnerabilità, dove il sapere psichiatrico fornisce legittimità scientifica a operazioni normative che non passano più per la relazione terapeutica, ma per la sorveglianza amministrativa. Tale slittamento, in cui la diagnosi si separa dalla cura per divenire criterio amministrativo di classificazione e selezione, aiuta a spiegare anche alcune dinamiche che attraversano i movimenti contemporanei. Da un lato, chiarisce perché attiviste e attivisti vedano spesso come necessariamente intrecciati diagnosi e accesso ai servizi: non si tratta di una confusione concettuale, ma del riflesso di una realtà materiale in cui la diagnosi è condizione necessaria per ottenere misure di sostegno, diritti sociali, spazi di ascolto. In un sistema in cui l'amministrazione del rischio precede e sovrasta la cura, la diagnosi si configura come passaggio obbligato, come titolo d'ingresso nei circuiti istituzionali del riconoscimento e quindi della protezione. Ma si può spingere la riflessione più avanti: proprio perché il valore della diagnosi

non risiede più nella relazione terapeutica, ma nella sua funzione abilitante all'interno della macchina amministrativa, essa può essere oggi attivamente ricercata per fini e bisogni che sono *estrinseci* alla cura. In una struttura in cui il soggetto è disaggregato in dati e categorie, la diagnosi appare come l'unico gesto che possa ancora ricompattarlo: una verità oggettivata, rilasciata da un esperto, che autorizza a dire *chi si è* e *che cosa si ha*. In alcuni casi, questo riconoscimento viene vissuto come un primo, seppur paradossale, atto di cura: non perché apra a una trasformazione relazionale, ma perché conferisce un'esistenza formale, una posizione leggibile nella grammatica del sociale. Se a questa riconfigurazione amministrativa si aggiunge l'effetto che la medicalizzazione ha avuto nel forgiare le categorie attraverso cui i soggetti imparano a pensare se stessi, diventa ancora più chiaro perché la diagnosi sia oggi tanto ricercata. La psichiatria neoliberale non governa più principalmente attraverso la cura, ma attraverso un doppio dispositivo: da un lato, la griglia classificatoria che distribuisce opportunità e risorse; dall'altro, l'introiezione di un lessico medico-psicologico che rende naturale cercare in una diagnosi la verità di sé. La spinta contemporanea verso la diagnosi, dunque, non è riducibile a una domanda di trattamento, ma va compresa come l'esito di un intreccio tra governance amministrativa e processi di soggettivazione, in cui l'accesso a diritti e riconoscimento passa attraverso l'assunzione di una categoria patologica.

È qui che si gioca anche l'ambiguità – e in parte la forza – delle pratiche di riappropriazione della diagnosi. In un contesto in cui i soggetti sono trattati come numeri, l'adozione di una categoria diagnostica può diventare una forma di soggettivazione resistente: *se ci pensate come casi, useremo i vostri codici per affermare la nostra esistenza*. Ma questa strategia, per quanto comprensibile, rischia di estendere ulteriormente il raggio d'azione della psichiatrizzazione, che viene rafforzata, nella sua capacità di nominare, dividere, amministrare. Come mostra Castel, il sapere psichiatrico, oggettivato e integrato nelle logiche della governance neoliberale, non scompare, ma si diffonde: diventa criterio di gestione differenziale delle popolazioni, modulato sulle esigenze della scuola, del lavoro, dell'efficienza produttiva. Più che mettere in crisi questo potere, la diagnosi usata come etichetta politica può finire per consolidarne la presa, legittimandolo proprio là dove dovrebbe essere interrogato.

2.3 La psichiatrizzazione e i nuovi media

La diffusione della conoscenza psichiatrica nel senso comune è un fenomeno ampio e complesso, descritto attraverso il concetto di *psichiatrizzazione*[12] (*psychiatrization*), che si colloca

[12] Utilizziamo qui la traduzione del termine *psychiatrization* usato dagli autori dell'articolo, pur essendo consapevoli del rischio di confusione con l'uso che ne viene fatto nel resto del testo, dove *psychiatrization* indica una posizione politica critica nei confronti della psichiatria. Per evitare ambiguità, nei passaggi successivi impiegheremo il termine

all'interno di una riflessione più generale sulla medicalizzazione. Secondo Beeker e colleghi (2021), la psichiatrizzazione è un processo ambiguo e stratificato, attraverso il quale concetti, pratiche e istituzioni psichiatriche si estendono e si radicano in diversi ambiti della società e della vita individuale. Questo processo si realizza attraverso l'espansione dei sistemi e dei servizi di salute mentale, la diffusione dei sistemi diagnostici e dei farmaci psicotropi e, più in generale, attraverso la trasformazione dei modi di concepirsi e dei soggetti. Esso è determinato dall'interazione di diversi attori e fattori – professionisti sanitari, utenti dei servizi, politiche economiche e sociali, culture e contesti locali – e presenta effetti ambivalenti: contribuisce tanto alla medicalizzazione e alla patologizzazione dei cittadini, quanto alla loro richiesta di supporto e legittimazione.

Beeker e colleghi distinguono due tipologie diverse di psichiatrizzazione: quella *top-down*, promossa dalle istituzioni e dagli esperti del settore, e quella *bottom-up*, che si sviluppa dal basso, a opera degli utenti e dei cittadini stessi. Quest'ultima è oggi probabilmente il motore principale dei processi di psichiatrizzazione:

> However, it seems to be a main characteristic of psychiatrization in modern and postmodern societies that it is advanced to a significant degree by lay people without professional ties to psychiatry or the healthcare system in general. This argument is in line with Michel Foucault's claim that psychiatrization might be "requested, rather than imposed" […] and "does not come from above, or not only from above" (Beeker et. Al 2021, 295).

Una ragione importante di questa caratteristica risiede nel ruolo cruciale di Internet e dei *social media*, che, come abbiamo mostrato, sono stati determinanti per la nascita e lo sviluppo del movimento della neurodiversità. Questi spazi virtuali hanno reso possibile la creazione di nuove forme di aggregazione e scambio di esperienze, favorendo la costruzione di comunità e di legami capaci di superare le tradizionali barriere della comunicazione faccia a faccia. Questo fenomeno era già chiaro nel 2004, quando Charland osservava come:

> Because of its accessibility and limitless geo-graphical range of action, the Internet has played a pivotal role in the creation of these virtual communities. In the words of Robert Putnam, "computer mediated communication can support large, dense, yet fluid groups that cut across existing organizational boundaries, increasing the involvement of otherwise peripheral participants" (2000, 172). This is an excellent example of what Hacking refers

ombrello *medicalizzazione*, più ampiamente diffuso e comunque idoneo a comprendere anche dinamiche riconducibili, in senso stretto, alla psichiatrizzazione.

> to as a "vector" in an ecological niche. Apparently, then, the Internet is a new addition to the ecological niche in which mental disorders rise and fall (Charland 2004, 340).

Nell'attuale contesto digitale, sono numerosi i profili e gli spazi online gestiti sia da professionisti della salute mentale sia da persone con una diagnosi psichiatrica. Numerose ricerche evidenziano come Internet e i social media abbiano svolto e continuino a svolgere un ruolo cruciale per la comunità autistica, offrendo alle persone autistiche l'opportunità di superare le difficoltà di comunicazione faccia a faccia e di costruire spazi condivisi di scambio e appartenenza (Bagatell 2010; Davidson 2008). Queste piattaforme si affermano così come luoghi fondamentali per l'informazione, la condivisione e la costruzione di un'identità autistica positiva, in contrasto con le rappresentazioni pubbliche spesso stereotipate e medicalizzate (Van Schalkwyk et al. 2015).

2.4 La diagnosi come racconto di sé sui social media

In uno studio recente, Skafle, Gabarron e Nordahl Hansen (2024) mettono in luce come i social media svolgano un ruolo centrale nella formazione dell'identità e nella comprensione dell'autismo tra gli adulti autistici. In particolare, la ricerca evidenzia come contenuti e comunità online contribuiscano a restituire un'immagine più articolata e positiva dell'autismo, offrendo soprattutto alle donne autistiche la possibilità di riconoscersi in esperienze che spesso risultano invisibilizzate nel contesto accademico e sanitario

Negli ultimi anni TikTok e, in misura minore, Instagram sono divenuti spazi centrali per la circolazione di narrazioni sulla neurodivergenza. Diversi studi hanno mostrato come la diffusione di contenuti connessi a *#ADHD* e *#Autism* contribuisca alla formazione di una vera e propria *platformed diagnosis* (Alper 2025), in cui l'identificazione con una categoria clinica prende forma attraverso testimonianze personali, *relatable content* e il funzionamento algoritmico che favorisce l'incontro fra utenti con vissuti simili. I video più popolari alternano *humor*, micro-scene di vita quotidiana e descrizioni semplificate dei sintomi, producendo al tempo stesso un linguaggio di appartenenza e una fonte di riconoscimento collettivo (Karasavva et al. 2025). Questa dinamica rende possibile per molti giovani una forma di autodiagnosi (di cui ci occuperemo nel prossimo capitolo), che offre strumenti per nominare esperienze che precedentemente i soggetti non sapevano spiegarsi, ma allo stesso tempo alimenta generalizzazioni e confusione fra contenuto esperienziale e informazione clinica. Analisi comparative degli hashtag hanno inoltre messo in evidenza una differenza significativa tra l'uso di *#Autism*, più legato a contenuti di intrattenimento e immediata viralità, e quello di

#*Neurodiversity*, connotato da una maggiore vocazione educativa ma da una minore visibilità, e con una presenza ridotta di *health professionals* fra i creatori (Aragon-Guevara et al. 2025).

Le piattaforme social si configurano quindi come luoghi ambivalenti, dove la diagnosi diventa allo stesso tempo oggetto di *irony*, identificazione, *advocacy* e divulgazione, ridefinendo le forme di rappresentazione pubblica della neurodivergenza.

Un tratto ricorrente delle narrazioni di *self-diagnosis* sulle diverse piattaforme online riguarda il rovesciamento del vissuto di inadeguatezza: in un articolo apparso su Medium, significativamente intitolato *Is It Autism, or Am I Broken?* l'autore racconta il passaggio da un lungo percorso terapeutico, vissuto come esperienza di vergogna e fallimento, alla scoperta liberatoria dell'autodiagnosi di autismo. Dopo anni trascorsi a sentirsi "broken and need[ing] to be fixed", egli scrive: "Which is why my self-diagnosed Autism is so freeing. […] Thinking I am Autistic relieves me of being broken." (Burcher 2023). La diagnosi diventa qui dispositivo semiotico capace di trasformare il senso del vissuto: non più difetto individuale da correggere, ma differenza condivisa e legittimata, collocata in una comunità discorsiva alternativa. Questa narrazione, che potremmo riassumere con la formula: *pensavo di essere sbagliato, invece sono autistico*, ricorre con grande frequenza nelle produzioni vernacolari che circolano sui social media. Vignette, poesie e brevi testi condivisi su piattaforme come Reddit, Instagram o Tumblr tematizzano esattamente questo rovesciamento: il passaggio da un vissuto di inadeguatezza e vergogna a una rilettura retrospettiva resa possibile dall'autodiagnosi o dalla diagnosi, che conferisce coerenza e legittimità a tratti di sé prima percepiti come difettosi o patologici. In un thread su *r/AutisticAdults*, ad esempio, un utente sintetizza: «When I was officially diagnosed... I just thought I was a broken version" *(Reddit 2024a).* Altri commenti sottolineano come "naming the disability shifts the narrative from personal failure to understanding and acceptance» (Reddit 2024b), mentre in un'altra discussione la stessa dinamica viene resa visibile tramite l'immagine evocativa di una zebra, non più un cavallo "rotto" (Reddit 2022).

Le ricerche empiriche sembrano indicare che le piattaforme digitali funzionano come spazi in cui la diagnosi e l'autodiagnosi assumono una funzione narrativa di validazione. Uno studio recente sul discorso intorno all'autismo nei social media mostra che gli utenti discutono spesso il processo di autodiagnosi e il modo in cui l'identificazione con lo spettro autistico fornisca «validation and a framework to reinterpret past experiences that previously felt inexplicable or stigmatized» (Fong 2025, 12). Su un piano complementare, Alper e colleghi (2023) hanno descritto il fenomeno che viene definito *algorithmically mediated biographical illumination*: la possibilità, offerta in particolare dalle piattaforme social, di rileggere retrospettivamente la propria biografia alla luce di contenuti che tematizzano l'autismo, trasformando frammenti di esperienza in segni coerenti di un'identità neurodivergente. In entrambi i casi, la diagnosi non

è solo un'etichetta medica, ma un dispositivo che retroattivamente riorganizza il vissuto, consentendo di trasformarlo da "errore" individuale a segno di appartenenza a una differenza riconosciuta. Tale schema discorsivo non è soltanto un espediente retorico, ma rivela un tratto profondo della funzione che la diagnosi assume nelle piattaforme digitali. Attraverso di essa, comportamenti come lo *stimming* o gli interessi assorbenti vengono sottratti al registro del bizzarro o del deviante e ricondotti a una cornice interpretativa che non solo li normalizza, ma li riqualifica moralmente. Lungi dal limitarsi a una descrizione clinica, la diagnosi diventa qui un modo di dire la verità su di sé, capace di trasformare ciò che appariva come indice di difetto individuale in segno di appartenenza a una comunità legittimata. Come scrive Foucault,

> Ogni società ha il suo regime di verità, la sua "politica generale" della verità: cioè i tipi di discorso che essa accoglie e fa funzionare come veri; i meccanismi e le istanze che permettono di distinguere il vero dal falso; le tecniche e le procedure che sono valorizzate per ottenere la verità; lo statuto di coloro che hanno il compito di dire ciò che funziona come vero (Foucault 1978 [1976], 73).

La diagnosi istituisce un regime di verità che stabilisce chi può parlare del proprio vissuto, in quali termini e secondo quali codici. È così che essa funziona paradossalmente come strumento di normalizzazione: non tanto perché elimina la categoria di disturbo, quanto perché assegna a quest'ultima un valore emancipatorio, garantendo agli individui un avallo morale che solo l'inquadramento diagnostico sembra poter conferire. Ciò che resta privo di diagnosi appare allora come ingiustificato.

Questa trasformazione della diagnosi in racconto di sé può essere ulteriormente chiarita alla luce della teoria della *profilicity* elaborata da Hans-Georg Moeller e Paul J. D'Ambrosio, che descrive le forme contemporanee di costruzione identitaria sotto condizioni di *second-order* observation (Moeller e D'Ambrosio 2019). Applicata ai social media, la *second-order* observation descrive una situazione in cui l'auto-presentazione del soggetto è strutturalmente orientata all'anticipazione dello sguardo altrui: non si tratta di rendere visibile un'esperienza in quanto tale, ma di presentarla in modo che risulti osservabile, valutabile e riconoscibile all'interno di un campo di osservazioni reciproche. Ciò che conta non è tanto il contenuto del vissuto, quanto la sua forma di esposizione, ossia il modo in cui esso può essere visto come visto. Qui la diagnosi opera come uno strumento narrativo particolarmente efficace, poiché fornisce una cornice interpretativa già codificata, capace di organizzare retrospettivamente l'esperienza e di renderla comunicabile secondo formati condivisi. Sui social media, la diagnosi non funziona primariamente come sapere clinico, ma come principio di coerenza del racconto di sé: essa consente di raccordare tratti, comportamenti ed episodi eterogenei in una figura identitaria

riconoscibile, stabilizzando la presentazione pubblica del soggetto entro le logiche osservazionali delle piattaforme. In tal senso, la diagnosi contribuisce meno a descrivere una condizione che a produrre un profilo, orientando la selezione, l'esposizione e l'interpretazione del vissuto in funzione della sua visibilità e della sua leggibilità sociale.

L'effetto sembra essere un paradosso e politico: la psichiatria, tradizionalmente vissuta come strumento di stigmatizzazione, assume il potere di legittimare forme di esistenza che altrimenti resterebbero percepite come difettose, consegnando alla diagnosi la funzione di un riconoscimento che, pur intendendosi liberatorio, resta vincolato a un regime di verità medico. La diagnosi psichiatrica non si limita a nominare un disturbo, ma interviene come operazione di semantizzazione dell'esperienza. Prima di questa operazione, il vissuto sembra sospeso in un vuoto di senso: lo *stimming*, l'ipersensibilità sensoriale, l'interesse assorbente non sono riconoscibili né per chi li vive né per chi li osserva, se non come eccentricità prive di codice. È solo l'iscrizione in un regime diagnostico che li converte in segni dotati di significato, producendo una grammatica attraverso cui interpretare retroattivamente il proprio passato e orientare il proprio futuro. La diagnosi, in altri termini, funziona come un dispositivo di veridizione foucaultiano, capace di articolare l'esperienza individuale in un sistema di segni condiviso.

Ciò che emerge dalle narrazioni su TikTok è che questa attribuzione di senso si presenta come una condizione di sollievo: non ero incomprensibile, non ero sbagliato, ero *solo* autistico. La diagnosi appare qui come un dispositivo che restituisce continuità e coerenza biografica, ma che al tempo stesso produce una torsione etico-politica: ciò che non è diagnosticato resta fuori dal campo della trasformazione del senso, confinato al disordine o all'anomalia. In questo quadro, la psichiatria dispiega effetti che investono il livello semiopolitico della produzione di senso, contribuendo a strutturare le condizioni di intelligibilità entro cui alcune forme di vita risultano riconoscibili, mentre altre restano ai margini dell'orizzonte simbolico condiviso.

La funzione separatrice che le è stata imputata sin dalle analisi di Foucault e dall'antipsichiatria non viene meno con l'ingresso della diagnosi in una dimensione più affermativa o rivendicativa; piuttosto, si riconfigura. Non opera più primariamente attraverso l'esclusione istituzionale o la segregazione spaziale, ma si sposta su un piano più discreto e pervasivo: quello della produzione e distribuzione del senso, della configurazione narrativa del sé in rapporto al gruppo di appartenenza, della delimitazione dei confini simbolici entro cui un'esperienza può essere riconosciuta come condivisibile, politicamente articolabile e socialmente legittima.

3. *Looping effect* tra senso comune e soggettività

Un contributo imprescindibile nella riflessione filosofica sulla diagnosi e sull'identità psichiatrica è sicuramente dall'articolo di Ian Hacking, *"The Looping Effects of Human Kinds"* (1995). In questo testo, Hacking introduce il celebre concetto di *looping effect*, destinato a esercitare un'influenza profonda tanto nella filosofia della scienza quanto negli studi sociali sulla psichiatria, sulla classificazione e sull'identità.

L'argomento di Hacking prende avvio da una distinzione metodologica tra *natural kinds* e *human kinds*. Mentre le prime – come le specie chimiche o biologiche – non modificano il proprio comportamento in risposta alle classificazioni che le descrivono, le seconde sono costituite da soggetti che possono conoscere, interiorizzare, contestare o rielaborare le categorie entro cui vengono collocati. Le classificazioni che riguardano gli esseri umani, dunque, non si limitano a descrivere una realtà indipendente, ma intervengono attivamente nella sua configurazione.

Hacking si colloca criticamente rispetto all'estensione di questo modello alle scienze umane. La questione non è negare che esistano fenomeni psicologici o comportamentali reali, ma chiedersi se le categorie che li organizzano funzionino nello stesso modo delle categorie delle scienze naturali. La sua risposta è negativa: le *human kinds* presentano una caratteristica specifica che le distingue dai generi naturali, ossia il fatto che interagiscono con i soggetti cui si riferiscono. Questa tesi è articolata attraverso la nozione di *nominalismo dinamico*. Hacking non sostiene che le classificazioni "creino" dal nulla le persone, né che tutto si riduca a un effetto linguistico. Piuttosto, egli argomenta che, nelle scienze umane, l'introduzione e la stabilizzazione di una categoria – ad esempio una diagnosi psichiatrica – contribuiscono a strutturare un campo di possibilità entro cui gli individui possono riconoscersi, essere riconosciuti e modificare il proprio comportamento. La classificazione diventa così parte integrante del fenomeno che descrive.

I *kinds of people* sono il risultato di processi storici che Hacking riassume nell'espressione *making up people*: attraverso pratiche scientifiche, istituzioni, apparati amministrativi e saperi esperti, determinati tratti vengono raggruppati e resi intelligibili come appartenenti a un tipo umano. Una volta che la categoria circola pubblicamente, essa può essere interiorizzata, contestata o rielaborata dai soggetti classificati. È questo il meccanismo del *looping effect*: la classificazione incide sulle persone, e le trasformazioni delle persone retroagiscono sulla classificazione, modificandone criteri, confini e significato.

In tal modo, le *human kinds* si configurano come "bersagli mobili": non perché siano arbitrarie, ma perché la loro stabilità è condizionata dall'interazione continua tra descrizione scientifica, pratiche istituzionali e auto-comprensione dei soggetti. L'intervento di Hacking si inserisce dunque nel dibattito sui generi naturali proponendo una distinzione analitica tra tipi indifferenti – che non reagiscono alla classificazione – e tipi interattivi, nei quali la conoscenza entra a far parte della dinamica del fenomeno stesso. Le classificazioni, in questo quadro, non si limitano a descrivere il soggetto, ma contribuiscono a configurarne le modalità di esperienza e di auto-comprensione, nella misura in cui rendono disponibili nuovi schemi interpretativi entro cui gli individui possono situarsi. Tale dinamica è resa possibile da quello che Hacking chiama *looping effect*: un circuito retroattivo per cui la classificazione incide sui comportamenti, sulle aspettative e sulle pratiche dei classificati; questi, essendo consapevoli della categoria che li riguarda, possono a loro volta reagire ad essa, appropriarsene o modificarla, contribuendo così a trasformarne criteri e significato:

> Because people are aware of what is said about them, and of how they are classified, they can act back upon the classification, changing its meaning or application. The targets of classification can become moving targets (Hacking 2006, 17).

Le classificazioni diventano così *moving targets* non nel senso che siano ontologicamente indeterminate, ma nel senso più circoscritto che, nelle scienze umane, la classificazione entra a far parte del fenomeno che descrive:

> We think of these kinds of people as given, as definite classes defined by definite properties. As we get to know more about these properties, we will be able to control, to help, to change, or to emulate them better. But it is not quite like that. They are moving targets because our investigations interact with the targets themselves, and change them. And since they are changed, they are not quite the same kind of people as before. The target has moved. That is the looping effect. Sometimes our sciences create kinds of people that in a certain sense did not exist before. That is making up people. (Hacking 2007, 293)

A differenza degli *indifferent kinds* – entità che non reagiscono alle teorie che le riguardano – gli esseri umani costituiscono *interactive kinds*: il sapere che li classifica interviene nelle loro traiettorie biografiche e può contribuire a modificarne la configurazione pratica e normativa.

Questo processo si articola, secondo Hacking, attraverso cinque vettori strutturali interconnessi: (a) la classificazione; (b) le persone classificate; m(c) le istituzioni che implementano e stabilizzano la categoria (cliniche, scuole, media, burocrazie); (d) il sapere che la fonda e la diffonde; (e) gli esperti che operano come autorità epistemiche e dispositivi di legittimazione.

L'interazione tra questi elementi non è statica ma accelera nel tempo, intensificando il looping e producendo continue riconfigurazioni del tipo umano.

Il caso dell'autismo costituisce un esempio emblematico. Se, come abbiamo visto, l'"autismo infantile" nasce nel 1943 come sindrome comportamentale grave e relativamente circoscritta, nel corso dei decenni il concetto si trasforma progressivamente, fino a divenire uno *spectrum* che include forme cosiddette "ad alto funzionamento". Questa trasformazione non è soltanto una revisione clinica, ma il risultato di un processo di co-produzione tra sapere psichiatrico (contributi come quelli di Lorna Wing), istituzioni educative e sanitarie, mediazione pubblica e appropriazione soggettiva. L'emersione della figura dell'*high-functioning autistic* inaugura un nuovo regime di intelligibilità: individui che in precedenza non disponevano di quella categoria iniziano a riconoscersi al suo interno, a reinterpretare retrospettivamente la propria biografia, a costruire narrazioni identitarie coerenti con tale designazione. La diagnosi diventa così una griglia attraverso cui l'esperienza prende forma e senso.

In questo scenario si colloca anche il fenomeno dell'autodiagnosi, che rappresenta un momento particolarmente visibile del *looping*: l'individuo si appropria del linguaggio medico per articolare la propria interiorità. Le scienze umane operano, secondo Hacking, attraverso *engines of discovery* che «are thought of as finding out the facts, but they are also engines for making up people». Il *looping* rende disponibili nuovi modi di essere.

La contemporanea tendenza a biologizzare o "geneticizzare" condizioni come l'autismo intensifica ulteriormente questa dinamica. L'ancoraggio dell'identità a una presunta base neurologica stabile e misurabile rafforza la pretesa oggettività della categoria, offrendo al soggetto un registro di verità autorevole attraverso cui legittimare la propria esperienza. La diagnosi diventa così un punto di torsione tra epistemologia, ontologia e politica: strumento di conoscenza e intervento, ma anche dispositivo performativo che produce nuove forme di appartenenza e azione collettiva, come mostra il movimento per la neurodiversità.

All'interno di questa cornice si attiva anche il motore della resistenza: le persone iniziano a «take back control from the experts and the institutions», utilizzando il linguaggio diagnostico per negoziare l'autorità epistemica e rivendicare la propria descrizione. La diagnosi non è più soltanto imposizione dall'alto, ma può divenire elemento costitutivo dell'identità rivendicata. Il *looping effect* trasforma così la classificazione scientifica in base per politiche dell'identità: il bersaglio si muove perché l'oggetto classificato –l'identità vissuta – risponde alla classificazione riformulandone le coordinate.

Cooper, pur accettando la descrizione hackinghiana degli *human kinds* come categorie interattive, contesta che il *looping effect* sia sufficiente a escludere che alcuni disturbi mentali possano costituire *natural kinds*. Il fatto che le classificazioni influenzino causalmente i

comportamenti non le rende per ciò stesso soggettive o puramente discorsive. Cooper distingue tra una dipendenza dalle idee di tipo meramente relazionale e una dipendenza causale che produce cambiamenti reali nei fenomeni (Cooper 2004/2005, 57–58). Gli esempi di Hacking rientrano in quest'ultimo caso: le persone cambiano realmente in risposta alle categorie, ma ciò non implica che la categoria sia ontologicamente vuota.

Su questa base, Cooper sviluppa una linea argomentativa che si colloca in tensione con le letture più radicali del costruzionismo. La sua proposta non consiste nel negare l'interattività delle categorie psichiatriche, ma nel sostenere che tale interattività non è di per sé sufficiente a dissolverne ogni pretesa ontologica. L'argomento è preciso: il fatto che una classificazione produca effetti causali sui soggetti classificati non implica che essa sia puramente relazionale o soggettiva. Come osserva Cooper,

> Hacking has shown that human kinds are affected by ideas. In order to show that human kinds are subjective he also needs to show that human kinds are affected by ideas in a way that results in relational as opposed to genuine changes(Cooper 2007, 57–58).

Nei casi discussi da Hacking, i cambiamenti indotti dalle classificazioni sono cambiamenti reali nei comportamenti e nelle esperienze, ma da ciò non segue che il tipo sia ontologicamente inconsistente.

Ne deriva una concezione più cauta della nozione di *natural kind*. Cooper suggerisce che un disturbo possa essere considerato tale quando «instances of the disorder are objectively similar in some theoretically important way» (Cooper 2007, 64), senza che ciò comporti l'assunzione di essenze immutabili o di confini rigidi tra categorie. L'interattività, secondo la filosofa, non decide la questione ontologica; al massimo, la rende più complessa e richiede una valutazione empirica e teorica caso per caso (Cooper 2007, 55–66). Alcune diagnosi potranno rivelarsi eterogenee, storicamente contingenti o funzionali a esigenze amministrative; altre potrebbero invece intercettare configurazioni causali relativamente stabili. La storicità delle categorie non esclude, in linea di principio, che esse possano riferirsi – almeno talvolta – a strutture oggettive.

In una direzione in parte convergente si colloca il realismo critico di Tom Shakespeare. Anche qui non si tratta di negare la dimensione storica e politica delle classificazioni, ma di evitare che la critica del costruzionismo scivoli nell'idea che l'impairment sia integralmente prodotto dal discorso. Shakespeare insiste sulla distinzione tra le idee sulle condizioni e le condizioni stesse: «The idea of Down syndrome is a social construct, but Down syndrome is not a social construct» (Shakespeare 2006, 54). La variabilità delle descrizioni e delle cornici interpretative non equivale alla variabilità del fenomeno corporeo o cognitivo cui esse si riferiscono.

Il suo realismo critico – che, come si vedrà, costituisce probabilmente anche l'orizzonte teorico entro cui si muove Chapman – mira a evitare tanto l'essenzialismo biologico quanto il relativismo radicale. Le scienze biomediche sono storicamente situate, attraversate da interessi istituzionali e suscettibili di revisione, ma ciò non autorizza a concludere che «nothing exists until it is spoken or written about» (Shakespeare 2006, 70). A chi scrive, queste formulazioni che descrivono in costruttivismo sociale come una teoria in cui il sociale in assume forme poietiche e deterministiche del reale – appaiono ingenerosa rispetto alla maggior parte delle elaborazioni teoriche complesse che possono essere ricondotte sotto questa etichetta. Vogliamo citare, a questo proposito, proprio Foucault, spesso accusato di questo tipo costruttivismo sociale:

> When I say that I am studying the 'problematization' of madness, crime, or sexuality, it is not a way of denying the reality of such phenomena. On the contrary, I have tried to show that it was precisely some real existent in the world which was the target of social regulation at a given moment. The question I raise is this one: how and why were very different things in the world gathered together, characterized, analyzed, and treated as, for example, 'mental illness'? What are the elements which are relevant for a given problematization? And even if I won't say that what is characterized as 'schizophrenia' corresponds to something real in the world, this has nothing to do with idealism. For I think there is a relation between the thing which is problematized and the process of problematization. The problematization is an 'answer' to a concrete situation which is real (Focault 1985, 115).

In questo quadro, ci posizioniamo in modo vicino a Sally Haslanger, perché ci interessa il passaggio – spesso tacito – che collega descrizione, naturalizzazione e normatività. Haslanger mostra che categorie apparentemente descrittive (come "normale") tendono a funzionare come snodi inferenziali: ciò che è statisticamente frequente viene facilmente interpretato come ciò che è "dovuto alla natura" di un tipo, e ciò che è "dovuto alla natura" viene poi trattato come preferibile o da preservare:

> what's statistically normal for a kind is often interpreted as what is due to the nature of that kind, even if the statistically normal is caused by unfavorable or socially manipulated circumstances; and what's due to the nature of the kind is often judged to be good or worth protecting (what ought to be) even if we are in a position to improve on what's natural. (Haslanger 2014, 399)

La diagnosi tende a ereditare prestigio epistemico dal lessico biologico, e con esso la capacità di trasformare una descrizione in un giudizio implicito su ciò che è profondo, inevitabile, e quindi normativamente rilevante, e come vedremo nei prossimi paragrafi con le analisi di

Ortega e Rosenberg, anche in qualche modo più facile da accettare. Ma prima, cerchiamo di approfondire meglio in che modo l'effetto di looping di cui parla Hacking stia agendo in questo periodo storico, segnato da un'ecologia informazionale rapidissima e in continuo mutamento.

3.1. Culture diagnostiche

Quindi, le classificazioni, viaggiando e retroagendo attraverso i diversi nodi del dispositivo – soggetti, istituzioni, saperi ed esperti – finiscono per sedimentarsi anche nel senso comune. Se pensiamo la cultura come un insieme di pratiche discorsive e materiali che organizzano la vita sociale, potremmo dire che le classificazioni contribuiscono a formare vere e proprie culture diagnostiche (Brinkmann 2016), ossia ambienti simbolici e istituzionali in cui le categorie cliniche diventano risorse condivise per interpretare se stessi e gli altri. Per Brinkmann è evidente che la diagnosi non si limita a funzionare come etichetta tecnica all'interno del campo medico, ma produce cornici culturali di significato, modelli narrativi e repertori di azione che plasmano l'esperienza soggettiva e la vita quotidiana, creando delle"culture diagnostiche".

Con questa espressione lo psicologo e filosofo danese intende quei contesti in cui le diagnosi psichiatriche e psicologiche cessano di essere soltanto strumenti clinici, per assumere la funzione di risorse culturali attraverso le quali le persone interpretano se stesse, attribuiscono significato a vissuti spesso confusi o dolorosi e ne regolano la comunicazione sociale. In altri termini, ciò che un tempo sarebbe stato percepito come semplice variabilità dell'esperienza emotiva o relazionale tende oggi a essere ricondotto all'interno delle griglie classificatorie della psichiatria, le quali operano come veri e propri *mediatori semiotici:*

> psychiatric diagnoses increasingly function as semiotic mediators that people use to understand and act toward their moods, emotions, thoughts, actions, and problems. A semiotic mediator, in brief, is a sign that is used to regulate some life activity (Brinkmann 2014, 122).

Quando queste categorie entrano nel linguaggio quotidiano e vengono impiegate per orientare la comprensione di sé e degli altri, la diagnosi perde il suo carattere esclusivamente tecnico e diventa un codice condiviso, un repertorio discorsivo accessibile e spendibile nella vita ordinaria. Come scrive Brinkmann:

> The psychiatric language has been democratized in the sense that it has entered everyday conversations about people's problems, and when its categories are used here as semiotic mediators, it makes sense to talk about a diagnostic culture as such" (2014, 123).

Rispetto all'impostazione originaria di Ian Hacking, che ha tematizzato gli effetti di *looping* come dinamica interattiva tra classificazioni e soggetti classificati, Svend Brinkmann propone

un ampliamento che mette al centro le logiche contraddittorie proprie delle culture diagnostiche contemporanee. Ciò che viene comunicato attraverso i media non sono quindi categorie discrete, attribuite a individui separati, ma interi regimi di senso che plasmano l'esperienza e l'immaginario della sofferenza. Come afferma Brinkmann:

> The contradictory nature of the diagnostic logics makes the looping effects between classified and classifications quite complex. It is not simply the case that distressed individuals (e.g. some of the viewers of the TV show) learn how to designate their misery by appropriating a diagnostic vocabulary, but rather that they […]learn that mental disorders are many things at the same time. What is communicated in the medialized processes of looping, then, are not just specific and discrete classifications, but an entire (complex and contradictory) way of thinking about human beings, their minds and their disorders» (Brinkmann 2017, 180).

Con questa riflessione, Brinkmann sposta l'attenzione dall'interazione tra singole etichette e individui, su cui si era concentrato Hacking, alla dimensione più ampia della cultura diagnostica, in cui le rappresentazioni mediali veicolano e consolidano un'intera visione dell'umano e della sua sofferenza. All'interno di queste *culture diagnostiche*, come mostra l'etnografia di Brinkmann condotta in un gruppo di supporto per adulti con ADHD, la diagnosi svolge tre principali funzioni di significazione e regolazione del sé, che costituiscono altrettanti modi in cui il linguaggio psichiatrico viene incorporato nella vita quotidiana.

(1) La mediazione esplicativa (*explanatory mediation*): è la funzione primaria e più diffusa. La diagnosi diviene chiave di lettura dei propri vissuti e dei propri comportamenti, trasformandoli in fenomeni intelligibili e legittimati dal punto di vista diagnostico. Come mostra Brinkmann, molti adulti ricorrono alla diagnosi per dare un nome e un senso a esperienze a lungo percepite come problematiche e inafferrabili, come nel caso di Mike, che trova nell'etichetta diagnostica la ragione dei suoi scatti d'ira e dei suoi problemi relazionali, o di Marie, per la quale la diagnosi rappresenta una "rivelazione" capace di scandire un prima e un dopo nel racconto autobiografico. Al contempo, Brinkmann mette in luce la circolarità implicita nel processo diagnostico: la diagnosi viene formulata sulla base dei sintomi e dei comportamenti percepiti come problematici e, allo stesso tempo, diventa la chiave esplicativa di quegli stessi sintomi, finendo per trasformare l'etichetta diagnostica in una realtà autonoma e autoevidente.

(2) La mediazione auto-affermativa (*self-affirming mediation*): è una funzione secondaria, ma significativa, in cui la diagnosi diviene un filtro interpretativo attraverso cui ricondurre ad ADHD anche tratti e comportamenti che, in assenza dell'etichetta diagnostica, sarebbero stati considerati positivi o neutri. Come nel caso dei membri del gruppo di supporto citati nello studio, l'etichetta diagnostica finisce per assorbire e reinterpretare ad ADHD persino

caratteristiche come l'ordine e la precisione, in contraddizione con i sintomi canonici del disturbo. Come nel caso di William e Mark, ciò che generalmente sarebbe visto come capacità di pianificazione e controllo diviene conferma e prova ulteriore dell'etichetta diagnostica, trasformandola in realtà totalizzante e autofondante.

(3) La mediazione di discolpa (*disclaiming mediation*): è infine la tendenza dei soggetti diagnosticati ad affidare alla diagnosi la responsabilità dei propri comportamenti e a utilizzarla come dispositivo di esonero morale. La diagnosi viene trattata qui come un'entità esterna e potente, capace di governare l'agire dei soggetti e di assolverli dalle implicazioni etico-relazionali dei loro gesti. Emblematico è l'esempio riportato nello studio di Mark, che racconta di aver reagito in modo aggressivo nei confronti di un'anziana signora al parco, attribuendo la propria reazione "all'ADHD dentro di sé". La diagnosi può essere usata come uno strumento di distanziamento e legittimazione dei comportamenti percepiti come problematici.

Nel complesso, queste forme di mediazione mostrano come la diagnosi psichiatrica non sia soltanto un dispositivo clinico, ma una pratica culturale che produce effetti significativi sul modo in cui i soggetti si comprendono, si raccontano e si relazionano agli altri. Le culture diagnostiche descritte da Brinkmann rendono visibile come la diagnosi diventi una grammatica condivisa per pensare sé stessi e orientare la propria esperienza, ma al contempo restituiscono un quadro più ampio dei processi di medicalizzazione e psichiatrizzazione. Vediamo quindi come esse si inseriscono precisamente nel solco di quell'espansione positiva e creativa della norma che, come abbiamo visto, Foucault e Macherey hanno individuato come cuore del biopotere moderno: una norma – che ricordiamo, ha una forma biologica – che, nel momento stesso in cui si applica, produce e legittima i suoi stessi oggetti, trasformando la variabilità dei vissuti umani in entità diagnosticate e disciplinate. È a partire da questa cornice che diventa possibile ipotizzare come alcune diagnosi, come l'autismo o l'ADHD, assumano oggi un ruolo chiave nel plasmare la soggettività e nell'alimentare un processo di medicalizzazione che risponde a logiche biopolitiche più ampie, trasformando la sofferenza e la differenza in realtà legittimate e governate dal sapere psichiatrico.

3.2 Dall'identità somatica al soggetto cerebrale

Se possiamo dire che la diagnosi psichiatrica è oggi una sorta di dispositivo culturale, dobbiamo tenere conto che lo è perché, in prima istanza, agisce come *dispositivo veritativo*. Nel senso foucaultiano, un dispositivo veritativo non è soltanto un insieme di pratiche che descrivono il reale, ma un meccanismo che produce verità, ne istituisce la forza normativa e, così facendo, orienta le condotte, distribuisce i riconoscimenti, plasma i confini del dicibile e

del vivibile. La diagnosi appartiene pienamente a questo regime di veridizione, e possiamo coglierlo almeno in tre direzioni.

(1) Anzitutto, per l'autorità epistemica che la scienza e l'esperto incarnano: il gesto diagnostico è recepito come atto di sapere qualificato, dotato di una legittimità che difficilmente può essere contestata dal soggetto che lo riceve, e che lo colloca immediatamente entro un orizzonte di riconoscibilità sociale.

(2) In secondo luogo, la diagnosi produce effetti reali grazie alla sua logica amministrativa: non è una semplice etichetta, ma un atto che apre o chiude possibilità, attiva burocrazie, servizi, sussidi. L'enunciato clinico si traduce in conseguenze materiali, generando una sorta di causalità istituzionale che lega il nome ricevuto a risorse o esclusioni concrete.

(3) Infine, la diagnosi si radica nel corpo e lo rende *leggibile*. Essa si iscrive nel regime veritativo che fa parlare i tessuti, i neuroni, i circuiti cerebrali: un corpo che sembra "mostrare" un funzionamento diverso, una sinapsi che non ricatta, un neurotrasmettitore che eccede o difetta. In tal modo, la diagnosi opera come lente semiotica sul corpo, trasformando la fisiologia in linguaggio, e il linguaggio in identità. Per Charles Rosenberg, storico della medicina, possiamo parlare della costruzione di una *identità somatica:*

> diagnosis has become a key to personal identity and to claims of status and legitimacy. Diagnosis locates an individual within a shared taxonomic order and opens up access to appropriate treatment and often to social or economic benefits […]. Diagnosis has become one of the most powerful forms of somatic identity in our culture (Rosenberg 2002, 259).

La diagnosi, dunque è una tecnologia funzionale ad interpretare il proprio malessere, una lingua condivisa, un riconoscimento codificato. Questa dinamica contribuisce a spiegare perché, oggi, molte persone rivendichino una diagnosi nonostante ne riconoscano la parzialità o l'arbitrarietà. In un certo senso, è proprio il suo carattere codificato, istituzionalmente spendibile e veritativamente investito a renderla desiderabile. La diagnosi, pur funzionando come anche come sorta di "timbro amministrativo", continua a portare con sé un valore ontologico: autorizza a esistere, legittima la sofferenza, permette l'accesso a diritti e tutele. È anche in questo senso che può essere considerata una forma di *cura simbolica*: una risposta al bisogno di essere visti, nominati, collocati. Ma questa stessa funzione rischia, come nel caso analizzato da Castel, di rafforzare la pervasività del dispositivo psichiatrico, estendendone le categorie in ogni ambito della vita sociale – senza necessariamente intaccarne le logiche di potere.

Il sociologo Francisco Ortega colloca l'emergere del movimento neurodivergente all'interno di una trasformazione più ampia del soggetto moderno. Ortega definisce questa configurazione

come *soggetto cerebrale* (*cerebral subject*): un modello antropologico in cui il cervello diventa il luogo privilegiato dell'identità, della coscienza e della soggettività. «The brain becomes the place of individuality, consciousness, subjectivity, and selfhood» (Ortega 2009, 428). Il sé si costituisce in un'anatomia in qualche modo immaginaria, legittimata culturalmente dal sapere neuroscientifico.

Ortega a questo punto si confronta esplicitamente con il *Neurodiversity Movement,* che interpreta come una reazione e al tempo stesso una forma di appropriazione di questa configurazione neurocentrata. La *sfida* della neurodiversità consiste, secondo lui, nel tentativo di affermare una differenza neurologica non come deficit, ma come variante naturale della mente umana, dotata di valore proprio. Tuttavia, tale rivendicazione si articola attraverso il vocabolario delle neuroscienze, e rischia perciò di consolidare – anziché scardinare – la centralità epistemica del cervello. Come scrive Ortega:

> If, on the one hand, seeing oneself as a cerebral subject bolsters one's sense of identity and helps erase the social stigma often associated with mental pathology, it may, on the other hand, somewhat solipsistically narrow the notion of what it is to be a person. Such, then, are the dilemmas and controversies of the neurodiversity movement. Its own members' search for community and relation is in tension with its own reductionistic identity politics, in which selves result from the mechanics of the brain (Ortega 2009, 441).

Vediamo qui come la neurodiversità rappresenti una tensione non risolta: da un lato si configura come pratica di resistenza alla patologizzazione e alla marginalizzazione; dall'altro, si appoggia a una concezione del sé ancorata a un'ontologia cerebrale, che rischia di ridurre la persona alla somma delle sue funzioni neurologiche. L'identificazione neurobiologica diventa così una forma di *agency* ambivalente, che permette di accedere a legittimità e diritti, ma senza mettere realmente in discussione il modello epistemico che la rende leggibile. Il *soggetto cerebrale* non è semplicemente un prodotto delle neuroscienze: è anche il punto di convergenza fra governance, riconoscimento e desiderio di appartenenza.

Come ha mostrato la sociologia della diagnosi (Jutel 2009), è fondamentale interrogarsi su come gli individui interagiscono con le etichette diagnostiche e su come la loro assegnazione informi i modi in cui i soggetti rendono conto delle proprie esperienze, delle reti sociali cui partecipano e delle pratiche di autogestione che adottano. Tali pratiche variano sensibilmente in base al significato culturale e al valore attribuito alle categorie diagnostiche. Diversi studi hanno infatti evidenziato l'esistenza di una gerarchia morale delle diagnosi psichiatriche, nella quale alcune categorie risultano più legittime e persino desiderabili, mentre altre vengono vissute come meno rispettabili o apertamente delegittimanti (Dobransky 2009). In questo quadro, secondo Lane (2024) il disturbo bipolare sembra occupare una posizione relativamente

prestigiosa: la sua eziologia prevalentemente biologica, sostenuta da spiegazioni genetiche e neurochimiche, contribuisce, secondo diversi studi, a conferire alle esperienze dei pazienti una patina di oggettività e neutralità morale, riducendo la percezione di colpevolezza o devianza (Lane 2024; cfr. Dumit 2003; Cohn 2004; Rapp 2011; Singh 2011). Non a caso, la letteratura sul prestigio medico mostra che le condizioni considerate gravi, somatiche e fortemente medicalizzate tendono a essere valutate più in alto, anche dagli stessi professionisti, rispetto a quelle associate a eziologie psicogene o psicosomatiche (Grue et al. 2015; Album et al. 2017; Johannessen et al. 2020). Come mostrano gli studi sul disturbo bipolare, la definizione di una condizione come entità prevalentemente biologica può contribuire ad aumentarne la rispettabilità e persino a renderla socialmente desiderabile, collocandola più in alto all'interno di una gerarchia morale delle diagnosi (Lane 2024; Dobransky 2009). In quel caso, la biomedicalizzazione, unita a rappresentazioni culturali che associano il bipolarismo a creatività e intensità emotiva, ha prodotto un effetto inatteso: la possibilità di un'identificazione positiva, più facilmente rivendicabile rispetto a diagnosi percepite come meno autentiche o moralmente colpevolizzanti, come la depressione unipolare o i disturbi di personalità. Non esistono, al momento, studi analoghi che abbiano applicato in maniera sistematica la lente del prestigio alle neurodivergenze, forse anche perché si tratta di un insieme estremamente eterogeneo, che comprende condizioni e vissuti molto diversi tra loro. Tuttavia, i dati disponibili sulla gerarchia delle diagnosi invitano a formulare un'ipotesi prudente: l'allargamento della categoria "neurodivergenza" potrebbe generare al suo interno una sorta di divario di prestigio sociale, tra chi si riconosce in un autismo con compromissioni non gravi, o in condizioni percepite come relativamente poco compromettenti, e chi invece vive bisogni di supporto più elevati. Inoltre, proprio perché le neurodivergenze sono frequentemente descritte attraverso un linguaggio biologico e neuroscientifico, è possibile che la categoria complessiva acquisti col tempo un maggiore prestigio sociale rispetto ad altre diagnosi psichiatriche. Si tratterebbe, pertanto, non di un esito voluto o programmato, ma di un effetto collaterale dei processi già osservati nella distribuzione del prestigio tra le diverse etichette psichiatriche.

3.3. Dire il vero su di sé

La questione di *che cosa* si classifichi quando si diagnostica – e dunque che cosa l'evento diagnostico *indichi*, a quale tipo di realtà si riferisca, quale statuto ontologico pretenda di intercettare – costituisce da sempre uno dei punti più delicati della riflessione sulla psichiatria. Da un punto di vista narrativo e antropologico, il processo diagnostico ha sempre portato con sé lo spettro del *malingerer*: (potremmo tradurlo come il *simulatore*) la figura di colui che simula,

che esagera, che si appropria indebitamente di una categoria per trarne un vantaggio, o che pretende un riconoscimento non dovuto.

La possibilità della simulazione, in psichiatria, viene spesso presentata come implicazione interna all'atto diagnostico stesso, nella misura in cui in psichiatria questo si basa sulla narrazione che il soggetto fornisce della propria esperienza. D'altronde, questo è un problema che ha un lato eminentemente epistemologico: la diagnosi è un processo attraverso il quale un insieme di elementi eterogenei – esperienze riferite, osservazioni cliniche, criteri codificati – viene ricondotto a una categoria riconosciuta e specifica. Questo processo è mediato da quadri teorici, pratiche interpretative e dispositivi tecnici che non possiedono tutti lo stesso grado di consolidamento. Non tutte le diagnosi, infatti, operano secondo la stessa configurazione epistemica né suscitano lo stesso grado di fiducia ontologica – nel senso elementare del termine: il grado in cui siamo ragionevolmente sicuri che la diagnosi circoscriva in modo esatto ciò che stiamo cercando. Una frattura ossea può ambire a un livello più elevato di affidabilità inter-osservatore (*inter-rater reliability*), vale a dire di concordanza tra clinici differenti nell'identificazione del medesimo caso, rispetto, ad esempio, a una sindrome da affaticamento cronico. Ciò non dipende soltanto dal fatto che la frattura sia più direttamente associata a un evento corporeo circoscrivibile, ma dal fatto che è sostenuta da strumenti che hanno progressivamente rafforzato il nesso tra segno osservabile e lesione, riducendo la discrezionalità interpretativa e aumentando la probabilità che osservatori diversi, in momenti diversi, giungano alla stessa conclusione.

In questo senso, l'aumento dell'affidabilità non coincide automaticamente con una prova ontologica, ma contribuisce a rafforzare la plausibilità realistica della categoria: più una diagnosi è stabile tra osservatori, coerente nei criteri e sostenuta da dispositivi tecnici convergenti, più tende a essere percepita come indicativa di qualcosa che esiste indipendentemente dall'atto diagnostico stesso. Diversa è la situazione delle diagnosi che non dispongono di un indicatore positivo univoco e che vengono formulate attraverso l'esclusione di altre ipotesi plausibili, pensiamo ad esempio, alla sindrome dell'affaticamento cronico. In questi casi, l'oggetto non emerge da un dispositivo percepito come probante in senso forte, ma da una valutazione che integra descrizione, confronto e giudizio clinico.

Una differenza analoga attraversa l'ambito psichiatrico: non esiste, propriamente parlando, un processo diagnostico equivalente a quello della frattura ossea, fondato sull'individuazione di una lesione direttamente visualizzabile e su un nesso relativamente stabile tra segno osservabile e substrato organico. Fanno parziale eccezione alcune patologie neurodegenerative, che si collocano in una zona di confine tra neurologia e psichiatria; per la maggior parte delle

diagnosi psichiatriche, tuttavia, l'identificazione avviene attraverso configurazioni sintomatiche e criteri descrittivi che non dispongono di un indicatore positivo univoco.

In questo contesto, il margine di incertezza si distribuisce su piani diversi. Esiste anzitutto una questione di validità di costrutto (*construct validity*): il costrutto diagnostico individua effettivamente una configurazione clinica coerente, oppure aggrega sotto un'unica etichetta fenomeni eterogenei? Questo tipo di interrogativo appartiene prevalentemente alla ricerca e alla riflessione teorica: riguarda la struttura della categoria, non il singolo atto diagnostico.

Nel senso comune, tuttavia, l'attenzione tende a spostarsi altrove. L'incertezza non viene tematizzata come problema di validità della categoria, ma come rischio di errore nell'applicazione: che il clinico sbagli diagnosi, oppure che il paziente simuli, esageri o moduli strategicamente i propri sintomi per ottenere una certificazione. Con l'aumento di certe diagnosi e la diffusione delle pratiche di autodiagnosi lo spettro del *malingerer* assume oggi con ogni probabilità una valenza diversa rispetto al passato. Se in precedenza esso riguardava soprattutto la corretta attribuzione di risorse o la tutela dell'autorità clinica, possiamo intuire che oggi rivesta un rischio esistenziale. L'accusa di non essere "davvero" autistici o ADHD non mette semplicemente in questione la diagnosi, ma destabilizza la pretesa di verità che sostiene l'autocomprensione del soggetto e la sua collocazione in uno spazio condiviso di riconoscimento. Quando la diagnosi funziona anche come accesso a comunità, linguaggi e rivendicazioni collettive, il sospetto non si limita a contestare un atto clinico, ma incide sulle condizioni di appartenenza, e la questione dell'appartenenza politica investe anche evidentemente la condizione di minoranza. Le persone neurodivergenti si presentano infatti come una tipologia di neurominoranza, intendendo con ciò un gruppo numericamente minoritario le cui caratteristiche vengono definite come deviazione rispetto a una norma dominante e che, proprio per questo, si trova esposto in modo ricorrente a svantaggi, incomprensioni o discriminazioni. In modo analogo a quanto avviene per razza e genere, la categoria viene così pensata non soltanto come descrizione di una differenza individuale, ma come designazione di una posizione collettiva.

Per chiarire che cosa comporti parlare di neurominoranza è utile precisare con maggiore accuratezza l'operazione teorica che Sally Haslanger compie rispetto alle categorie di razza e genere. Il punto centrale del suo intervento non è stabilire che cosa "intendiamo" soggettivamente quando utilizziamo termini come "donna" o "bianco", bensì mostrare che tali categorie funzionano, nelle pratiche sociali, come dispositivi di collocazione strutturale.

Haslanger distingue tra ciò che possiamo chiamare il livello manifesto di un concetto – ciò che crediamo di dire quando lo utilizziamo – e il suo funzionamento operativo nelle pratiche sociali. Il livello manifesto tende a presentare la categoria come descrizione di una proprietà

naturale o biologica; il livello operativo rivela invece che essa organizza e distribuisce posizioni all'interno di sistemi di potere.

> to say that I am a white woman is to situate me in complicated and interconnected systems of privilege and subordination that are triggered by interpretations of my physical capacities and appearance (Haslanger 2000, 365).

La categoria "donna" o "bianco" non designa una natura, bensì una posizione strutturale: un insieme di aspettative, vulnerabilità, credibilità attribuite, opportunità e vincoli che si attivano sistematicamente in virtù dell'interpretazione sociale del corpo. In questa prospettiva, la naturalizzazione svolge una funzione specifica: presentare come dato biologico ciò che è in realtà una distribuzione storica di potere contribuisce a stabilizzare tale distribuzione, sottraendola alla contestazione. L'effetto ideologico non consiste tanto nell'inventare una differenza, quanto nel renderla necessaria e inevitabile.

Proviamo ad applicare questa analisi alla categoria di neurodivergenza. Questa può effettivamente configurarsi come posizione strutturale: esiste una norma neurotipica che organizza ambienti, aspettative, ritmi produttivi e forme di comunicazione; chi devia da tale norma sperimenta barriere sistematiche e gerarchie implicite. Parlare di neurominoranza potrebbe quindi indicare una dimensione reale di collocazione sociale, con la differenza, che tuttavia approfondiremo meglio più avanti, della convalida dell'appartenenza minoritaria data da un apparato esterno. Proviamo ad applicare questa analisi alla categoria di neurodivergenza. Se, come suggerisce Haslanger, una categoria sociale non designa primariamente un'essenza, ma una posizione entro una struttura di relazioni, allora anche la neurodivergenza può essere letta in questo modo. Non si tratta anzitutto di stabilire quale sia la "vera natura" dell'autismo o dell'ADHD, bensì di interrogare il tipo di collocazione che deriva dall'essere classificati come tali. La differenza che ci interessa sottolineare qui, rispetto al modo in cui Haslanger descrive razza e genere, è il fatto che qui la naturalizzazione opera storicamente come strumento di subordinazione: rendere biologica la differenza significa renderla inevitabile e giustificare l'ordine gerarchico. Nel caso dell'autismo, la rivendicazione di una base naturale o neurobiologica spesso assume la funzione opposta: serve a conferire legittimità all'esperienza, a sottrarla all'accusa di simulazione o capriccio, a stabilizzare la condizione come "vera". La naturalizzazione diventa così una strategia di convalida[13].

[13] Ciò ha chiaramente a che fare con il dibattito tra *social kinds* – come, per Haslanger sono razza e genere – e *natural kinds*. Abbiamo visto, e avremo modo di spiegare meglio nel prossimo capitolo, che su questo punto il movimento della neurodiversità non ha una posizione unitaria, pur propendendo per l'idea che le neurodivergenze indichino in qualche modo un *natural kind*. Qui, ciò che importa sottolineare è tuttavia il ruolo fondamentale dell'aspetto veritativo della diagnosi.

Le persone la narrano, la tematizzano, la inscrivono retrospettivamente nella propria biografia, la utilizzano per spiegare fratture, incomprensioni, fallimenti o differenze che prima apparivano opachi o privi di nome; e in questa pratica discorsiva i soggetti diagnosticati diventano i retori di quell'appartenenza diagnostica, tanto quanto del suo naturalismo, mobilitandone la pretesa di base neurobiologica come fondamento di verità. Haslanger si chiede, in linea con quello che definisce "ameliorative project", se non si possa, per certi tipi di categorizzazioni, chiedersi quale sia il punto di avere certi concetti in un'ottica di giustizia sociale:

> I believe that races and genders are real categories to be defined in terms of social positions. I have come to this conclusion by con sidering what categories we should employ in the quest for social justice. Although I believe there is reason to conclude that biological essentialism about race and gender is false, to deny that people are raced and gendered within (at least) the contemporary United States would be to ignore facts about our social arrangements that those who seek justice cannot ignore. (Haslanger 2000, 365).

Se riportiamo questa impostazione al terreno della diagnosi psichiatrica, ciò che emerge non è tanto la necessità di decidere una volta per tutte se le neurodivergenze debbano essere considerate *natural kinds* o *social kinds*, quanto piuttosto interrogare le condizioni storiche e politiche che rendono desiderabile trattarle come tali. La diagnosi agisce infatti come dispositivo veritativo che, mentre pretende di descrivere una realtà preesistente, contribuisce a stabilizzarla, fornendo ai soggetti un lessico per narrarsi, un criterio di legittimazione pubblica e una chiave di accesso a risorse materiali e simboliche.

Le culture diagnostiche, la figura del soggetto cerebrale e la nozione di neurominoranza convergono così in un medesimo punto teorico, poiché mostrano come l'atto diagnostico ecceda la dimensione clinica per configurarsi come pratica di soggettivazione. Quando la diagnosi viene incorporata nel racconto autobiografico e mobilitata come fondamento di appartenenza, essa non solo orienta l'autocomprensione, ma delimita anche l'orizzonte di ciò che può essere rivendicato come vero, riconoscibile e condivisibile. La naturalizzazione, che in altri contesti ha operato come giustificazione della subordinazione, può qui assumere la funzione di convalida, nella misura in cui offre una base percepita come oggettiva alla richiesta di riconoscimento; tuttavia, proprio perché tale convalida passa attraverso un regime epistemico centrato sulla legittimazione scientifica, essa mantiene intatto il quadro che decide che cosa conta come prova e chi abbia l'autorità di fornirla.

Se, come suggerisce Sally Haslanger, le categorie vanno valutate anche in rapporto ai progetti di giustizia che intendono sostenere, diventa allora necessario spostare l'attenzione dalla loro presunta essenza al loro funzionamento: occorre chiedersi quali forme di *agency* esse rendano

praticabili, quali modalità di fissazione identitaria riattivino, quali gerarchie contribuiscano a consolidare o a ristrutturare.

Per concludere

Oggi la diagnosi psichiatrica opera sempre meno come strumento di esclusione diretta e sempre più come condizione di inclusione selettiva, e ci appare sempre meno come un oggetto definibile una volta per tutte che come un *bersaglio mobile*: certamente attraversato dai vettori e dai nodi della nicchia ecologica hackinghiana, ma anche segnato da una mancanza più elementare, cioè dall'assenza di una formulazione condivisa e stabilizzata all'interno delle comunità psichiatrica e psicologica. Proprio per questo la diagnosi scivola fra presupposti forti – naturalistici, prescrittivi, e talvolta attraversati da sedimenti morali, razziali e patriarcali – che non si limitano a "colorare" l'atto diagnostico, ma ne orientano l'intelligibilità e le conseguenze. Il suo movimento, inoltre, non è cumulativo né rettilineo: procede per ritorni, retroazioni, aggiustamenti; e ogni volta che "si parla di diagnosi", in realtà si tende a fissare un target, a isolare una specifica versione del concetto e a trattarla come se esaurisse il campo. In questo scarto tra mobilità storica e fissazione pragmatica si gioca una parte non marginale delle ambivalenze contemporanee: la diagnosi è instabile come forma, ma produce stabilizzazioni molto concrete come evento.

Da qui si comprende anche un secondo punto, più direttamente istituzionale: il nesso tra diagnosi e accesso ai servizi non è un legame necessario sul piano concettuale, bensì una saldatura storica e amministrativa. Può risultare sensata sul piano pragmatico – in un mondo in cui diritti, sostegni, tempi, priorità e riconoscimenti vengono distribuiti attraverso procedure – ma resta difficilmente giustificabile sul piano teorico e, ancor più, su quello politico. Il problema, infatti, non è soltanto che tale dipendenza venga assunta come ovvia; è che, nel suo obliarsi, essa tende a sottrarre alla vista il rapporto di potere che si intrattiene tra sofferenza, difficoltà, disallineamento e presa in carico: come se l'accesso alla cura e alla protezione dovesse passare, per principio, attraverso una forma di nominazione certificata. Per chi scrive, disarticolare almeno sul piano della teoria questo legame di necessità è un passaggio indispensabile: non per negare l'urgenza dei bisogni, ma per poter pensare la cura e i diritti senza consegnarli integralmente a una grammatica classificatoria che decide chi "merita" accesso e in quali termini.

Infine, proprio perché la diagnosi opera come cerniera tra saperi, istituzioni, linguaggi ordinari e politiche, essa va intesa come una tecnologia complessa, che mal si lascia comprimere nell'alternativa – ricorrente e spesso sterile – tra un naturalismo ingenuo e un costruttivismo sociale altrettanto ingenuo, talvolta liquidato come retorica "antipsichiatrica" o come riflesso automatico di posture marxiste. Questa polarizzazione, oltre a semplificare, finisce per oscurare ciò che qui interessa davvero: il modo in cui la diagnosi funziona insieme come dispositivo di

conoscenza e come infrastruttura di governo, producendo effetti di realtà, percorsi di vita, autorizzazioni ed esclusioni, senza poter essere ridotta né a un mero "rispecchiamento" del biologico né a una pura invenzione discorsiva. È precisamente questa complessità, e la sua operatività concreta, che chiedono di essere assunte come punto di partenza, se l'obiettivo è comprendere perché la diagnosi rimanga, oggi, al tempo stesso una risorsa di senso e un meccanismo di vincolo e di separazione.

Nel prossimo capitolo vedremo come questo movimento si impegni anche sul piano teorico a contrastare i rischi che abbiamo fin qui delineato: l'essenzialismo neurologico, la sovrapposizione problematica con l'identità e la subalternità al potere psichiatrico.

CAPITOLO TERZO

Concetti in movimento: diagnosi psichiatrica e neurodiversità

Diagnoses should always be written in pencil.
ALLEN FRANCES, *psichiatra curatore del DSM-IV*

Behind every late diagnosed woman
is a little girl who knew this world
was never made for her
but could never explain why.
JESSICA JOCELIN, *poetessa autistica*

La diagnosi psichiatrica occupa un ruolo centrale nell'epistemologia della psichiatria: è attraverso di essa che il disagio mentale viene reso conoscibile, classificabile e trattabile. Si tratta, tuttavia, di un concetto dibattuto e tutt'altro che univoco. Una prima precisazione si rende necessaria: la diagnosi non coincide con la malattia mentale. È, piuttosto, uno strumento concettuale e pratico attraverso cui le condizioni mentali vengono individuate, nominate e rese oggetto di intervento.

Discutere le trasformazioni del concetto di diagnosi significa attraversare almeno quattro livelli tra loro intrecciati: un piano metodologico, che considera la diagnosi come tecnica di indagine e di organizzazione del sapere clinico; un piano teorico, in cui la diagnosi agisce come costrutto epistemico che presuppone una determinata ontologia del mentale; un piano socio-culturale, che riguarda la ricezione sociale della diagnosi e il modo in cui essa circola nei discorsi pubblici e negli spazi digitali; e, infine, un piano individuale, che considera gli effetti soggettivi della diagnosi su chi la riceve, tra accesso ai servizi, riconoscimento e stigmatizzazione.

Per quanto riguarda il piano teorico, è opportuno chiarire che l'intento di questo lavoro non è quello di formulare una teoria ontologica delle classificazioni psichiatriche, né di definire in termini generali cosa sia la diagnosi e la sua portata epistemologica. L'obiettivo è piuttosto mostrare come la diagnosi psichiatrica si configuri come un *concetto mobile*: un dispositivo che non possiede una forma univoca e stabile, ma che si riconfigura nel tempo e attraverso gli usi che ne vengono fatti. In particolare, come si vedrà, gli approcci eterogenei che animano il campo degli studi sulla neurodiversità rendono particolarmente visibile questa natura dinamica,

evidenziando come la diagnosi, la sua concettualizzazione e il suo valore soggettivo siano soggetti a trasformazioni profonde.

L'idea di considerare la diagnosi come un concetto in movimento si ispira alla nozione di *moving target* elaborata da Ian Hacking nel saggio *Kinds of People: Moving Targets* (2006). Come abbiamo visto, per Hacking le categorie psichiatriche non si limitano a descrivere realtà preesistenti, ma interagiscono con le persone a cui si applicano: nel momento in cui vengono nominate e classificate, queste ultime possono riconoscersi nella categoria, rifiutarla, reinterpretarla o mobilitarla strategicamente. Si attiva così quel *looping effect* per cui la classificazione incide sui soggetti classificati e, attraverso le loro pratiche e reazioni, torna a modificarsi.

L'analisi che segue si colloca entro questo orizzonte teorico, ma ne sposta l'asse problematico: non ci interessa primariamente indagare cosa accade ai soggetti quando vengono classificati, bensì interrogare cosa accade al concetto stesso di diagnosi quando si muove tra i diversi nodi e motori di scoperta.

L'autismo, insieme ad altre condizioni raccolte sotto l'ombrello della neurodivergenza, rappresenta oggi un oggetto conteso, la cui definizione è rivendicata da attori differenti: l'istituzione medico-scientifica, le associazioni di persone psichiatrizzate e il mondo della ricerca accademica. Ciascuno di questi attori propone un'interpretazione che risponde a esigenze epistemiche, etiche e politiche specifiche, fondate su concezioni differenti della soggettività, della devianza mentale e del ruolo delle classificazioni nella società.

Questo campo di tensioni mostra come il conflitto tra esperti e non esperti non si configuri mai secondo una logica binaria, ma coinvolga piuttosto una pluralità di attori portatori di informazioni, esperienze e competenze eterogenee. Come vedremo, la psichiatria e i movimenti dissidenti che ne hanno attraversato la storia, come l'antipsichiatria, hanno spesso espresso una resistenza maggiore di quanto ci si potrebbe attendere rispetto all'ampliamento delle categorie diagnostiche o alla loro stessa attribuzione. Se ciò può apparire a prima vista paradossale – poiché la diagnosi è stata tradizionalmente intesa come uno degli strumenti di controllo biopolitico più intimamente legati alla logica psichiatrica – è proprio perché essa è venuta a significare cose diverse in contesti differenti: significati che talvolta coesistono parallelamente, talvolta invece si incontrano e si scontrano negli studi degli psicologi e degli psichiatri.

In questo capitolo tenteremo di mettere in luce, pur con tutte le difficoltà che comporta il delineare i contorni di un mutamento in corso, le modalità attraverso cui si sta producendo questa scissione di usi e significati. Ci occuperemo dei recenti mutamenti teorici attorno ai concetti di neurodiversità e neurodivergenza, due termini che hanno ridefinito il dibattito sull'autismo e sulle differenze cognitive, oscillando tra visioni naturaliste e innatiste e

prospettive più costruttiviste e politiche. In particolare, prenderemo in esame la proposta di Robert Chapman, che attraverso la teoria socio-ecologica e la sua svolta marxista offre strumenti per interrogare la diagnosi al di là delle dicotomie tra normale e patologico, pur rimanendo in parte intrappolato nel problema del significato della diagnosi, che rende difficile sostenere fino in fondo una visione materialista della neurodivergenza. Infine, analizzeremo alcune pratiche di riappropriazione della diagnosi – dal passaggio linguistico tra *person-first* e *identity-first* e l'autodiagnosi – che mostrano come essa possa diventare al contempo risorsa, limite e terreno di conflitto politico. Lungo questi tre assi si intende mettere in evidenza la diagnosi non come dato statico, ma come dispositivo attraversato da tensioni teoriche e materiali, che riflettono e insieme modellano le possibilità di riconoscimento e di emancipazione delle soggettività neurodivergenti. L'auspicio è che, al termine del capitolo, emerga con maggiore chiarezza il sistema di tensioni teoriche e politiche entro cui si colloca oggi la nostra comprensione del concetto di diagnosi, e come il movimento della neurodiversità sta cambiando tale comprensione. Come vedremo, le tensioni che attraversano il movimento della neurodiversità si articolano su più livelli – teorico, metodologico, individuale e socioculturale – e riflettono approcci differenti, spesso divergenti, al tema della diagnosi. L'analisi di tali tensioni consente non soltanto di osservare in quale direzione si stia trasformando oggi il concetto stesso di diagnosi, ma anche di aprire la strada, nel capitolo successivo, a una riflessione sul modo in cui questi cambiamenti si intrecciano con le logiche politiche del riconoscimento e con le strategie di soggettivazione che ne derivano.

1. Cosa significa essere autistici, tra epistemologia e politica

Di cosa parliamo quando ci riferiamo alla neurodivergenza? Cosa significa essere neurodiversi, neurodivergenti, e, di converso, neurotipici? Nick Walker, nel suo *Neuroqueer Heresies* (2021), afferma:

> Neurodiversity is a *biological fact*. It's not a perspective, an approach, a belief, a political position, or a paradigm. That's the neurodiversity paradigm […], not neurodiversity itself. Neurodiversity is not a political or social activist movement. That's the Neurodiversity Movement […], not neurodiversity itself. Neurodiversity is not a trait that any individual possesses or can possess. When an individual or group of individuals diverges from the dominant societal standards of "normal" neurocognitive functioning, they don't "have neurodiversity," they're neurodivergent (Walker 2021, 20, enfasi nostra).

Secondo Walker, quindi, la neurodiversità è un *dato biologico,* che va ben distinto dalla presa di posizione politica che invece caratterizza il movimento della neurodiversità. Sebbene le formulazioni di Walker abbiano esercitato un'influenza tale da divenire, per ampie aree del movimento, quasi paradigmatiche; negli ultimi anni sono emerse prospettive critiche che ne hanno messo in discussione alcuni presupposti. Una prima linea di critica riguarda proprio l'assunto naturalistico implicito nella definizione di Walker, secondo cui «la neurodiversità è una forma naturale della diversità umana» (Walker 2021, 18, traduzione nostra). Come osserva il filosofo autistico Sam Fellowes, la filosofia della medicina ha mostrato quanto sia problematico definire con precisione che cosa significhi "naturale" e, ancor più, assumere che ciò che è naturale sia per ciò stesso desiderabile o neutrale (Fellowes 2024, 2).

Una seconda critica riguarda l'opposizione tra neurodiversità e malattia mentale: secondo una certa interpretazione del paradigma neurodivergente, se una condizione è espressione della neurodiversità, non può essere considerata patologica. Walker scrive infatti che, accogliendo tale paradigma, «si scopre di non avere affatto un disturbo» (Walker 2021, 21); chi ritiene di soffrire di una malattia mentale avrebbe dunque interiorizzato l'abilismo. Fellowes si discosta da questa impostazione, sostenendo che, nel suo caso, l'autismo si manifesta come una malattia mentale, e che la contrapposizione netta tra neurodiversità e patologia non è né necessaria né produttiva Fellowes 2024, 3).

Si tratta di uno spostamento significativo rispetto ai primi teorici del movimento per la neurodiversità; resta tuttavia una posizione minoritaria, più vicina al riconoscimento delle esperienze soggettive di chi vive la propria condizione come patologica che a una vera e propria rielaborazione teorica della "natura" della neurodiversità.

Il termine *neurodivergenza* coniato dall'attivista Kassiane Asasumasu sembra andare in questa direzione inclusiva e politicizzata, indicando tutti quei soggetti la cui configurazione neurologica si discosta significativamente dalle norme neurotipiche:

> Neurodivergent just means a brain that diverges. Autistic people. ADHD people. People with learning disabilities. Epileptic people. People with mental illnesses. People with MS or Parkinson's or apraxia or cerebral palsy or dyspraxia or no specific diagnosis but wonky lateralization or something *(*Asasumasu 2021*).*

In questa definizione sono incluse persone con malattie mentali e con disturbi neurologici. Questa ridefinizione sembra andare in una direzione diversa rispetto alle prime teorizzazioni della neurodiversità come fatto assolutamente non patologico. Una spiegazione dell'uso e dell'evoluzione di queste terminologie può rifarsi al modello sociale della disabilità, spesso richiamato dagli stessi movimenti, e articolarsi così: tutti partecipiamo alla neurodiversità come parte della variabilità neurobiologica umana, ma solo alcune persone sono neurodivergenti, nel senso che vivono concretamente le conseguenze della deviazione dalle norme cognitive e comportamentali dominanti – conseguenze che includono medicalizzazione, esclusione sociale, stigma.

Questo spostamento terminologico lo si può comprendere come un tentativo di disgiungere il livello ontologico (più complesso da dirimere e sottoposto alle percezioni e convinzioni individuali degli attivisti) da quello politico: da un lato, la neurodiversità come condizione strutturale della specie; dall'altro, la neurodivergenza come esperienza concreta di marginalizzazione. Il concetto di neurodivergenza rappresenta un passaggio importante nella maturazione teorico-politica del movimento, poiché permette di articolare più chiaramente la specificità delle istanze emancipatorie rispetto a un generico appello alla diversità.

La confusione terminologica viene spesso spiegata con la connotazione politica di un termine spesso usato in contesti medici: neurodivergenza non è una categoria medico-scientifica, ma attivamente politica:

[T]anto il movimento per la neurodiversità quanto il termine "neurodivergente" hanno un intento politico unificante e non escludente: non si tratta di nuovi termini per parlare di specifiche diagnosi, quanto piuttosto di parole per portare una visione nuova, che non vede ciò che diverge dalla norma come deficitario o malato, ma valido di per sé, meritevole di rispetto e di supporto. "Neurodivergente", quindi, non vuol dire quasi nulla se non "un cervello che diverge": non ci dice in nessun modo in *cosa* una persona neurodivergente diverga dalla norma (Marocchini 2025).

Con l'allargamento del concetto di neurodiversità a quello di neurodivergenza, non si parla più soltanto di persone autistiche, ma anche di individui con ADHD, disturbi dell'apprendimento, e anche con disturbi psichiatrici come bipolarismo, disturbo borderline di personalità e schizofrenia. Tracciare i confini di tale estensione concettuale in questo momento è particolarmente complesso, perché è un mutamento tutto *in fieri*[14], che si sta dispiegando nell'ambito dell'attivismo e nelle piattaforme social, e quindi (ancora) al di fuori dell'ambito della ricerca, dove ci sembra che la definizione di neurodiversità e quella di neurodivergenza vengano usate intercambiabilmente ricalcando il paradigma originale della differenza neurocognitiva non patologica. In una pubblicazione recente di *Health Care Analysis* leggiamo che il concetto di neurodiversità:

> includes people with various cognitive differences and is no longer as centred around autism as it used to be. Over the years, it has grown into something even broader. It focuses on neurodivergent people, those whose cognitive functioning is significantly different from what is considered to be the norm, being seen and heard. This movement claims that the differences in human cognition are natural variations and not pathological. Put differently, autistic people and other neurodivergent people should be accepted the way that they are (Lang 2025, 5).

Questo ampliamento è comunque significativo, poiché riflette l'incontro-scontro tra esigenze epistemico-scientifiche con rivendicazioni provenienti da gruppi diversi di soggetti psichiatrizzati. Al contempo, ciò solleva dubbi circa la validità epistemologica del concetto di neurodiversità e il rischio che esso vada incontro a uno slittamento semantico, ovvero a quel processo per cui un termine, attraverso usi molteplici e non coordinati, muta progressivamente di significato fino a produrre discrepanze tra la sua definizione teorica e le applicazioni pratiche. In questo caso, la pluralità di impieghi – clinici, politici, accademici – rischia di compromettere la coerenza concettuale del paradigma stesso, indebolendo la sua forza critica e la sua capacità di incidere sui dispositivi istituzionali che continuano a organizzare la differenza neurologica entro schemi normalizzanti. Haslanger (2014) mostra come enunciati formulati in forma generica – privi di quantificazione esplicita – tendano a essere recepiti non come semplici descrizioni di regolarità empiriche, ma come affermazioni su ciò che definisce un tipo, su ciò che i membri di una certa categoria *sono* in quanto tali. In presenza di assunzioni di sfondo largamente condivise – secondo cui le regolarità statistiche non sono accidentali, ma rivelano

[14] Un esempio recente: i neurobiologi Miranda-Ojeda et al. (2025) propongono un *Neurodiversity Framework* che definisce la neurodivergenza come una variante del funzionamento neurologico che implica differenze nello sviluppo cognitivo, comunicativo, comportamentale e sociale, senza considerarle necessariamente patologiche. Nel paper specificano che Il *Neurodiversity framework* è pensato per persone con diagnosi di autismo e Disturbo da deficit di attenzione e iperattività [ADHD], dislessia, disturbo bipolare, schizofrenia e depressione.

una natura sottostante, e secondo cui ciò che è naturale è anche normativamente desiderabile – tali enunciati consentono uno slittamento rapido dalla descrizione alla prescrizione. Ciò che appare ricorrente viene interpretato come naturale, e ciò che è naturale come appropriato, corretto o persino auspicabile.

Trasposto nel campo della neurodivergenza, questo schema permette di comprendere come descrizioni inizialmente situate e politicamente motivate possano progressivamente stabilizzarsi come attribuzioni ontologiche. L'uso reiterato di categorie volte a nominare una deviazione dalla norma finisce così per contribuire alla ridefinizione dei confini di ciò che appare normale, accettabile o valorizzabile. Lo slittamento semantico non è dunque un effetto contingente dell'uso impreciso dei termini, ma un rischio strutturale legato al modo in cui certe categorie, una volta entrate nel senso comune, vengono trattate come descrizioni di ciò che i soggetti *sono*, piuttosto che di come vengono situati entro specifici assetti sociali e istituzionali.

Man mano che *neurodivergenza* si allontana dal legame originario con l'autismo e la variabilità neurologica, il suo significato si trasforma da indicatore di atipie cerebrali a categoria identitaria e relazionale, includendo forme eterogenee di sofferenza psichica e disagio sociale. Questo spostamento semantico può avere valore strategico nei contesti di alleanza politica tra soggettività psichiatrizzate, ma rischia anche di generare confusione, soprattutto se non accompagnato da una riflessione critica sui limiti e sulle implicazioni dell'uso di un linguaggio mutuato dalla biologia a fini politici. Il concetto di neurodiversità, come abbiamo visto, è spesso presentato come una constatazione biologica: una descrizione scientifica della naturale variabilità neurologica umana, assimilabile alla biodiversità o alla differenza genetica. Abbiamo spiegato come spesso questa spiegazione potrebbe venire preferita perché porta con sé, implicitamente, una percezione diversa e meno stigmatizzante della condizione. Il crescente ricorso alla nozione di neurodivergenza per includere anche condizioni quali la disabilità intellettiva, i disturbi dell'apprendimento e altri disturbi psichiatrici potrebbe derivare anche da questo effetto positivo sullo stigma, ma ha tuttavia reso porosi i confini concettuali della categoria, che appare adesso più vaga e suscettibile a confusione, soprattutto nel suo uso parallelo in ambito medico, nel quale i due termini vengono usati intercambiabilmente. Se neurodivergente è un termine politico e non medico, a ben vedere, non dovrebbe darsi una diagnosi di neurodivergenza, essendo questa una categorizzazione politica. L'oscillazione centrale sembra ancora una volta concernere non solo ciò che i movimenti chiedono alla psichiatria, che non è sempre chiaro, ma anche quanto delle loro rivendicazioni sono affidate alla sua competenza.

Questa ambivalenza tra medico e politico, biologico e sociale produce una tensione epistemologica rilevante: da un lato, il linguaggio della neurodivergenza implica l'esistenza di

differenze neurobiologiche sottostanti; dall'altro, si propone come critica a una lettura essenzialista e patologizzante della soggettività. Il rischio è che questa doppia iscrizione generi confusione sul significato da attribuire al significante, compromettendo la capacità del concetto di mantenere coerenza teorica e forza critica. Forse proprio in conseguenza dell'effetto di retroazione descritto da Hacking, anche nel discorso medico-sanitario si cominciano ad usare sempre più spesso queste terminologie, talvolta riferite a persone autistiche, altre volte estesi a individui con ADHD, dislessia o disturbi dell'umore.

Tale variabilità semantica potrebbe minare la precisione concettuale del paradigma, rendendolo vulnerabile a usi strumentali e incoerenti e, più in generale, a una perdita del potenziale critico da cui ha avuto origine. Inoltre, l'inconsistenza tra neurodivergenza come identità politica e come categoria clinica riapre il problema della validità epistemologica: se essere neurodivergenti significa semplicemente avere una diagnosi psichiatrica, il concetto si confonde con quello di patologia mentale; se invece implica un'adesione a una prospettiva critica sulla neuronormatività, non è chiaro quali condizioni o esperienze ne delimitino il perimetro. In entrambi i casi, il significato del termine sta migrando rispetto alla sua funzione originaria, generando ambiguità e tensioni sia teoriche sia pratiche. In ultimo, questa estensione ripropone una distinzione già emersa – e ampiamente problematizzata dagli attivisti nel dibattito sull'autismo, in cui si è separata una forma "non patologica" di neurodiversità da espressioni con bisogni di supporto più elevati, a volte considerati come comorbilità o co-occorrenze. Questa distinzione poggia su presupposti che sollevano alcune criticità. Da un lato, presuppone una separazione netta tra profili clinici che, nella pratica, risultano spesso sovrapposti o sfumati; dall'altro, lascia intravedere il rischio di una riproposizione della logica dell'*impairment*, secondo cui alcune forme di differenza cognitiva sarebbero considerate accettabili o persino valorizzabili, mentre altre resterebbero legate a un deficit o a una condizione da gestire. In questo scenario, la nozione di neurodivergenza rischia di vedere ridotta la propria portata emancipatoria, trasformandosi in una nuova forma di normatività. Più che mettere in discussione il paradigma neuronormativo, essa potrebbe finire per ridefinire i confini della "normalità", di ciò che è accettabile, ampliandoli senza però scalfire i meccanismi di patologizzazione e stigmatizzazione che continuano a colpire comportamenti e sintomi percepiti come "abnormi". In tal modo, ciò che appare come un superamento della psichiatrizzazione rischierebbe piuttosto di riprodurne le logiche escludenti, semplicemente spostandone il limite. Un nodo dirimente sarà rappresentato dal modo in cui verranno considerate le persone autistiche che necessitano di livelli più intensi di supporto. Si tratta di una delle questioni più complesse da affrontare per il movimento, perché si trova di fronte a

una popolazione eterogenea, i cui bisogni restano molteplici e urgenti, e che richiede con forza l'elaborazione di servizi adeguati e inclusivi.

Come osserva Lang, il riconoscimento della neurodiversità non elimina la necessità di pensare alle disuguaglianze interne allo spettro autistico, né di differenziare le forme e i livelli di supporto di cui le persone possono avere bisogno. Lang scrive infatti che:

> some kind of distinction between people with different levels of severity for various skills is necessary to make it easier to explain the variations in autism», e suggerisce che «perhaps the solution could be a more personalised approach that includes different autistic traits and levels of particular abilities (Lang 2025, 17).

Tuttavia, elaborare in modo più rigoroso la definizione e il senso stesso di *neurodiversità* e *neurodivergenza* potrebbe evitare di ricadere in una logica di gestione individuale della cura. La questione dei bisogni, infatti, è troppo cruciale per essere affidata unicamente alla dimensione clinica e alla presa in carico personalizzata: essa va pensata a monte come questione politica, che riguarda la distribuzione delle risorse, le condizioni materiali dell'esistenza e la configurazione stessa dei contesti sociali entro cui l'autismo viene riconosciuto, sostenuto o escluso.

1.1 Tra deficit e differenza: il modello ecologico delle funzioni mentali

Uno degli studiosi che in questi anni si è maggiormente impegnato nella definizione coerente di neurodivergenza e degli obiettivi del movimento, come abbiamo già avuto modo di discutere, è Robert Chapman, filosofo autistico e *assistant professor* in *Critical Neurodiversity Studies* presso *l'Institute for Medical Humanities* dell'Università di Durham. La sua opera, recentemente tradotta in italiano (Chapman 2025), è fondamentale per comprendere come il pensiero neurodivergente si stia affinando e ampliando in questo momento storico. Il suo obiettivo è articolare il concetto di neurodivergenza evitando sia ricadute bioessenzialiste sia derive politicamente controproducenti, mantenendo al contempo la centralità identitaria e rivendicativa del movimento. A differenza dei modelli proposti da Christopher Boorse – basati sulla fisiologia individuale e sulla statistica biologica (Boorse 1977) – e da Jerome Wakefield – fondati sulla disfunzione evolutiva e sul danno associato (Wakefield 1992) – Chapman rifiuta l'idea che la funzionalità di una caratteristica mentale dipenda dal conformarsi a una norma statistica o dal possedere un vantaggio adattivo selezionato nell'evoluzione. Sulla scorta del filosofo tedesco Thomas Fuchs, egli sostiene che la mente non è un'entità chiusa e isolata nel cervello, ma un fenomeno incarnato, situato e relazionale, che emerge dall'intreccio dinamico tra corpo, ambiente e contesto sociale. In questa prospettiva, la funzione mentale è irriducibile

alla sola dimensione neuronale e si costruisce nel quadro più ampio dell'ecologia culturale e sociale.

Applicata alla neurodivergenza, questa impostazione conduce a una reinterpretazione del concetto di funzione, intesa come realtà relazionale e orientata al futuro. Una determinata caratteristica cognitiva non è funzionale o disfunzionale in sé, ma in relazione alla sua capacità di contribuire alla persistenza e alla vitalità dell'individuo e/o del gruppo nel contesto socioecologico dato. Questa prospettiva permette di concepire alcuni tratti neurodivergenti come disabilitanti solo in ambienti ostili o inadatti, ma al contempo di assumere un valore significativo e generativo, tanto sul piano individuale quanto su quello collettivo. A differenza dei modelli evoluzionistici fondati sulla pretesa neutralità dei dati biologici, l'approccio ecologico accoglie e rilancia la critica del movimento per la neurodiversità alla patologizzazione dei diversi stili cognitivi, offrendo una cornice teorica capace di oltrepassare la dicotomia tra normalità e malattia senza ricadere in una logica compensativa o integrativa. Come scrive Chapman:

> Although it is true that the human mind is the product of evolution and surely can be analyzed as such, it is also the product of, and sustained by, socioecological scaffolding and is always situated in a broader culture (Chapman 2021, 1364).

Con l'espressione "ecologia sociale" Chapman intende sottolineare che la funzione mentale è comprensibile solo nel contesto dei sistemi relazionali, culturali e sociali che ne determinano significato e valore. In questa prospettiva, l'"ecologia" si distingue dal significato strettamente evolutivo e si configura come una visione sistemica e interattiva, nella quale ciascun elemento trova senso e legittimità nel legame con gli altri. Riconoscendo che la diagnosi psichiatrica racchiude inevitabilmente una componente normativa, Chapman non si limita a decostruire la nozione di disfunzione, ma tenta di risemantizzarla all'interno di un modello ecologico, nel quale la funzionalità è misurata in base al contributo relazionale dell'individuo al sistema sociale. In questo modo, la disfunzione diviene una differenza situata e relazionale, e la persona neurodivergente appare funzionale in modo alternativo, quindi legittima e degna di appartenenza.

Sebbene questa concettualizzazione rappresenti un'interessante alternativa alla visione biomedica, resta tuttavia necessario interrogare i criteri attraverso cui viene misurata la "funzione" sociale. In assenza di una riflessione critica esplicita, tali criteri rischiano di riprodurre gerarchie già esistenti. Solo attraverso la loro esplicitazione, contestazione e negoziazione politica è possibile prevenire che il modello ecologico diventi una forma di inclusione condizionata o un meccanismo di assimilazione delle soggettività neurodivergenti

all'interno di un ordine psichiatrizzato solo di tipo differente, più affermativo. Torneremo più avanti su questo aspetto.

1.2 La svolta marxista negli studi della neurodiversità

Negli ultimi anni, anche in risposta al rischio di una cooptazione biomedica o di una ricaduta bioessenzialista del termine *neurodiversità*, si è sviluppato un tentativo di riformularlo in termini marxiani. Robert Chapman colloca questa tendenza all'interno di una mappa più ampia di orientamenti teorici e politici che attraversano il movimento per la neurodiversità, distinguendo tre approcci principali: una neurodiversità neoliberale, una neurodiversità marxista e una neurodiversità della giustizia intersezionale (Chapman 2021).

L'approccio neoliberale utilizza il linguaggio della neurodiversità per promuovere l'adattamento e il successo individuale, valorizzando i tratti cognitivi o comportamentali ritenuti produttivi all'interno di un contesto economico competitivo. Il riferimento al modello sociale della disabilità serve, in questo caso, più a favorire l'inclusione nel mercato del lavoro che a mettere in discussione le strutture economiche che producono esclusione.

L'approccio marxista, invece, interpreta la disumanizzazione e la disabilità neurodivergente come effetti delle logiche del capitalismo, richiamandosi alla tradizione dei *disability studies* materialisti. L'attenzione si sposta dai tratti individuali alle condizioni storiche e sistemiche che determinano chi viene incluso o escluso dai processi produttivi.

Infine, l'approccio della giustizia intersezionale, più radicato nel contesto nordamericano, sottolinea l'intreccio tra neurodivergenza, razza, genere, sessualità e classe, e concepisce la liberazione come processo collettivo e relazionale.

All'interno di questa cornice, Chapman elabora una teorizzazione della neurodiversità di orientamento marxiano, già delineata in un saggio del 2020 in cui propone di concepire l'autismo non come entità neurobiologica stabile, ma come formazione storica prodotta da processi materiali di marginalizzazione. Nonostante i tentativi di definirlo come categoria scientificamente coerente, l'autismo continua infatti a sfuggire a una delimitazione unitaria, i cui confini si modificano in relazione a norme culturali e ideologiche. Le analisi storiche di Stuart Murray, Majia Nadesan, Chloe Silverman e Tom Verhoeff mostrano come ciò che viene classificato come "autismo" vari nel tempo in funzione delle concezioni dominanti di devianza e normalità (Nadesan 2005; Silverman 2011; Verhoeff 2015).

In linea con questa prospettiva, Chapman mette in discussione la possibilità di considerare l'autismo un *natural kind* o anche solo un *pragmatic psychiatric kind*, cioè una categoria clinica dotata di coerenza esplicativa, predittiva o terapeutica. Egli rifiuta però anche di concepirlo

esclusivamente come identità politica, sostenendo che un simile approccio rischierebbe di escludere chi presenta difficoltà comunicative più marcate e di ridurne la portata trasformativa.

Per superare questa impasse, propone di pensare l'autismo come *collettivo seriale*, riprendendo la nozione elaborata da Iris Marion Young in *Justice and the Politics of Difference* (1990), ispirata alla distinzione sartriana tra gruppo e serie. Per Sartre, la *serie* è una collettività passiva, composta da individui accomunati da condizioni materiali comuni ma privi di un progetto condiviso – il suo esempio classico è la fila alla fermata dell'autobus. Il *gruppo*, al contrario, nasce da un atto di prassi collettiva che trasforma una pluralità dispersa in un soggetto politico capace di azione coordinata. Young applica questa distinzione alla categoria di "donna", sostenendo che essa non designi un'essenza naturale o un'identità universale, ma una condizione socialmente e materialmente prodotta, articolata attraverso ruoli, pratiche e aspettative condivise.

Chapman adotta questa cornice per concettualizzare l'autismo come collettivo seriale: una configurazione sociale composta da individui accomunati non da una natura condivisa, ma da condizioni materiali di marginalizzazione – la diagnosi, le esigenze sensoriali, le difficoltà pratiche – che, nel tempo, producono una certa coerenza e visibilità collettiva. Tale prospettiva, secondo l'autore, permetterebbe di evitare tanto l'ipotesi naturalistica quanto quella identitaria, mantenendo al contempo un riferimento alla dimensione materiale delle condizioni di vita. L'autismo viene così pensato come forma di esistenza sociale storicamente determinata, il cui significato dipende dai rapporti materiali e istituzionali che ne regolano la definizione.

Come scrive Chapman:

> All we need here is the serialised account of autism, allowing the focus to be shifted to the material and social conditions that brought the need to classify and then expand the autism in the first place. [...] The emphasis of the serialised account would be more helpful for these kinds of pursuits than any previous framing, since it precisely draws attention to the centrality of current material and social conditions as being a core part of the reality (and disability) of autism. (Chapman 2020, 24)

È a partire da questa impostazione che Chapman sviluppa, in *Empire of Normality* (2023), un'analisi più ampia del rapporto tra neurodivergenza e capitalismo, in cui la disabilità viene collocata all'interno delle trasformazioni storiche dei modi di produzione e delle logiche di valorizzazione. In *Empire of Normality* (2023), Chapman sviluppa una genealogia della neurodivergenza in chiave marxiana, interpretando la "normalità" come una tecnologia di potere storicamente intrecciata alle forme di produzione capitalistica. La normalità non designa uno stato neutro, ma un dispositivo che seleziona e gerarchizza le capacità cognitive in base alla loro funzionalità economica. La neurodivergenza non è un dato biologico, quindi, ma un

prodotto storico dei rapporti di produzione: una modalità di disabilitazione che varia con le trasformazioni del lavoro e dell'organizzazione sociale.

Il capitalismo, nella lettura di Chapman, non si limita a sfruttare la forza-lavoro, ma produce attivamente la distinzione tra abilità e disabilità, tra mente normale e mente anomala. La psichiatria, lungi dall'essere un sapere esterno o neutrale, ne costituisce un ingranaggio essenziale: contribuisce a definire i confini della produttività, amministrando le eccedenze cognitive e modellando la soggettività in funzione delle esigenze del capitale. La malattia mentale diventa così una categoria di governo, un mezzo di regolazione differenziale della popolazione.

L'antipsichiatria rappresenta per Chapman una critica parziale e idealista, poiché riduce la malattia mentale a un mito linguistico o a un errore epistemico, senza riconoscere le condizioni materiali che la rendono possibile. Figure come Thomas Szasz, pur denunciando la violenza istituzionale della psichiatria, resterebbero intrappolate in un dualismo mente-corpo e in una concezione liberale della libertà individuale. La vera critica, secondo Chapman, deve invece collocare la psichiatria entro l'infrastruttura economica del capitalismo, dove essa partecipa alla produzione e alla gestione di quella che definisce una *classe di surplus* – una popolazione eccedentaria ma funzionale, che il capitale include e sfrutta attraverso dispositivi di cura, controllo e normalizzazione.

È difficile non avere la sensazione che, nel tentativo di articolare una genealogia marxiana della neurodiversità, Chapman finisca per riprodurre alcune delle ambivalenze che intende criticare. L'operazione teorica di *The Empire of Normality* è certamente ambiziosa: mostra come la psichiatria moderna emerga insieme al capitalismo industriale e come le categorie di normalità e anormalità rispondano a una logica di produttività cognitiva. Tuttavia, il suo marxismo sembrerebbe operare più come linguaggio critico che come analisi materialista in senso stretto. L'enfasi posta sulla storia dei concetti – statistica, comportamento, psicologia – tende a prevalere sulla ricostruzione delle relazioni di produzione e delle forme di riproduzione sociale che li rendono operativi. In questo modo, l'elemento ideologico rischia di essere assunto come causa, più che come effetto, delle condizioni materiali.

È difficile non notare come Chapman, pur sviluppando una genealogia marxiana della normalità e della disabilità, non affronti mai in modo diretto la questione della diagnosi come dispositivo di potere e di mediazione materiale. In un'ottica materialista, una simile analisi avrebbe avuto pieno senso: la diagnosi costituisce, infatti, il principale canale di accesso ai servizi, alle risorse e alla cura, ma anche una sorta di portavoce istituzionale dei bisogni. È attraverso di essa che la sofferenza viene tradotta in linguaggio amministrativo e resa compatibile con le logiche della distribuzione e del riconoscimento. Il fatto che Chapman non

tematizzi questo passaggio lascia in ombra il modo in cui la diagnosi, lungi dall'essere un mero strumento classificatorio, organizza concretamente le possibilità di sopravvivenza e di soggettivazione. D'altro canto, in altri lavori l'autore sottolinea come la diagnosi sia anche una condizione di accesso alla comunità politica neurodivergente: un mezzo di aggregazione e di riconoscimento reciproco. È difficile non vedere in questa posizione una contraddizione strutturale – la diagnosi, al tempo stesso, come dispositivo di normalizzazione e come promessa di appartenenza – che finisce per sospendere la tensione materialista del progetto, riportandolo entro l'ambito di una politica del riconoscimento più che della trasformazione. La sensazione è che superare le derive identitarie del movimento per la neurodiversità sia un compito più complesso di quanto l'autore lasci intendere. Una costruzione teorica, per quanto sofisticata, che non incida sul modo in cui le persone esperiscono la propria condizione e si riconoscono in essa, rischia di rimanere confinata all'ambito accademico. Se il discorso continua a ruotare attorno alla classificazione più che ai bisogni, difficilmente potrà modificare le forme concrete di vita o generare effetti materiali nel senso che un'analisi marxiana dovrebbe implicare. Rischioso, infine, è l'universalismo implicito del suo discorso tende a considerare la neurodivergenza come prodotto omogeneo del capitalismo globale, trascurando le differenze coloniali e postcoloniali nella storia della psichiatria e della disabilità. Chapman auspica che il paradigma della neurodiversità possa essere ripreso nei contesti del Sud globale, ma appare incerto sul modo in cui esperienze e forme di soggettivazione diverse possano trasformarlo. È difficile non leggere in questa posizione una certa asimmetria epistemica: come se la teoria occidentale della neurodiversità fosse destinata a costituire il modello interpretativo anche per realtà altre, la cui storia della sofferenza e della cura si è articolata secondo logiche differenti.

Dedicheremo la prossima sezione a un'analisi più approfondita della critica che Chapman rivolge all'antipsichiatria, una posizione che, come vedremo, è condivisa da altri autori e attivisti contemporanei. Questa fase storico-teorica può essere, d'altro canto, descritta proprio come una fase *post-antipsichiatrica*: i presupposti dell'antipsichiatria – il suo idealismo, la centralità della coscienza e il modo di pensare il ruolo delle classificazioni – vengono oggi rielaborati e messi in discussione dai movimenti dal basso. Comprendere questa trasformazione è essenziale, poiché la critica attuale all'antipsichiatria costituisce, in un certo senso, un altro modo di criticare *l'expertise*: l'antipsichiatria stessa, nata da psichiatri e da intellettuali interni all'istituzione, tende oggi infatti a configurarsi come una forma di autorità teorica, un patrimonio concettuale sedimentato che i movimenti contestano proprio nel suo statuto di sapere esperto.

2. Voci dall'interno, voci dal basso: il ruolo dell'antipsichiatria

Come abbiamo accennato, il testo di Chapman dedica un'ampia sezione alla critica dell'antipsichiatria: «Sostengo che l'antipsichiatria faccia parte del problema, non della soluzione» (Chapman 2024, 18, trad. nostra). Con questa affermazione, Robert Chapman prende le distanze da una tradizione che, pur avendo denunciato la funzione repressiva della psichiatria, non appare oggi in grado di sostenere l'emancipazione delle persone psichiatrizzate. Una posizione che può sembrare controintuitiva, se si considera che fu proprio l'antipsichiatria a rivendicare per prima il coinvolgimento attivo dei pazienti nella produzione del sapere psichiatrico e a leggere la sofferenza psichica come espressione delle condizioni sociali e capitalistiche.

Chapman, tuttavia, non è isolato in questa postura critica. Beatrice Adler-Bolton e Artie Vierkant, in *Health Communism*, scrivono: «Il progetto antipsichiatrico fu influente, ma non mantenne nessuna delle promesse fatte ai pazienti» (Adler-Bolton e Vierkant 2022, 155–156, trad. nostra). Molti attivisti e teorici condividono oggi un disincanto crescente verso quella corrente, giudicandola incapace di affrontare le nuove forme di medicalizzazione e controllo. Questo distacco, tuttavia, non implica né un ritorno alla psichiatria istituzionale, né l'abbandono della critica all'istituzione. Piuttosto, sembra collocarsi lungo una traiettoria diversa rispetto all'antipsichiatria storica: le nuove prospettive mirano a disinnescare i meccanismi di potere intervenendo sul piano delle soggettivazioni, dei dispositivi e dei bisogni materiali.

Chapman, così come Adler-Bolton e Vierkant, descrivono la psichiatria come dispositivo di disciplinamento funzionale alla riproduzione dell'ordine capitalistico. Una posizione che, a ben vedere, non è distante da quella di autori antipsichiatrici come Franco Basaglia e Franca Ongaro, che ne *L'istituzione negata* (1968) descrivono la psichiatria come una macchina classista di segregazione e patologizzazione delle deviazioni sociali. Il distacco attuale dall'antipsichiatria, quindi, non ne rifiuta questa parte dell'eredità teorica. Tra le ragioni che possono contribuire a spiegare questa critica, vi è innanzitutto la posizione da cui si articolava la contestazione antipsichiatrica. Il movimento, per quanto radicale nei contenuti, prese forma prevalentemente all'interno della professione. Anche i suoi esponenti più estremi – quelli che giunsero a chiedere l'abolizione della disciplina – operavano da un luogo di appartenenza istituzionale, che offriva loro visibilità, legittimità epistemica e risorse. Molti erano consapevoli di questo paradosso e cercarono di utilizzarlo strategicamente per trasformare il sistema dall'interno. Ma resta il fatto che tale ambivalenza – tra critica della psichiatria e partecipazione alle sue strutture – continua a suscitare diffidenza. L'attivista del *Mad Movement* George Reaume scrive a questo proposito:

> Yet, for all of their radicalism, this professional-led revolt against psychiatry had a degree of elitism. People in positions of power who did not experience madness themselves were telling the mad masses what was, or was not, good for them. Is this any different from mad studies? Time will tell, and those who will do the telling should be mad people outside of the academy rather than those of us inside for it to have any meaning beyond self-justification. (Reaume 2021, 101)

A nostro avviso, questo rivolgimento ha anche molto a che fare anche con la ricezione dell'antipsichiatria nei paesi anglosassoni, dove la figura più letta e discussa è stata quella di Thomas Szasz, riferimento che troviamo centrale nel testo di Chapman. Psichiatra statunitense noto per il suo estro polemico, Szasz ha sostenuto che le malattie mentali non esistono al di fuori delle necessità amministrative e di controllo dell'istituzione psichiatrica. Secondo Chapman, questa negazione ha finito per legittimare, paradossalmente, le politiche statali orientate a ridurre l'assistenza sociale e l'attenzione alla salute mentale. Sul piano culturale, inoltre, ha contribuito a una crescente moralizzazione e diffidenza verso la sofferenza psichica. In assenza di alternative concrete, la chiusura dei manicomi ha lasciato molte persone vulnerabili senza supporto, costringendole in alcuni casi a rifugiarsi nella criminalità o a finire incarcerate. Citando lo storico della medicina Andrew Scull, Chapman rileva come questa fase storica sia stata segnata da un paradosso: la convergenza tra destra e sinistra nella spinta alla chiusura dei manicomi – la prima motivata dal desiderio di smantellare il *welfare*, la seconda dalla volontà di porre fine a ogni forma di reclusione. Concentrandosi sul "mito" della malattia mentale e sulla critica alle etichette diagnostiche, l'antipsichiatria secondo l'autore ha adottato un impianto idealista, secondo cui negare la malattia e chiudere i manicomi avrebbe automaticamente liberato i soggetti psichiatrizzati. In una prospettiva materialista, invece, il potere del controllo sociale non risiede nelle diagnosi in sé, ma nella logica neuronormativa del capitalismo, capace di cooptare anche il rifiuto antipsichiatrico, trasformandolo in nuove forme di esclusione e gestione selettiva. Il capitale riconosce la malattia mentale solo nella misura in cui serve a gestire una popolazione eccedente, evitando al contempo di erogare servizi onerosi. Il dibattito tra psichiatria e antipsichiatria, impostato come falsa dicotomia tra malattia mentale come realtà apolitica o come finzione, ha così permesso, secondo l'autore, al paradigma patologico e al sistema capitalistico di rafforzarsi indisturbati.

Pur riconoscendo che l'antipsichiatria abbia messo in discussione l'ontologia della malattia mentale così come definita dal sapere medico, va tuttavia precisato che le posizioni estreme di Szasz sono state oggetto di fortissime critiche proprio da parte di altri esponenti del movimento antipsichiatrico. Una divergenza significativa lo separa da figure come Cooper, Laing, Basaglia e Ongaro: Szasz riduce la malattia mentale a un semplice "problema del vivere" (*problems of*

living), rifiutando di collocarla all'interno di una cornice di ingiustizia sociale strutturale. Mentre denuncia il tentativo della psichiatria di governare i disagi della vita, non indaga le connessioni tra sofferenza individuale e condizioni socioeconomiche, tema centrale invece per questi autori. Il suo approccio, pur vagamente ispirato a una lettura foucaultiana, non si traduce in una critica materiale della psichiatria, né del suo ruolo nella riproduzione delle disuguaglianze. John Cromby, nella sua recensione del testo, spiega molto bene il possibile fraintendimento dell'autore:

> To 'deny the reality' of mental illness has two possible meanings. First, it could mean denying the actuality of the uncontrollable, debilitating anguish that characterises many forms of mental distress. Second, it could mean denying that this suffering is necessarily best understood as a medical phenomenon. Of the most influential anti-psychiatrists, Szasz alone endorsed the first meaning. He was sometimes sceptical about the actuality of distress and accused those who considered themselves mentally ill of self-deception. None of the others shared these views. But all of the most influential anti-psychiatrists endorsed the second meaning (Cromby 2024).

Questo secondo approccio sembra anche particolarmente simile a quello del movimento della neurodiversità, e sarebbe interessante sapere cosa ne pensa l'autore, che nel testo sembra oscillare su registri diversi. Concentrandosi sul "mito" della malattia mentale e sulla critica alle etichette diagnostiche, ha adottato un impianto idealista, secondo cui negare la malattia e chiudere i manicomi avrebbe automaticamente liberato i soggetti psichiatrizzati. In una prospettiva materialista, invece, il potere del controllo sociale non risiede nelle diagnosi in sé, ma nella logica neuronormativa del capitalismo, capace di cooptare anche il rifiuto antipsichiatrico, trasformandolo in nuove forme di esclusione e gestione selettiva. Il capitale riconosce la malattia mentale solo nella misura in cui serve a gestire una popolazione eccedente, evitando al contempo di erogare servizi onerosi. Come sostiene Ronan Scott:

> Chapman judges a theory's utility partly based on how easily it can be co-opted, or muddled together with neoliberal, libertarian or fascist ideologies. But all theories can be co-opted if their terms are not made clear enough, and if there is not an army of people to fight for their true utility to the movement (Scott 2024).

In modo interessante, la critica che Chapman fa della co-optazione delle idee antipsichiatriche nel sistema capitalista per l'eliminazione progressiva del *welfare* – che tuttavia abbiamo visto che hanno forse più a che vedere con una cooptazione delle idee szasziane che antipsichiatriche in senso proprio – è un rischio che porta con sé anche il movimento della neurodiversità, proprio per queste oscillazioni teoriche:

Questo rischio non si è riassorbito con le prime co-optazioni del movimento. In un lavoro recente, la studiosa statunitense Alicia A. Broderick (2022) ha analizzato quello che viene chiamato *Autism Industrial Complex* per descrivere l'intreccio tra *branding*, *marketing* e capitali di investimento che ha trasformato l'autismo in un grande business globale. Secondo Broderick, non si tratta soltanto di un settore economico parallelo – fatto di diagnosi, terapie, servizi educativi e prodotti tecnologici – ma di un vero e proprio dispositivo che produce l'autismo come categoria sociale e clinica da commercializzare, creando il mercato, i consumatori e profittando dall'idea che esista una "crisi", la cosiddetta *autism epidemic* di cui abbiamo parlato nel capitolo precedente. In questa prospettiva, i corpi e le identità autistiche diventano materia prima da cui estrarre valore, all'interno di un'economia che sfrutta bisogni reali di sostegno e inclusione ma tende a subordinarli a logiche di profitto e di controllo.

Roy Richard Grinker e Robert Chapman condividono la critica a ogni lettura naturalistica dell'autismo, ma divergono significativamente nel modo di tematizzarne la costruzione sociale. Grinker insiste sul chiarire un equivoco ricorrente: assumere un approccio costruttivista non significa negare la realtà della sofferenza, bensì riconoscere che i significati e le conseguenze dell'autismo sono storicamente e culturalmente contingenti. L'autismo, scrive:

> is fetishized, reified, and naturalized, and yet this does not mean that suffering is denied. It means that the object 'autism' conceals the social relations that have produced it (Grinker 2018, 243).

Leggendo Chapman emerge l'impressione che vi sia una certa preoccupazione riguardo al rischio che una critica di sinistra della neurodiversità finisca per mettere in discussione in maniera radicale la nozione stessa di malattia mentale e la funzione della diagnosi psichiatrica. Una tale preoccupazione appare in parte fondata, se si considera che lo Stato si serve di queste categorie per regolare l'accesso alle cure e per organizzare la forza lavoro, e che molte persone dipendono materialmente dalla diagnosi per la propria sopravvivenza. Al tempo stesso, il mantenimento di questi concetti pone una questione politica di fondo: quale debba essere il loro destino – conservazione, trasformazione o superamento – e quali siano, in prospettiva, gli obiettivi a lungo termine del movimento. In questo quadro, la critica alla psichiatria rischia talvolta di tradursi non tanto in una contestazione radicale di quello che Chapman definisce "impero della normalità", quanto in un riavvicinamento ad alcuni assunti centrali della psichiatria istituzionale – la realtà delle malattie mentali, la necessità delle diagnosi. È in questo punto che il disallineamento tra il sapere psichiatrico istituzionale e le rivendicazioni delle soggettività neurodivergenti tende ad acuirsi, poiché non esiste, all'interno della stessa psichiatria, una teoria univoca né un approccio omogeneo alla nozione di malattia mentale o di

diagnosi. Anzi, sono talvolta gli stessi psichiatri e psicologi a mostrare riluttanza nell'ampliare determinate categorie – lo abbiamo visto con Frances e nelle controversie che hanno accompagnato la stesura del DSM V – o a formulare diagnosi ai pazienti.

2.1 Un disallineamento epistemico e politico

Un'esperienza frequentemente riportata da persone che cercano una diagnosi di autismo è quella di vedersi negato l'accesso al percorso diagnostico, nonostante una richiesta esplicita. Le motivazioni di questo rifiuto possono essere molteplici: dipendono talvolta da uno scarso aggiornamento professionale, altre volte dai valori personali dello specialista, o ancora dall'adesione a un approccio teorico che scoraggia un impiego rigido o datato delle categorie diagnostiche (Ghanouni et al. 2023; Lewis 2017; Malik-Soni et al. 2021).

Al netto del problema della scarsa preparazione o dell'aggiornamento rispetto ai criteri diagnostici, che viene rivelato come uno dei più rilevanti per i pazienti, che tendono poi a cercare altri professionisti più aggiornati (Cola 2012), è ragionevole supporre che, soprattutto in età a adulta e in assenza di compromissioni evidenti o significative, è plausibile che quella che incontrino sia una cautela motivata dall'approccio professionale. La cautela nell'utilizzo della diagnosi è una posizione condivisa da molti professionisti della salute mentale, e rappresenta un'indicazione frequente nella formazione universitaria di psicologi e psichiatri. A partire dagli anni '70 e '80 – anche per effetto dei movimenti di depatologizzazione, come l'antipsichiatria o le lotte per la rimozione dell'omosessualità dai manuali diagnostici – si è consolidata in ambito psichiatrico e psicologico una consapevolezza critica nei confronti dell'uso delle diagnosi psichiatriche, visti non più come strumenti neutri di identificazione clinica, ma come etichette potenzialmente stigmatizzanti e appiattenti.

Nancy McWilliams, psicoanalista e clinica, sottolinea l'insufficienza dei sistemi categoriali nel rappresentare la complessità della soggettività, evidenziandone piuttosto la funzione pragmatica:

> No diagnostic system can capture the complexity of anyone's psychology nor the uniqueness of an individual person. But therapists, especially less seasoned clinicians, need some overall "map" of relevant psychological territory, or else they risk feeling helpless in the face of infinite human variety (McWilliams 2021, 578).

Questa consapevolezza ha reso l'uso della diagnosi nel campo della salute mentale particolarmente eterogeneo e frammentato. Le differenze tra professionisti non dipendono solo da stili individuali o percorsi formativi diversi, ma anche dall'assenza di un sistema diagnostico unico e condiviso. Accanto ai manuali ufficiali come il DSM, esistono sistemi

alternativi sviluppati da specifici orientamenti teorici. In ambito psicoanalitico, ad esempio, il *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM) propone una tassonomia centrata sulla persona, orientata a una comprensione idiografica e funzionale dell'individuo (Lingiardi e McWilliams 2017). Anche altri approcci, soprattutto nella pratica clinica privata, adottano criteri diagnostici propri, coerenti con i presupposti teorici della scuola di riferimento. La diagnosi tende ad assumere il valore di un'ipotesi aperta, inserita in un processo interpretativo relazionale. Come afferma Allen Frances: «Diagnosis should always be written in pencil» (Frances 2015). La cautela è inoltre motivata da considerazioni epistemologiche. Diversamente da certe diagnosi mediche, quelle psichiatriche non si fondano su marcatori biologici oggettivi e riconosciuti, ma su costrutti teorici che riflettono anche contesti culturali, linguaggi e valori sociali. Come ha sottolineato Allen Frances, curatore del DSM-IV, i limiti strutturali dei criteri diagnostici impongono prudenza nell'uso delle categorie psichiatriche:

> L'assenza di test biologici rappresenta uno svantaggio enorme per la psichiatria. Significa che tutte le nostre diagnosi sono basate su giudizi soggettivi e sono quindi intrinsecamente fallibili e soggette a mutamenti capricciosi (Frances 2013, 6).

Tali riflessioni hanno alimentato una cultura clinica in qualche modo scettica rispetto a un uso troppo esteso delle etichette diagnostiche, che ne promuove un impiego critico e contestualizzato, sensibile alla complessità psicologica e sociale del soggetto. Un aspetto centrale riguarda il rapporto tra diagnosi e identità personale. L'approccio fenomenologico italiano e la tradizione psicoanalitica hanno sempre guardato con sospetto all'idea che la diagnosi possa costituire l'identità del paziente: Basaglia, attraverso la critica dell'istituzione, mostra come essa finisca per ridurre la persona a una categoria rigida e stigmatizzante, oscurandone la complessità esistenziale, mentre la psicoanalisi, centrata sull'inconscio e sulla storia singolare, rifiuta la riduzione della sofferenza a un'etichetta, insistendo piuttosto sulla dimensione narrativa e relazionale della cura. A queste ragioni cliniche si intreccia, dagli anni Settanta, una motivazione etico-politica: come hanno mostrato le analisi foucaultiane, la diagnosi non si limita a descrivere, ma partecipa a un regime di veridizione che stabilisce i confini tra normalità e devianza e, nel farlo, incide direttamente sulla costruzione dell'identità, poiché definisce chi ha diritto di parola e chi, al contrario, viene parlato, condizionando così tanto il riconoscimento sociale quanto l'accesso a spazi di espressione.

Come scrivono Ongaro e Basaglia ne *L'istituzione negata*:

> Ciò che significava, però, era che il malato veniva isolato e messo tra parentesi dalla psichiatria, per poter affrontare la definizione astratta di una malattia, la codificazione delle forme, la classificazione dei sintomi, senza temere smentite da una realtà che, in tal modo,

> si stava negando... Il medico, nella diagnosi, si serve dunque di un potere, di una terminologia tecnica per sanzionare quanto già la società ha attuato nell'escludere da sé colui che non si è integrato nel gioco del sistema (Basaglia 1968, 70).

Su questo punto, Basaglia e Chapman condividono una posizione simile: le classificazioni diagnostiche non nascono all'interno della psichiatria, ma riflettono dinamiche di esclusione e forme di alienazione già presenti nella società. Jeuk e Petrolini (2023) mostrano come la rivoluzione psichiatrica di Basaglia si innesti in una critica marxiana dei rapporti di produzione e dell'alienazione, traducendo in termini istituzionali e relazionali l'analisi del lavoro come forma di espropriazione dell'uomo da sé. Il manicomio, nella sua struttura gerarchica e segregante, rappresenta per Basaglia il punto estremo di quella stessa logica capitalistica che trasforma la forza vitale in forza-lavoro e misura la dignità in base alla produttività. La liberazione dei pazienti, in questa prospettiva, non è soltanto un atto terapeutico o umanitario, ma un gesto politico che scardina la divisione capitalista tra chi produce e chi è dichiarato improduttivo, restituendo valore alla cooperazione, alla parola e al riconoscimento reciproco. Come sottolineano gli autori, la prassi basagliana mette in scena un materialismo incarnato, che unisce la trasformazione dei rapporti sociali alla costruzione di nuove forme di soggettività. Il progetto di Basaglia appare pertanto già in sintonia con le prospettive materialiste di Chapman, pur nella distanza che li separa rispetto al ruolo e all'uso della classificazione. Tale divergenza può essere letta, da un lato, come effetto di un mutamento storico – poiché Basaglia non operava in un contesto in cui le culture diagnostiche e le *identity politics* avevano assunto la centralità che conosciamo oggi – e, dall'altro, come espressione di una cautela teorica che conserva ancora oggi tutta la sua pertinenza.

2.2 Le prospettive neuroaffermative in psicologia e psichiatria

Il clima di sospetto nei confronti della classificazione psichiatrica appare oggi in progressiva trasformazione, e ciò risulta particolarmente evidente nel caso dell'autismo. Quest'ultimo tende sempre più a configurarsi come una diagnosi "totale", inscritta in modo intrinseco nella persona, e viene letta da un numero crescente di professionisti secondo un'ottica positiva e non stigmatizzante, soprattutto in alcuni contesti clinici dedicati alle diagnosi in età adulta.

Tale mutamento si colloca nel più ampio quadro degli approcci affermativi (*affirmative approaches*) in psicologia, sviluppatisi a partire dagli anni Novanta in ambito LGBTQ+ come risposta alla patologizzazione delle identità sessuali e di genere e ai pregiudizi discriminatori presenti nelle pratiche terapeutiche (Davies 2015). L'obiettivo di questo paradigma era quello di correggere un errore epistemico e politico originario – l'assunzione della differenza come deviazione – e di promuovere un modello di cura basato sull'autodeterminazione e sul

riconoscimento dell'esperienza vissuta delle identità minoritarie. Negli ultimi anni, tale prospettiva è stata estesa anche alla disabilità e alla neurodiversità, con l'intento di sostenere un'identità positiva e ridurre lo stigma legato alle diagnosi psichiatriche (Lerner, Gurba e Gassner 2023; Kroll et al. 2024, 2).

Di conseguenza, quando le persone autistiche che si rivolgono ai servizi per ottenere una diagnosi e incontrano un atteggiamento di rifiuto, percepiscono tale rifiuto come una forma di paternalismo, nonché come la lesione di un diritto. Questa frustrazione evidenzia, di nuovo, il disallineamento epistemico tra utilizzatori dei servizi ed esperti: da un lato, per chi cerca la diagnosi, essa rappresenta una verità fondativa della propria identità e appartenenza; dall'altro, per lo specialista, è uno strumento clinico da impiegare secondo criteri operativi e contestuali. In questa divergenza si manifesta una delle tensioni più significative tra le rivendicazioni politiche dei movimenti neurodivergenti e il sapere psichiatrico contemporaneo.

Non è l'obiettivo di questo lavoro valutare o criticare i singoli approcci terapeutici o psicologici; tuttavia, l'approccio affermativo merita una menzione specifica e un approfondimento per due motivi. In primo luogo, perché sembra godere di un certo consenso all'interno del movimento per la neurodiversità, che lo considera un passo importante nel riconoscimento delle differenze neurologiche; in secondo luogo, perché rappresenta un indizio significativo di come una parte del campo psicologico e psichiatrico stia tentando di riposizionarsi in dialogo con le istanze politiche e culturali delle soggettività neurodivergenti.

L'approccio affermativo applicato alla neurodiversità, che sta guadagnando spazio anche nel contesto italiano, incoraggia la ricerca della diagnosi, sostenendo rappresenti un passaggio cruciale per la costruzione di significato e per la formazione di un senso di sé completo e positivo.

Al di fuori dell'Italia – dove l'influenza dell'antipsichiatria ha forse lasciato un'impronta culturale più profonda che in Canada o negli Stati Uniti – l'approccio affermativo alla neurodiversità (*neurodiversity-affirming approach*) risulta particolarmente diffuso. In Canada, ad esempio, lo psicologo Tony Attwood e la psichiatra Isabelle Hénault continuano a utilizzare esplicitamente la denominazione di "sindrome di Asperger", pur essendo stata rimossa dal DSM, al fine di rendere immediatamente riconoscibile l'ambito del loro intervento clinico. Attwood, attraverso manuali e guide divulgative, propone strumenti concreti per il sostegno quotidiano delle persone nello spettro, mentre Hénault ha sviluppato protocolli specifici per affrontare temi come la sessualità e le relazioni affettive nell'autismo. Entrambi concepiscono la diagnosi non come marchio stigmatizzante, ma come punto di partenza per costruire percorsi terapeutici mirati e valorizzare le competenze delle persone autistiche, promuovendo un atteggiamento esplicitamente favorevole:

> When I meet someone with Asperger's and explain the diagnosis to them, I say, Congratulations! You have Asperger's Syndrome. You're different. You're not mad, bad or defective. You're just different, like being left handed in a right handed world (Attwood 2023).

Non stupisce, quindi, che la diagnosi di autismo, soprattutto negli adulti con bassi bisogni di supporto, venga attivamente ricercata anche solo per il suo ruolo identitario, il sollievo che comporta e il senso di appartenenza a una comunità che porta con sé. Secondo Chapman, la diagnosi non è più uno strumento esclusivamente medico, ma è stata riappropriata dalle persone autistiche come mezzo di affermazione politica: «L'utilità distintiva delle classificazioni della disabilità risiede principalmente nel fornire le basi per solidarietà, cultura e comunità intese nel contesto del gruppo minoritario delle persone disabili» (Chapman 2021, trad. nostra). La diagnosi, quindi, non è soltanto una chiave di accesso a risorse personali, ma anche a reti di appartenenza collettiva. Come osserva Sam Fellowes, essa consente l'accesso a "risorse sociali" (*social resources*), ovvero comunità, associazioni e luoghi di aggregazione.

In ambito clinico, tale impostazione può apparire un gesto di inclusione, ma sul piano politico ed epistemologico comporta una conseguenza ambivalente: la promozione dell'identificazione con una classificazione medica, per quanto rielaborata e rivendicata dai movimenti stessi. Laddove l'approccio affermativo LGBTQ+ costituiva un correttivo necessario a un errore storico, la sua generalizzazione finisce per naturalizzare la necessità stessa di "affermare" identità che non dovrebbero più richiedere legittimazione. Applicato a diagnosi psichiatriche, l'approccio affermativo come metodo terapeutico rischia inoltre di consolidare – spesso in modo implicito – la fissazione di componenti identitarie all'interno del setting clinico, dove il potere simbolico del terapeuta rimane asimmetrico e potenzialmente normativo. E se tale rischio si manifesta a livello individuale, le sue risonanze non si esauriscono nelle stanze della terapia: esse si propagano nel tessuto sociale e culturale, contribuendo a stabilizzare nuovi modelli di soggettività che, pur dichiarandosi emancipativi, continuano a dipendere dal riconoscimento medico della differenza.

Ciononostante, mantenere un atteggiamento positivo verso la differenza resta un passo importante: favorire la fiducia, l'autocomprensione e l'autostima di persone appartenenti a gruppi storicamente marginalizzati può produrre effetti concreti di miglioramento del benessere e dell'inclusione. Il punto critico non è dunque l'intento affermativo in sé, ma la modalità del suo esercizio: è nel maneggiamento della delicatissima questione identitaria in rapporto alle categorie psichiatriche – e nel modo in cui la relazione terapeutica si confronta con il potere implicito del riconoscimento – che si gioca la differenza tra un gesto emancipatorio e un nuovo dispositivo normativo nelle mani della psicologia e della psichiatria.

3. Diagnosi, tra strumentalità e bisogno di riconoscimento

L'approccio affermativo nei confronti delle identità diagnostiche, promosso dall'attivismo e progressivamente accolto anche da parte di alcuni professionisti, si è riflesso non soltanto nel dibattito teorico, ma anche in un mutamento delle stesse linee guida psichiatriche, dove tale orientamento ha trovato espressione in un diverso uso del linguaggio. Negli ultimi vent'anni il *linguaggio centrato sulla persona* – il cosiddetto *person-first language*, come nel caso di "persona con autismo" – era considerato la forma più rispettosa per riferirsi a chi riceveva una diagnosi psichiatrica o disabilitante. Questa prassi si fondava sull'idea che l'identità della persona non si esaurisse nella diagnosi, e che la lingua dovesse rispecchiare questa distinzione. Anche le linee guida dell'*American Psychological Association*, fino al 2022, raccomandavano tale uso, pur suggerendo di chiedere direttamente alla persona il proprio linguaggio preferito. In contrasto, l'*identity-first language* – che formula espressioni come "persona autistica" o "persona disabile" – pone invece al centro la diagnosi come parte integrante dell'identità**.** Questo linguaggio viene oggi preferito da molte comunità, tra cui quella neurodivergente (Botha, Hanlon, Williams 2023).

Secondo l'APA, questo linguaggio esprime spesso orgoglio culturale e una riappropriazione identitaria di ciò che era storicamente associato a uno stigma. Si tratta quindi di una pratica politica che mira a riconvertire semanticamente un attributo svalorizzato, risignificandolo come neutro o persino positivo. Una testimonianza fondamentale di questa costituzione identitaria si trova nel celebre intervento di Jim Sinclair (1993) nella newsletter *dell'Autism Network International*, in cui l'attivista afferma che l'autismo non è qualcosa che si *ha*, ma qualcosa che si *è*:

> Autism is not something a person has, or a "shell" that a person is trapped inside. There's no normal child hidden behind the autism Autism is a way of being. It is pervasive; it colors every experience, every sensation, perception, thought, emotion and encounter – every aspect of existence. It is not possible to separate the autism from the person – and if it were possible, the person you'd have left would not be the same person you started with (Sinclair 1993).

Questa affermazione, oggi considerata quasi paradigmatica, contribuì a contrastare la narrazione allora dominante, centrata sulle sofferenze dei genitori e sull'autismo come tragedia. La diffusione di simili contro-narrazioni ha modificato non solo il senso comune, ma anche lo stato della ricerca, in linea con la dinamica del *looping effect* descritta da Hacking.

Questa trasformazione linguistica e politica non avviene nel vuoto, ma si colloca in un contesto influenzato dalle *identity politics* degli anni Novanta, emerse nei movimenti femministi

statunitensi (Heyes 2024), dove l'identità era usata come leva di visibilità e coesione per le rivendicazioni collettive. L'impatto di queste elaborazioni si è esteso ben oltre i movimenti di genere e sessualità, esercitando un'influenza profonda su molteplici percorsi emancipatori, compresi quelli legati alla disabilità, alla salute mentale e alla neurodivergenza.

Una riflessione filosofica più strutturata sul rapporto tra la diagnosi e l'identità è offerta da Mouhammed Rashed (2020), filosofo della psichiatria e attivista del *Mad Movement*. Rashed analizza il funzionamento logico e linguistico dell'incontro clinico, sostenendo che la psichiatria si fonda su un meccanismo di astrazione ipostatica: un processo, descritto da Charles Peirce, in cui proprietà astratte come il coraggio o la dolcezza vengono reificate come entità autonome. Così, ad esempio, Ahmad "ha il coraggio" invece di "essere coraggioso".

In quest'ottica, la condizione è un oggetto autonomo rispetto alla persona, favorendo una lettura separativa dell'identità clinica. ha due conseguenze importanti: da un lato, consente di trattare la diagnosi come entità teorica analizzabile in sé; dall'altro, permette di esprimere giudizi su tale entità senza doversi riferire direttamente al soggetto. Questo meccanismo contribuisce a deresponsabilizzare il linguaggio medico e a nascondere le implicazioni normative del processo diagnostico.

Applicata alla medicina, questa astrazione ci permette di parlare di condizioni, disturbi e malattie come se fossero "entità" che una persona "possiede". È questo, secondo Rashed, il campo semantico entro cui si muove il linguaggio medico – e per estensione quello psichiatrico. Proprio questo schema sottende anche al linguaggio *person-first*.

Nell'incontro clinico, infatti, si presuppone inizialmente che la condizione non appartenga alla natura essenziale della persona. L'obiettivo, in questa fase, è riportare il soggetto a uno stato precedente all'insorgenza della condizione. Ma questo implica che la condizione sia separabile dalla persona. Solo così il soggetto può essere recuperato nella sua presunta "integrità". È in questo gesto che, secondo Rashed, si rivela la posa morale del medico: separare e oggettivare la malattia serve a costruire una relazione terapeutica in cui medico e paziente condividono l'intento di sbarazzarsi di un'"appendice sgradita" – la condizione psichiatrica identificata dalla diagnosi.

Tuttavia, questo stesso gesto rischia di produrre un effetto collaterale rilevante: subordinare la complessità vissuta della persona – il suo corpo, la sua percezione, la sua esperienza – a una concezione puramente tecnica della cura. In questa oggettivazione si perde non solo l'unicità della soggettività, ma anche la dimensione relazionale della sofferenza.

Il saggio di Jorba, Petrolini e Cepollaro (2024) approfondisce il contrasto tra i due approcci linguistici alla descrizione dell'autismo – *person-first* ("persona con autismo") e *identity-first* ("persona autistica") – mostrandone le implicazioni metafisiche e politiche. Il nodo centrale

riguarda il modo in cui questi linguaggi influenzano, da un lato, l'idea che l'autismo sia separabile o meno dall'identità personale e, dall'altro, le possibilità di riappropriazione (*reclamation*) del termine in chiave emancipatoria. Il linguaggio *identity-first* è connesso più esplicitamente a pratiche di riappropriazione: assume che l'autismo sia parte costitutiva del sé e trasforma un termine storicamente stigmatizzato in emblema di orgoglio. Tuttavia, gli autori propongono una lettura più sfumata: anche l'approccio *person-first* – pur postulando una distinzione tra persona e condizione – può sostenere pratiche di riappropriazione[15] (*reclamation)*, se queste sono intese in senso ampio, come ogni uso che miri a valorizzare una condizione marginalizzata. Il problema che emerge è duplice: da un lato, l'adozione di un certo linguaggio può veicolare una visione ontologica rigida dell'autismo; dall'altro, anche le pratiche emancipative rischiano di rafforzare una concezione essenzialista dell'identità, riducendo la complessità dell'esperienza autistica a un unico tratto definitorio.

Questa tensione tra riconoscimento e riduzione identitaria prepara il terreno per una riflessione ulteriore, che riguarda un altro ambito oggi molto discusso: quello delle autodiagnosi. Si tratta di pratiche che interrogano direttamente l'autorità epistemica della medicina e la possibilità di affermare, al di fuori del linguaggio clinico, la propria esperienza soggettiva.

3.1 Avere o essere: prima la persona o prima l'identità?

Il rapporto tra diagnosi psichiatrica e identità personale si gioca innanzitutto sullo scarto tra costruzione scientifica e vissuto soggettivo. Le diagnosi, infatti, non sono semplici etichette descrittive, ma concetti teorici elaborati dalla scienza per dare forma ad astrazioni, secondo procedure analoghe a quelle impiegate in altri ambiti disciplinari. È in questa tensione tra formalizzazione concettuale ed esperienza incarnata che si apre la distanza rispetto alle prospettive avanzate dal movimento per la neurodiversità, come osserva anche Sam Fellowes, filosofo della psichiatria e persona autistica, nel suo recente lavoro sulla diagnosi (Fellowes 2025). La psichiatria, nella sua forma tradizionale, tende a concepire la diagnosi come qualcosa di separato dalla persona. L'autismo, ad esempio, sarebbe un'entità aggiuntiva: qualcosa che si può "avere" e, almeno in teoria, rimuovere senza alterare la persona sottostante.

> Traditionally, psychiatric diagnoses have been seen as in principle separate from the person who received the psychiatric diagnosis. There is the underlying person and the

[15] Nel prossimo capitolo ci interrogheremo in modo più approfondito sulla strada della riappropriazione per l'etichetta diagnostica autistica.

> psychiatric diagnosis is something additional to them. To say there is an autistic person is to mention two separate things, the person and autism. (Fellowes 2025, 233).

Al contrario, il movimento della neurodiversità rifiuta questa visione dualistica. Per molte persone autistiche, la diagnosi non è un'aggiunta esterna alla persona, ma una parte integrante del sé:

> The neurodiversity movement has heavily challenged this picture. Neurodiversity advocates argue that psychiatric diagnoses are not somehow a separable entity from the person […]. There is not the person as one entity and the psychiatric diagnosis as a separate entity, rather, there is just one entity which combines both. Psychiatric diagnoses are an integral part of who someone is (Fellowes 2025, 234).

Parlare di "persona autistica" non implicherebbe quindi l'accostamento di due realtà distinte – un individuo, da una parte, e una condizione, dall'altra – ma la designazione di un'identità unica e indivisibile. In questa prospettiva, intervenire per "curare" l'autismo significherebbe non tanto alleviare un disturbo quanto trasformare radicalmente la soggettività, in maniera analoga a quanto accadrebbe se si volesse modificare la sessualità, il genere o l'origine etnica. Tale impostazione, che ha avuto un ruolo decisivo nella politicizzazione dell'autismo e nella rivendicazione della neurodiversità, solleva però interrogativi cruciali sullo statuto filosofico della diagnosi: che cosa significa pensare una categoria psichiatrica come identità? Ci si trova di fronte a un tratto ontologico radicato nella persona, oppure a un costrutto sociale e concettuale che acquista forza politica attraverso la nominazione? Come osserva Fellowes, pur riconoscendone la forza etica e politica di questa posizione, è complesso intendere le diagnosi come identità in senso metafisico: sono astrazioni, idealizzazioni teoriche che si distaccano dalle osservazioni empiriche, non entità reali indipendenti dalla mente, né tantomeno noumeni kantiani capaci di costituire l'essenza della persona. Le cautele avanzate da Fellowes rispetto all'idea di diagnosi come identità mi sembrano nel complesso interessanti e fondate. Egli coglie un rischio reale quando invita a diffidare di una concezione metafisica, secondo la quale la diagnosi costituirebbe un tratto essenziale della persona: una prospettiva che finirebbe per attribuire alle categorie psichiatriche uno statuto ontologico che non possono rivendicare. Tuttavia, non è affatto scontato che il movimento per la neurodiversità utilizzi il riferimento all'identità esclusivamente in questo senso. L'uso del termine "identità" appare piuttosto molteplice. In alcuni casi esso rinvia a un livello somatico, che si esprime nella percezione di una comune configurazione neurologica: si tratta, certo, di una forma di assunzione metafisica, ma di natura diversa rispetto a quella criticata da Fellowes, e che, come si è visto, si lega alla diffusione di una visione antropologica centrata sui "soggetti cerebrali" analizzati da Ortega e

Vidal. In altri casi, invece, il riferimento all'identità assume una dimensione sociale e politica, diventando principio di riconoscimento reciproco e risorsa per la mobilitazione collettiva. È probabilmente in questa pluralità di significati che risiede gran parte della forza del discorso identitario. Tuttavia, non si può trascurare come tale pluralità comporti anche un'oscillazione costante tra prospettive di impronta profondamente ontologista e approcci più chiaramente costruttivisti. Proprio questa oscillazione genera talvolta un certo iato concettuale, che può rendere meno immediata la comprensione della proposta avanzata dal movimento per la neurodiversità.

3.3 La pratica dell'autodiagnosi: potenzialità e rischi

Negli ultimi anni, la pratica dell'autodiagnosi (*self-diagnosis*) ha assunto crescente visibilità, in particolare all'interno della comunità neurodivergente.

Con il termine *autodiagnosi* si intende il processo attraverso cui una persona identifica se stessa in una categoria clinica evitando il passaggio obbligato di una valutazione formale da parte di uno specialista. Siamo quindi di nuovo di fronte a un problema che concerne il ruolo degli esperti nell'emettere e validare le esperienze dei soggetti psichiatrizzati. Secondo lo schema esperto-paziente, il paziente è concepito come colui che riferisce sintomi e segnala disagi, mentre il medico o lo specialista è l'autorità deputata a interpretare tali segnali e a restituirli sotto forma di diagnosi. L'autodiagnosi sovverte questo schema: afferma che chi vive direttamente una condizione possiede una forma di conoscenza legittima e insostituibile, capace di nominare il proprio vissuto e di contestare le verità medico-scientifiche ufficiali.

Dal punto di vista storico, si possono individuare almeno due genealogie principali**.** Una prima genealogia attraversa i movimenti femministi degli anni Settanta, in particolare negli Stati Uniti e in Europa occidentale. Tali movimenti svilupparono pratiche di *self-help* volte a sottrarre la salute sessuale e riproduttiva al controllo esclusivo della medicina patriarcale. Nei gruppi di auto-aiuto, le donne imparavano a conoscere i propri corpi, a praticare auto-esami ginecologici e a scambiarsi informazioni su contraccezione e aborto. Come osserva la storica della scienza Michelle Murphy, queste pratiche non erano solo strumenti di sopravvivenza, ma atti politici di riappropriazione epistemica**,** volti a resistere all'autorità istituzionale sul corpo femminile (Murphy 2012).

Una seconda genealogia si articola nel campo della salute mentale, a partire dai movimenti antipsichiatrici degli anni Sessanta e Settanta. Autori come R.D. Laing e Franco Basaglia, insieme ai movimenti di utenti e sopravvissuti alla psichiatria – basti pensare al *Mad Pride* – hanno criticato l'uso autoritario della diagnosi psichiatrica, denunciandone l'effetto riduttivo e stigmatizzante sulle soggettività. In questo contesto, l'autodiagnosi si configura come un diritto

a nominare la propria esperienza anche al di fuori – o contro – il riconoscimento istituzionale (Burstow 2015; Russo & Sweeney 2016).

Negli ultimi anni, questa pratica ha assunto un rilievo particolare nella comunità neurodivergente. Online si moltiplicano test di autovalutazione e strumenti di screening informale, che – pur non sostituendo una diagnosi clinica – rispondono a esigenze più profonde del solo accesso ai servizi sanitari. Come già osservato, le motivazioni alla base dell'autodiagnosi si intrecciano spesso con processi di costruzione dell'identità e di appartenenza comunitaria.

Tuttavia, l'autodiagnosi è un concetto fortemente dibattuto, anche all'interno degli stessi movimenti. Nel prosieguo, analizzeremo due principali nodi critici emersi nel confronto tra pratiche di autodiagnosi e teoria critica della psichiatria, attraverso l'esame di due contributi recenti sull'argomento.

3.3.1 Il problema delle risorse sociali

Fellowes (2023) adotta una posizione al tempo stesso critica e articolata nei confronti dell'autodiagnosi, sollevando innanzitutto interrogativi sull'affidabilità clinico-epistemica di tale pratica. In un suo contributo recente, tuttavia, sposta l'attenzione su un aspetto meno discusso ma centrale: la distribuzione delle cosiddette "risorse sociali" associate alla diagnosi. Tali risorse, osserva, rappresentano strumenti cruciali per favorire il coinvolgimento delle persone nella vita sociale e garantire loro un trattamento equo da parte delle istituzioni: «Social resources are means of improving engagement with society and getting fair treatment from society» (Fellowes 2023, 56). Queste risorse sociali includono, tra l'altro, l'advocacy politica, le rivendicazioni per maggiori servizi di supporto, la partecipazione alla ricerca partecipativa, e la formazione di culture diagnostiche – quest'ultimo aspetto verrà approfondito nel prossimo capitolo.

Fellowes sottolinea che tali risorse possono apportare benefici anche a chi non vi partecipa attivamente: ad esempio, campagne di *advocacy* possono migliorare i servizi disponibili per tutte le persone diagnosticate, indipendentemente dal loro coinvolgimento diretto nell'attivismo. Tuttavia, la forza e l'efficacia di queste risorse sociali dipendono in modo cruciale dal numero di persone che ricevono quella diagnosi. Un maggior numero di individui diagnosticati implica infatti più persone impegnate in campagne, nella costruzione di movimenti culturali legati alla diagnosi e maggiori opportunità di incontro e sostegno reciproco. Di conseguenza, la diffusione numerica di una diagnosi può influenzare in modo determinante il potenziamento o l'indebolimento di queste risorse sociali.

La principale preoccupazione di Fellowes riguarda l'inaffidabilità epistemica dell'autodiagnosi, che – secondo l'autore – sarebbe in parte condizionata dalla notorietà e accessibilità delle diagnosi stesse. La critica tradizionale mossa all'autodiagnosi si fonda sull'idea

che le persone non esperte non possiedano le competenze necessarie per riconoscere correttamente la propria condizione. Fellowes, tuttavia, propone di precisare in cosa consista esattamente questo "scarto di competenze", soffermandosi in particolare sulla diagnosi differenziale.

Nel campo psichiatrico, è raro che una condizione si presenti con criteri esclusivi. Più spesso, i sintomi si sovrappongono parzialmente, e le differenze tra disturbi si situano su un piano sfumato e clinicamente ambiguo. In questo quadro, distinguere tra condizioni affini – come il disturbo dello spettro autistico (ASD), il disturbo schizoide di personalità (SPD) e il disturbo schizotipico (STPD) – richiede una competenza tecnica che difficilmente può essere surrogata da strumenti informali.

Il punto sollevato da Fellowes non è semplicemente la difficoltà tecnica, ma la possibilità che l'autodiagnosi venga orientata da fattori extraclìnici, come la popolarità di una condizione nel discorso pubblico.

Il ruolo dei media è qui decisivo. Alcune diagnosi – come autismo, ADHD, disturbo bipolare, PTSD – godono di una forte visibilità e di un discorso positivo, anche grazie all'attivismo e alla produzione culturale. Altre – come i disturbi schizoide e schizotipico – rimangono invisibili o associate a rappresentazioni stigmatizzanti. Non solo la quantità di consapevolezza pubblica varia, ma anche la qualità di quella consapevolezza.

> Autism is typically considered less disabling. The neurodiversity movement has highlighted positive elements of autism. [...] Schizoid and schizotypal personality disorder have more negative associations due to their associations with schizophrenia and the notion of a disordered personality. [...] Many people would prefer to think of themselves as having a neurological difference or being neurodivergent rather than being disordered or diseased. (Fellowes 2023, 66).

Ne consegue un'asimmetria nelle risorse sociali associate alle diverse diagnosi. L'autismo, grazie alla sua visibilità e alla forza dell'attivismo, dispone di una rete di supporto ampia, mentre condizioni come il disturbo schizotipico restano prive di un linguaggio condiviso, di rappresentazioni mediali e di spazi di legittimazione. Una semplice ricerca online mostra che l'hashtag #autism produce centinaia di volte più risultati rispetto a #schizoid o #schizotypal. Questo squilibrio si riflette anche nella cultura popolare e nella produzione scientifica.

In termini di advocacy e di cultura, l'autismo domina il campo: termini come *autistic culture* o *autism advocacy* producono migliaia di risultati in database accademici e piattaforme digitali, mentre espressioni equivalenti relative a schizotipia o schizoide risultano pressoché assenti. Secondo Fellowes, questo divario di rappresentazione può contribuire a un effetto paradossale: rafforzare le diagnosi già visibili e dotate di risorse, lasciando indietro quelle meno riconosciute.

> Stronger social resources help generate public awareness. [...] Misdiagnosis risks increasing the strength of the social resources of diagnoses which already have relatively strong social resources, while diagnoses with weaker social resources do not have their social resources made stronger. (Fellowes 2023, 69).

In altre parole, l'autodiagnosi può finire per consolidare una disuguaglianza epistemica già esistente, amplificando le condizioni più popolari e silenziando ulteriormente le altre.

3.3.2 Il problema dell'essenzialismo

Negli ultimi anni, l'emergere delle piattaforme digitali ha radicalmente trasformato le modalità attraverso cui le categorie diagnostiche circolano e vengono interiorizzate. Piattaforme come TikTok, Instagram, ma anche blog, chatbot terapeutici e strumenti di auto-valutazione digitale, hanno contribuito alla normalizzazione e alla viralizzazione dei linguaggi della psichiatria. Come osservano Marianne D. Broeker e Sarah Arnaud (2024), ciò ha favorito un processo che definiscono di "espansione verticale" (*vertical expansion)* delle diagnosi: le categorie psichiatriche si estendono progressivamente verso forme di sofferenza sempre più lievi o atipiche, abbassando la soglia sintomatologica necessaria per identificarsi in esse.

L'espansione verticale, concetto che riprende e sviluppa l'analisi di Nick Haslam (2006), descrive un processo di concept expansion in cui i confini delle categorie cliniche si allargano fino a includere manifestazioni marginali, ambigue o quotidiane. Ne è un esempio emblematico il modo in cui, sui social, l'ADHD viene associato a tratti come l'"*object impermanence*" – il dimenticare oggetti non visibili – fenomeno estremamente comune che viene reinterpretato come segnale di una condizione clinica. Tale dinamica genera un duplice effetto: da un lato, aumenta la visibilità e l'accessibilità delle categorie diagnostiche, offrendo a molti la possibilità di dare un nome al proprio disagio e di ottenere legittimazione; dall'altro, rischia di banalizzare e svuotare di significato le etichette cliniche, favorendo autodiagnosi errate (*self mis-diagnosis*) e accentuando il divario tra definizioni popolari e definizioni mediche.

In questo scenario, tuttavia, l'auto-attribuzione diagnostica non nasce semplicemente da una volontà di medicalizzarsi, ma risponde a bisogni reali e differenziati: l'inaccessibilità economica o logistica delle risorse terapeutiche, il desiderio di legittimare la propria esperienza e di sottrarsi allo stigma, la necessità di costruire un'identità riconoscibile e condivisa nei propri contesti sociali e digitali. Tuttavia, come mettono in guardia Broeker e Arnaud, queste pratiche rischiano di alimentare un pensiero essenzialista, ovvero una modalità di comprensione che naturalizza e reifica le identità psichiatriche, rappresentandole come innate, immutabili, indipendenti dal contesto storico e culturale.

Per contrastare tali derive, Broeker e Arnaud invitano a elaborare narrazioni non essenzialiste della salute mentale, capaci di accogliere la complessità situata delle esperienze soggettive. Ciò implica integrare le prospettive di chi vive direttamente la sofferenza psichica nei discorsi psichiatrici, promuovere modelli pluralistici e contestuali, e concepire le etichette diagnostiche come strumenti narrativi flessibili, utili alla comprensione e trasformazione del sé, piuttosto che al suo irrigidimento in identità normative.

Alla luce di questa proposta, la pratica dell'autodiagnosi si presta a essere interrogata criticamente lungo i sei assi di complessità che orientano questa ricerca. In particolare, essa si colloca in una posizione ambivalente rispetto al primo asse, quello che oppone natura e costruzione sociale. Da un lato, molte narrazioni che sostengono l'autodiagnosi – specie quelle ispirate al modello biomedico e ad alcune declinazioni del paradigma della neurodiversità – si fondano su un presupposto naturalistico: la differenza psichica è presentata come innata, stabile, inscritta nel cervello o nel patrimonio genetico. Dall'altro lato, è evidente come le stesse categorie diagnostiche siano costruzioni sociali, continuamente rinegoziate nei contesti discorsivi e performative nei loro effetti. Per evitare questa deriva, Broeker e Arnaud propongono la costruzione di *lived-experience narratives* che rifiutino l'idea di una diagnosi come essenza e valorizzino invece la molteplicità delle traiettorie di soggettivazione. Si tratta, in definitiva, di sottrarre la diagnosi alla logica dell'identità fissa e di restituirla alla dimensione aperta del racconto, dove possa funzionare non come etichetta definitiva, ma come dispositivo critico di lettura del sé e del mondo.

La proposta conclusiva di Broeker e Arnaud è certamente condivisibile nel suo intento, ma rischia infatti di sottovalutare una questione cruciale: la riproduzione dell'essenzialismo all'interno delle stesse narrazioni alternative, comprese quelle che si propongono come critiche.

Sebbene le autrici riconoscano che ogni auto-attribuzione diagnostica avvenga dentro una narrazione – e che quindi implichi un intero modo di intendere la sofferenza, l'identità e la normalità – la loro fiducia nella pluralizzazione delle storie rischia di restare troppo formale, come se bastasse moltiplicare i racconti per disinnescare la logica essenzialista. Ma tale logica non si annida solo nei contenuti espliciti delle narrazioni: agisce nelle forme stesse del raccontarsi, nelle aspettative di verità, coerenza e corrispondenza con una "condizione" riconoscibile. È ragionevole supporre che questo essenzialismo derivi, almeno in parte, dal modo in cui il discorso psichiatrico si è popolarizzato e interiorizzato: una diffusione che ha reso familiari, e dunque pervasivi, certi modelli narrativi, promuovendo autorappresentazioni già pregiudicate da questa *forma mentis*. Il pensiero essenzialistico sulle diagnosi non persiste solo per inerzia culturale, ma perché offre una forma economica e frugale di senso: riduce la complessità dell'esperienza a un codice stabile, comunicabile, spendibile nei contesti sociali.

Anche per questo, decostruirlo richiede più di una semplice diversificazione dei discorsi: richiede uno scarto epistemico. In altre parole: anche le narrazioni "dal basso", autobiografiche o comunitarie, possono riprodurre in modo implicito l'ontologia rigida delle classificazioni psichiatriche, perché si formano in uno spazio già saturato da linguaggi diagnostici, metafore mediche, retoriche della differenza come essenza. È vero che queste narrazioni sono socialmente costruite; ma se la costruzione sociale è già attraversata da logiche essenzializzanti (come quella secondo cui essere "autistico" significa appartenere a una "neurodivergenza" ontologicamente distinta dalla "neurotipicità"), allora il moltiplicarsi delle voci non garantisce di per sé una maggiore complessità – può al contrario portare a una ridondanza differenziale, in cui si ripete lo stesso schema identitario sotto forme molteplici.

Il caso della neurodivergenza è emblematico. Se da un lato essa nasce come concetto contro-patologizzante, dall'altro il fatto che si configuri come identità – cioè come appartenenza stabile, come tratto fondativo e riconoscibile – trascina con sé il rischio dell'essenzialismo. La neurodivergenza viene spesso vissuta e raccontata come una "natura", anche se alternativa a quella "malata" postulata dal discorso medico. Questa inversione semantica, però, non rompe necessariamente con la logica naturalizzante, ma la replica con segno positivo: si passa da "disfunzione" a "variante naturale", ma resta intatto il binarismo neurotipico/neurodivergente, e con esso la tendenza a congelare le esperienze in tipologie. La risposta proposta da Broeker e Arnaud sembra suggerire che il problema risieda unicamente nel tipo di narrazione adottata. Si potrebbe tuttavia obiettare che la questione non concerne tanto la forma del racconto, quanto i rischi insiti nella pratica stessa di raccontarsi attraverso le lenti di una diagnosi: una pratica già attraversata da codifiche normative, aspettative di autenticità e logiche di legittimazione che ne orientano, fin dall'inizio, le possibilità di senso e di riconoscimento.

La moltiplicazione delle narrazioni, se non smaschera queste condizioni, rischia di essere una propagazione di variazioni sullo stesso tema: un essenzialismo distribuito, mascherato, più che efficacemente decostruito. D'altro canto, come avremo occasione di approfondire nel prossimo capitolo, evitare di replicare inconsapevolmente le posture teoriche e le pratiche dominanti è una delle sfide più complesse che ogni progetto emancipatorio si trova ad affrontare.

3.3 Una nota di metodo: scartare l'esperto, ma non l'expertise

Nell'autodiagnosi si compie una mossa epistemico-politica indicativa: viene messa tra parentesi la questione del ruolo degli esperti come istanza di validazione. Secondo lo schema tradizionale esperto–paziente, il paziente è colui che riferisce sintomi e segnala disagi, mentre il medico o lo specialista è l'autorità deputata a interpretarli e a restituirli sotto forma di diagnosi.

L'autodiagnosi sovverte questo schema: afferma che chi vive direttamente una condizione possiede una forma di conoscenza legittima e insostituibile, capace di nominare il proprio vissuto e di contestare le verità medico-scientifiche ufficiali. L'autodiagnosi non riguarda soltanto la salute individuale, ma mette in questione i rapporti di potere che regolano la produzione del sapere psichiatrico.

In modo significativo, tuttavia, l'autodiagnosi scarta l'*esperto*, *ma non l'expertise*: continua infatti a riferirsi a criteri e linguaggi della psichiatria, talvolta ai suoi paradigmi più aggiornati o percepiti come più "alleati", come quelli proposti da Attwood e Heinault. La sensazione che mosse come questa trasmettono, congiunte alle cautele che alcuni autori mantengono rispetto all'ontologia delle malattie mentali e alla posizione di rilievo diagnosi nell'epistemologia psichiatrica, è quella di una postura che, pur rivendicando l'autonomia soggettiva dei propri membri, non mira tanto a un ripensamento radicale del sapere psichiatrico quanto a una sua riformulazione dall'interno, chiedendo che diagnosi e servizi vengano modellati secondo i bisogni e i desideri degli attivisti piuttosto che sulla base di un paradigma alternativo. Una postura che rischia, così, di sacrificare una visione di lungo periodo all'incombenza del presente e al sollievo dei singoli individui.

Per concludere

Il percorso sviluppato in questo capitolo ha mostrato come la diagnosi psichiatrica non si lasci ridurre né a un atto tecnico né a un marchio identitario, ma debba essere compresa come un concetto cangiante, continuamente ridisegnato dai rapporti tra sapere clinico, pratiche sociali e rivendicazioni politiche. La sua natura di *moving target*, come ha insegnato Ian Hacking, è resa oggi particolarmente evidente dall'emergere del discorso sulla neurodiversità: le categorie non restano mai immobili, ma mutano sotto l'effetto delle reazioni di coloro che vi si riconoscono o che vi resistono, e in questo mutamento rivelano la propria funzione normativa.

La diffusione del lessico della neurodivergenza ne costituisce un esempio paradigmatico. Nato per includere non solo l'autismo ma un insieme più ampio di condizioni, questo termine ha progressivamente spostato l'attenzione dalla naturalità della differenza cognitiva alla sua dimensione sociale e politica. Da un lato, esso ha permesso di costruire alleanze e di ridurre lo stigma, dall'altro ha aperto una serie di oscillazioni teoriche difficili da risolvere: tra naturalismo e costruttivismo, tra ampliamento inclusivo e rischio di vaghezza concettuale, tra critica all'abilismo e riproposizione di nuove forme di normatività che distinguono tra differenze "accettabili" e altre che continuano a essere percepite come deficit. L'opera di Robert Chapman ha fornito strumenti importanti per affrontare questa ambivalenza, proponendo un modello ecologico delle funzioni mentali e una lettura marxista della neurodivergenza come collettivo

seriale. Tuttavia, la sua analisi lascia intravedere anche alcune aporie: il rapporto con la psichiatria resta ambiguo, oscillante tra trasformazione, riappropriazione e rifiuto, mentre la centralità attribuita all'identità rischia di non cogliere appieno le dinamiche di riproduzione sociale e di cattura capitalistica delle differenze.

È in questo contesto che il tema della diagnosi come risorsa identitaria e politica acquista un rilievo decisivo. Il lessico *person-first* e *identity-first*, le pratiche di autodiagnosi e la rivendicazione del diritto alla nominazione di sé testimoniano quanto la diagnosi venga oggi assunta non soltanto come dispositivo clinico, ma come segno capace di fondare appartenenze, aprire accesso a risorse, dare forma a soggettività collettive. Se la psichiatria tende a concepirla come ipotesi provvisoria, da scrivere "a matita", per molti soggetti essa diventa una verità fondativa, che conferisce dignità, collocazione sociale e possibilità di azione politica. È qui che si colloca il disallineamento più marcato tra il sapere professionale e l'esperienza dei movimenti: nella diagnosi non si cerca soltanto un nome per un disturbo, ma il riconoscimento di un'identità, con tutte le ambivalenze che ciò comporta.

Tale dinamica appare rafforzata anche dalla crescente sistematizzazione teorica che caratterizza oggi il discorso sulla neurodivergenza. Il tentativo, del tutto comprensibile, di articolare un paradigma teorico coeso può, in assenza di una messa in discussione della diagnosi come categoria epistemica e politica, contribuire alla riproduzione di un linguaggio normativo. In particolare, va osservato che il movimento per la neurodiversità tende a non problematizzare il nesso strutturale tra diagnosi e accesso ai servizi, considerandolo talvolta come necessario o inevitabile, nonostante contribuisca a consolidare il potere selettivo della diagnosi e la sua funzione di mediazione tra soggettività e istituzioni.

Una teoria della neurodivergenza che si sviluppi attorno a definizioni classificatorie, senza interrogare le condizioni di legittimazione della diagnosi, rischia dunque di trasformarsi in una grammatica normativa rinnovata: non più imposta dall'esterno, ma riprodotta dall'interno attraverso pratiche di soggettivazione partecipativa. È lungo questa articolazione – tra sistematizzazione teorica, ambiguità concettuale e vincolo strutturale tra diagnosi e accesso ai servizi – che si configura il terreno su cui la medicalizzazione può rinnovarsi, in forme volontarie, diffuse e spesso invisibili. In questa prospettiva, tornano con forza le parole di Audre Lorde: *"The master's tools will never dismantle the master's house"* (Lorde 1984) – gli strumenti del potere, se non vengono radicalmente messi in discussione, finiscono per preservarne l'architettura. Alla luce di queste tensioni, emerge una domanda che attraverserà il prossimo capitolo e ne guiderà il filo critico: la diagnosi psichiatrica, nella sua attuale configurazione, può essere utilizzata come strumento politico di emancipazione. Che ruolo può avere la diagnosi nell'emancipazione degli psichiatrizzati? Il capitolo che segue si aprirà con questo interrogativo,

esplorando le ambivalenze dell'uso politico della diagnosi e i suoi effetti in una cultura in cui la psichiatria è sempre più parte integrante del discorso pubblico nonché delle pratiche quotidiane di soggettivazione.

CAPITOLO QUARTO

Diagnosi e identità: politiche del riconoscimento e logiche di cattura

> These studies consider how certain well-intentioned contemporary political projects and theoretical postures inadvertently redraw the very configurations and effects of power that they seek to vanquish.
> WENDY BROWN, *States of Injury*

> Si tratta, insomma, di trasformare la critica esercitata nella forma della limitazione necessaria in una critica pratica nella forma del superamento possibile. […] Essa non cerca di rendere possibile la metafisica divenuta, infine, scienza; cerca di rilanciare il più lontano e il più diffusamente possibile il lavoro indefinito della libertà.
> MICHEL FOUCAULT, *Che cos'è l'illuminismo?*

Avvicinandoci alla conclusione, occorre intrecciare i fili emersi nei capitoli precedenti.

Il primo capitolo ha messo in luce come le pratiche e i discorsi che attraversano questa ricerca si sviluppino entro uno squilibrio di potere che si manifesta innanzitutto sul piano epistemico: la psichiatria, sin dalla sua costituzione moderna, ha fondato la propria autorità su una separazione strutturale tra chi produce sapere e chi ne è oggetto, stabilendo le condizioni di validità del discorso sul disagio psichico e restringendo l'accesso alla parola legittima. In questo quadro, le soggettività psichiatrizzate sono state storicamente marginalizzate nella definizione di ciò che conta come conoscenza. È in tale configurazione che si colloca l'emergere di movimenti che rivendicano, a partire dalla propria esperienza, una competenza epistemica autonoma. Tra questi, il *Neurodiversity Movement* rappresenta un caso particolarmente significativo: non solo per l'accento posto sul sapere situato, ma per la capacità che sta mostrando farlo entrare nei circuiti ufficiali della psichiatria, incidendo sui linguaggi, sui paradigmi e sulle modalità della ricerca. Nessun altro movimento ha, finora, mostrato un analogo grado di efficacia nell'intervenire sulla rappresentazione di sé operata dalla psichiatria istituzionale nonché nel senso comune. L'intervento e la modificazione di un sapere

consolidato attraverso la pressione di un sapere situato è tuttavia un'impresa complessa, che ha molto a che vedere, nei suoi metodi, con le poste in gioco e i desideri dei diversi attori. Nel corso di questo lavoro abbiamo cercato di mostrare come la posizione che il movimento assume nei confronti dell'epistemologia psichiatrica non sia rigidamente oppositiva, ma tenda piuttosto a collocarsi in una prospettiva di sollecitazione per una psichiatria più aperta alle configurazioni che emergono dal basso. Questo non rappresenta, in sé, una criticità: come si è cercato di argomentare, tutto dipende dalle poste in gioco e dal futuro che il movimento immagina per i propri membri. Ciò che è emerso lungo questo lavoro è piuttosto che, per il *Neurodiversity Movement* come per i movimenti psichiatrizzati in generale, un nodo complesso e ineludibile resta quello del ruolo da dare alla diagnosi psichiatrica all'interno delle rivendicazioni. Essa svolge infatti un ruolo politicamente ambivalente: da un lato rappresenta, nella maggior parte dei casi, l'evento decisivo di presa di coscienza e di accesso alla comunità; anche nel senso politico del termine, dall'altro costituisce uno strumento fortemente istituzionalizzato, controverso e in continua trasformazione, che trattiene in sé un potere veridittivo ambiguo e difficile da controllare. Come ha mostrato l'uso che Robert Chapman fa della nozione di collettivo seriale di Iris Marion Young, un problema analogo era stato vissuto dal femminismo degli anni Settanta con il concetto di "donna": a un tempo punto di ingresso a una comunità minoritaria in via di costituzione come forza politica, e costruzione discorsiva di quello stesso *status quo* che si intendeva decostruire, il patriarcato.

Nella prima fase dell'analisi è emersa l'ambivalenza della diagnosi nei processi di soggettivazione politica: essa si configura al tempo stesso come ostacolo ed elemento di risorsa, come strumento di esclusione e di accesso. Anche i movimenti che ne contestano l'impianto disciplinare tendono, in modi diversi, a farvi ricorso quale condizione di legittimazione del proprio discorso, poiché la diagnosi è ormai divenuta emblema e segno distintivo di molte rivendicazioni politiche. Questa dinamica non va letta come un limite intrinseco ai movimenti, bensì come effetto della pervasività dei dispositivi psichiatrici e della loro capacità di orientare, anche indirettamente, le forme del discorso politico. Nel secondo capitolo abbiamo collocato questa tensione entro una teoria della psichiatria come effetto e veicolo di un'*episteme* in senso foucaultiano. È emerso come la psichiatrizzazione, intesa come forma specifica di medicalizzazione, si alimenti oggi anche attraverso processi diffusi, interiorizzati e in larga parte sostenuti dal basso. Questa dinamica potrebbe essere, almeno in parte, connessa alla popolarità di movimenti come quello per la neurodiversità, che pur contestando la patologizzazione hanno contribuito a destigmatizzare il linguaggio psichiatrico e ad ampliarne le maglie semantiche. Ne risulta una riconfigurazione paradossale: la critica dei movimenti, operando una

risemantizzazione della diagnosi, ha finito anche per rendere la psichiatria più pervasiva, benché in forme profondamente trasformate.

In particolare, è stato sottolineato il ruolo crescente delle pratiche discorsive che attraversano lo spazio mediale e digitale: dai *social media* ai forum online, dalle testimonianze audiovisive alle narrazioni autobiografiche, la diagnosi viene mobilitata come strumento di riconoscimento, spiegazione e orientamento. In questo contesto, la psichiatria tende a disperdersi in una cultura psicologizzata che si manifesta nell'adozione spontanea di un vocabolario clinico, nell'adesione a griglie diagnostiche precostituite e nell'impiego della diagnosi come chiave interpretativa dell'esperienza di sé. I confini tra sapere esperto e sapere profano risultano così meno netti, ma non per questo più paritari: anche quando si diffonde al di fuori delle istituzioni, il linguaggio psichiatrico continua a svolgere una funzione normativa, mantenendo intatta la propria forza regolativa. Al tempo stesso, tuttavia, l'esperto, come aveva osservato Robert Castel, tende ad assumere nel contesto diagnostico la fisionomia di un funzionario intercambiabile. Il rapporto tra esperto e paziente si riconfigura: il paziente, oggi più informato e spesso già orientato verso una diagnosi che in un certo senso desidera, non delega più interamente il compito di nominarla. La diagnosi conserva il proprio valore veridittivo, ma non altrettanto stabile appare l'autorità dell'esperto, che tende a ridursi a un passaggio obbligato, intercambiabile, nel processo di legittimazione. In filigrana, questo aspetto riaffiora anche nel terzo capitolo quando trattiamo del fenomeno in crescita dell'autodiagnosi: se l'autorità epistemica dei singoli terapeuti, psicologi o diagnosti può essere messa in discussione per ragioni epistemologiche o politiche, non altrettanto accade per la veridicità della classificazione, che rimane difficilmente contestata, talvolta persino in tensione con le elaborazioni più sofisticate di filosofi e attivisti della neurodiversità. Le diagnosi si presentano così, al tempo stesso, come verità individuali e come costruzioni sociali problematiche sul piano teorico. Quella che si delinea è una riconfigurazione della delega: non si riconosce più l'autorità del singolo esperto di parlare a nome del soggetto, ma si accetta che tale funzione sia svolta dalla diagnosi, ossia da una forma di sapere sedimentata in una storia di pratiche, di classificazioni e di *looping effects* che precedono il singolo incontro clinico. È come se la fiducia si dislocasse dall'esperto in carne e ossa alla psichiatria come dispositivo complessivo, che resta investita di un potere di veridizione pur nella contestazione dei suoi rappresentanti individuali. Ne emerge il paradosso di un desiderio di "psichiatria più illuminata": critica verso chi la incarna, ma fede nella possibilità che il linguaggio psichiatrico stesso restituisca senso e riconoscimento.

A questo spostamento potrebbe essere dovuta la progressiva estensione semantica delle categorie diagnostiche – il *concept creep* che ha trasformato termini nati per descrivere specifiche condizioni cliniche in etichette identitarie generalizzate.

Nel loro insieme, questi passaggi hanno mostrato come la diagnosi rappresenti un punto di condensazione di tensioni teoriche, linguistiche e politiche difficilmente riducibili. È precisamente in questo spazio contraddittorio che si colloca il ricorso alla diagnosi come fondamento identitario. Se nelle prime fasi essa veniva rivendicata soprattutto come condizione di accesso a una comunità marginalizzata, oggi rischia di trasformarsi nella premessa obbligata di ogni legittimazione: il criterio implicito che stabilisce chi possa prendere parola, con quale linguaggio e in nome di quale esperienza. Da qui prende le mosse l'interrogativo che attraversa questo capitolo: in che modo la diagnosi, una volta politicizzata, può agire come dispositivo di fissazione epistemica e politica? E quali forme di soggettivazione essa rende possibili, o al contrario impedisce, nel momento in cui è assunta come fondamento piuttosto che come strumento contingente?

Il *Neurodiversity Movement*, piegandosi attorno alla diagnosi, sembra piegarsi insieme attorno alla questione dell'identità – un nodo che, pur in termini differenti, richiama quello già incontrato dal pensiero femminista rispetto alla questione delle *Identity Politics* e alle versioni più biologizzanti dell'identità di genere. Il confronto con il femminismo non ha qui solo valore analogico: è perché esso ha posto con rigore alcune domande fondamentali – sul fondamento della soggettività politica, sulle condizioni materiali e simboliche dell'esperienza, sulla costituzione di un "noi" collettivo efficace per le lotte politiche a venire – che può offrire un contributo rilevante all'elaborazione teorica del movimento neurodivergente.

Alla luce di ciò, si può finalmente enunciare la domanda che ha costituito il filo conduttore di questa ricerca: la diagnosi è suscettibile di un uso politico, o deve essere annoverata, con Audre Lorde, tra gli strumenti del padrone? Benché riteniamo più persuasiva quest'ultima ipotesi, cercheremo nondimeno di considerare due percorsi attraverso i quali i movimenti hanno tentato – o potrebbero tentare – di trasformare il proprio rapporto con la diagnosi: l'essenzialismo strategico, che la assume come identità provvisoria e transitoria; e la riappropriazione della categoria, impiegata come leva di visibilità e riconoscimento, cercando tuttavia di preservare quello che ci sembra il lascito più fecondo della riflessione sulle neurodivergenze, vale a dire l'interrogazione sulle forme di vita e sui loro contesti. In conclusione, ci soffermeremo su quello che ci sembra il contributo più fecondo del movimento delle neurodivergenze: l'interrogazione sulle forme di vita e sui loro contesti, che apre a domande radicali su quale mondo intendiamo abitare, quali bisogni assumere come centrali e

come pensare la cura non soltanto come intervento medico, ma come pratica che investe ambienti, relazioni e condizioni materiali dell'esistenza.

1. Psichiatria, movimenti e l'influsso delle Identity Politics

Le *Identity Politics* hanno costituito una delle forme più significative di soggettivazione e mobilitazione nelle lotte femministe, antirazziste e *queer* del secondo Novecento. Tuttavia, la loro affermazione non è mai stata esente da controversie teoriche e ambivalenze politiche. La loro crescente presenza nelle grammatiche contemporanee della soggettivazione politica ha aperto interrogativi che restano tuttora irrisolti, e che si rivelano particolarmente rilevanti per comprendere i movimenti per la neurodivergenza.

Le principali linee critiche che si sono articolate nel dibattito filosofico rispetto alle politiche dell'identità possono essere organizzate attorno a quattro assi. Il primo riguarda la critica alla metafisica della sostanza e all'ideale di autenticità che spesso accompagna le rivendicazioni identitarie: la pretesa di esprimere un sé profondo, stabile e prediscorsivo entra in tensione con le analisi post-strutturaliste della soggettività come effetto relazionale e performativo. Il secondo snodo investe la centralità epistemologica che esse attribuiscono all'esperienza, cui viene criticato il fatto che essa non può essere pensata come epistemicamente autosufficiente, ma sempre mediata da quadri teorici, linguistici e culturali che ne rendono possibile l'intelligibilità. Da qui deriva la messa in discussione dell'"epistemologia della provenienza", ossia l'idea che solo chi ha vissuto direttamente una specifica forma di oppressione sia legittimato a parlarne politicamente. Il terzo asse riguarda la tensione tra riconoscimento simbolico e redistribuzione materiale: diverse autrici hanno evidenziato il rischio che le lotte identitarie, centrate sulla visibilità e la rappresentazione, si disallineino dalle condizioni socioeconomiche che producono oppressione e diseguaglianza, prestando il fianco a forme di cooptazione neoliberale. Infine, una quarta linea critica ha messo in luce la possibilità che le *Identity Politics* si strutturino attorno a un attaccamento alla ferita, producendo forme di soggettivazione politica fondate sulla reinscrizione del danno e sul risentimento (*ressentiment*), piuttosto che su un orizzonte trasformativo.

Queste critiche, tra loro eterogenee, non convergono necessariamente in un rifiuto delle *Identity Politics,* ma ne mettono in questione gli usi, i presupposti e le conseguenze. Alcune di esse sono state rielaborate all'interno di approcci che cercano di ripensare l'identità in termini processuali, situati e pragmatici, anziché essenzialisti. È a partire da questo quadro che nelle sezioni successive si intende interrogare la pertinenza e la produttività politica delle categorie identitarie nel contesto dei movimenti psichiatrizzati e in particolare del *Neurodiversity Movement*. La domanda è se – e a quali condizioni – la neurodivergenza possa costituirsi come identità politica senza ricadere nei limiti epistemici, ontologici e materiali messi in luce da queste critiche.

Oggi le *Identity Politics* si trovano in una posizione ambivalente. Da un lato, sembrano esser divenute la forma discorsiva predominante della soggettivazione politica nei contesti digitali (vedi: Bennett 2012, Cammaerts 2021, Dey & Dey 2025), dove la logica algoritmica dei *social media* tende a favorire una semplificazione performativa dell'identità e del dissenso, riducendo la complessità delle esperienze e delle alleanze a enunciati immediatamente riconoscibili e polarizzabili. Dall'altro, sono sempre più spesso oggetto di un rigetto critico semplificato, che ne trascura la pluralità teorica e le tensioni interne. Come osserva Cressida Heyes (2024), le *Identity Politics* sono diventate una sorta di *philosophical punching bag*: un bersaglio retorico facile, colpito da destra e da sinistra, spesso senza una reale attenzione alle genealogie politiche, agli interrogativi epistemici e agli sforzi trasformativi che le hanno animate. In questa sede si cercherà dunque di mantenere un bilanciamento. Da un lato, il riconoscimento politico rimane un elemento essenziale: come ha sostenuto Nancy Fraser, anche una critica attenta alle derive del riconoscimento non può negarne l'importanza per le lotte delle minoranze (Fraser 2000). Le *Identity Politics* hanno avuto, storicamente, un ruolo decisivo nel portare alla luce questioni a lungo rimaste invisibili e nel trasformare in profondità le condizioni di vita di gruppi marginalizzati. Proprio la centralità attribuita all'identità come soggetto politico delle rivendicazioni ha tuttavia rivelato, nel tempo, limiti e aporie. Una volta assimilate e sfruttate dal discorso dominante, queste politiche sono state spesso piegate dalle logiche aziendali e neoliberiste, che hanno frammentato la sfera politica in una costellazione di micro-istanze, riducendo la questione collettiva a un discorso superficiale sulle differenze individuali. Tale frammentazione della comunità politica in soggetti isolati è al tempo stesso una forma di neutralizzazione del conflitto e uno strumento di controllo dello *status quo* – un meccanismo di cui anche la psichiatria è stata più volte accusata di essere una delle principali facilitatrici. In questa direzione si colloca, ad esempio, la riflessione di Mark Fisher (Fisher 2009, 2012, 2014), secondo cui l'operazione di responsabilizzazione individuale del dolore psichico ha trasformato il disagio in una questione privata, intrisa di colpevolezza, e perfettamente funzionale alla razionalità neoliberista: stare male diventa responsabilità del soggetto, così come lo è curarsi e non mancare ai propri doveri sociali.

Nell'ambiente digitale, la terminologia psichiatrica si presta particolarmente bene al linguaggio identitario, offrendo categorie già pronte e legittimate dalla propria autorità epistemica, categorie all'interno delle quali molti giovani trovano sollievo e riconoscimento. Tale intreccio è evidente anche nel linguaggio del *Neurodiversity Movement*, la cui politicizzazione è marcatamente identitaria e richiama molte delle criticità già osservate nelle *Identity Politics*. Nancy Fraser ha osservato come un'enfasi esclusiva sulle politiche di riconoscimento rischi di favorire, involontariamente, la logica neoliberista, che ben si adatta a valorizzare le differenze

culturali e identitarie senza intaccare le disuguaglianze materiali (Fraser 2000). Una critica analoga è stata formulata da Wendy Brown, che ha messo in guardia contro il pericolo che la politica dell'identità finisca per consolidare la soggettività ferita e trasformare il riconoscimento in una forma di cattura, funzionale al mantenimento dell'ordine neoliberale (Brown 1995). In questa direzione si collocano anche altre voci critiche, che hanno segnalato come lo spostamento del conflitto sul terreno identitario possa neutralizzare le rivendicazioni redistributive e depoliticizzare le diseguaglianze strutturali. È evidente che i rischi insiti nelle *Identity Politics*, quando si intrecciano con le rivendicazioni in ambito psichiatrico, trovino un terreno particolarmente delicato e insidioso. Nei paragrafi che seguono cercheremo di mostrarne le ragioni, a partire dalla questione dell'essenzialismo, un tema che, del resto, ha già fatto capolino in più passaggi della riflessione sviluppata sin qui.

1.1 Il fenotipo femminile: una vittoria femminista?

La questione del cosiddetto *fenotipo femminile* dell'autismo si colloca all'interno di una storia più ampia di esclusione epistemica del corpo femminile nella medicina moderna. Per decenni, i trial clinici sono stati condotti prevalentemente su campioni maschili, con la conseguente generalizzazione dei risultati all'intera popolazione (Vitale et al. 2017; Howard et al. 2017). Anche quando le donne venivano incluse, i dati non venivano disaggregati per sesso, rendendo invisibili eventuali differenze clinicamente rilevanti (Steinberg et al. 2021). Questa impostazione androcentrica ha contribuito a produrre ciò che è stato definito *gender blindness*, una cecità strutturale rispetto al ruolo del sesso e del genere nella produzione della conoscenza biomedica (Hamberg 2008). Alla base di tale distorsione, Cheryan e Markus (2020) individuano il meccanismo del *masculine default*: il maschile viene assunto come standard neutro dell'umano, mentre il femminile appare come variazione, deviazione o caso particolare. In questo quadro, la rivendicazione di una medicina di genere appare come una risposta correttiva a una storica distorsione epistemica: includere le donne nella ricerca significa colmare un divario di salute che ha prodotto diagnosi tardive, trattamenti inadeguati e minore accesso alle cure (Dusenbery 2018; McGregor 2020). Se trasliamo questa cornice nell'ambito dell'autismo, la sottodiagnosi femminile – documentata dal progressivo ridimensionamento del rapporto maschi/femmine negli studi di prevalenza (Loomes, Hull e Mandy 2017; Maenner et al. 2021) e dalle evidenze sui limiti degli strumenti diagnostici come l'ADOS nelle donne (Adamou, Johnson e Alty 2018; Lockwood Estrin et al. 2021) — può essere letta come una forma di esclusione dall'accesso alla diagnosi. In questa prospettiva, la diagnosi non è semplicemente un'etichetta, ma una risorsa materiale e simbolica: condizione di accesso a supporti, accomodamenti, reti di riconoscimento.

La sua mancata attribuzione si configura allora come un diritto negato a una parte di popolazione storicamente meno studiata.

Tuttavia, quando questa rivendicazione entra nel campo psichiatrico, la questione si complica. A differenza delle patologie cardiovascolari o delle reazioni farmacologiche, qui non si tratta soltanto di correggere un errore sperimentale, ma di intervenire su categorie diagnostiche che contribuiscono a definire identità e traiettorie biografiche. Isobel Moore, Gareth Morgan e Chris Howard, che non si misura con la questione ontologica – se esista davvero un "fenotipo femminile" dell'autismo – ma ricostruisce piuttosto il modo in cui l'espressione *female autism* prende forma nei testi e nelle pratiche professionali, e con quali effetti. In primo luogo, la categoria viene narrata come **storia di progresso**: l'emersione del "femminile" appare come correzione di un errore storico (l'autismo pensato su un modello maschile), come avanzamento della conoscenza clinica e, insieme, come realizzazione di un obiettivo di **giustizia di genere**, spesso intrecciato a una promessa di fioritura soggettiva – benessere, autoregolazione, possibilità di "finalmente capirsi" – che tende a presentare la diagnosi come soglia di accesso a una vita più abitabile. In secondo luogo, però, proprio questa narrazione abilitante si accompagna a un movimento di **espansione**: la nozione di *female autism*, anziché limitarsi a colmare un vuoto, allarga il perimetro dell'autismo e potenzia la portata dello **sguardo esperto**, perché rende diagnosticabile anche ciò che non coincide con gli stereotipi clinici sedimentati (il caso paradigmatico è il ricorso a masking/camouflaging come dispositivo interpretativo capace di convertire la "normalità apparente" in segno clinico). Infine, ed è qui che la rivendicazione correttiva incontra la sua ambivalenza più acuta, la categoria tende a riorganizzarsi entro una griglia che **riproduce norme patriarcali** e un'immagine **binaria** del genere: da un lato, la "specificità femminile" viene spesso descritta mediante tratti di femminilità normativa (maggiore compiacenza, orientamento relazionale, interessi "appropriati"), dall'altro la non-conformità alle aspettative di genere rischia di essere riassorbita come sintomo, mentre il lessico della vulnerabilità può scivolare verso una naturalizzazione del rischio che finisce per oscurare le condizioni sociali e materiali della misoginia. Le autrici mostrano infatti come molte risorse professionali descrivano l'autismo femminile attraverso tratti già saturi di aspettative di genere:

> Yet in other respects, fundamental to the construction of female autism is its characterisation as distinctly female, asserting a binary, essentialist conceptualisation of gender. Gendered tropes fuse with"disorder" discourses, shaping the ways autistic women and girls are constructed. (Moore, Morgan, and Howard 2024, 218).

Questi aspetti emergono anche nell'ambito della violenza: cosiddetta "female autistic vulnerability". Moore e colleghe (Moore et al. 2022, 431) mostrano come questa narrazione combini tratti patriarcali della femminilità – passività, ingenuità, disponibilità a compiacere – con discorsi deficitari sull'autismo, producendo un effetto di naturalizzazione della subordinazione. Scrivono infatti che il discorso della vulnerabilità femminile autistica «naturalised and obscured the operation of interpersonal and patriarchal power in sexual abuse, leaving individuals with a sense of personal fault» (Moore et al. 2022, 435). In un altro passaggio, osservano che questa cornice «rooted the reasons for experiencing abuse within the 'vulnerable' autistic self» (Moore et al. 2022, 431), impedendo uno scrutinio delle azioni dell'abusante e dei rapporti di potere sottostanti. La causalità sembra spostarsi dall'ordine sociale al soggetto: l'esposizione alla violenza viene spiegata attraverso l'ingenuità, la difficoltà a leggere segnali o il bisogno di approvazione, mentre le strutture patriarcali entro cui la violenza si produce restano opache. La vulnerabilità, da posizione relazionale prodotta dall'intreccio tra gerarchie di genere e abilismo, si cristallizza così in un tratto del funzionamento individuale; e questa narrazione, quando viene restituita alle pazienti come chiave interpretativa della loro storia, rischia di consolidare un'immagine di sé come strutturalmente esposte, agentivamente inefficaci, costitutivamente vulnerabili.

In un contesto in cui la salute mentale è sempre più inscritta in logiche di responsabilizzazione individuale, come avremo modo di approfondire in questo capitolo, la categoria psichiatrica può entrare in dinamiche di autogoverno e automonitoraggio: invita a sorvegliare i propri stati interni, a prevenire il sovraccarico, a modulare la propria esposizione al mondo sociale. Per molte donne che hanno sviluppato strategie di *masking* in risposta a norme di genere (Allely 2018; Cook et al. 2021), la diagnosi può sovrapporsi a una disposizione già radicata all'auto-osservazione, rafforzandola. Il concetto del *masking/camouflaging* (mascheramento) ovvero l'insieme di pratiche attraverso cui molte persone autistiche – e in particolare molte donne – apprenderebbero a mascherare, compensare o modulare le proprie modalità di interazione per conformarsi alle aspettative sociali dominanti (Petrolini, Rodríguez-Armendariz, e Vicente 2023) dall'imitazione consapevole di script conversazionali al controllo intenzionale delle espressioni facciali, fino alla soppressione di comportamenti percepiti come eccentrici o inappropriati, è interessante perché da una parte sembra riconoscere il "lavoro emotivo e cognitivo sotterraneo" che probabilmente molte minoranze, in modo diverso, devono mettere in atto per conformarsi e "auto-invisibilizzarsi". Dall'altro lato,

> The construction of"masking" as characteristic of female autism requires separating"normal" social learning from the"copying" perceived as symptomatic of female autism: the differentiation between"intellect" and"intuition" creates distinct autistic and

> nonautistic processes underpinning behaviour which may look on the surface very similar. How does one distinguish between intellect-based and intuition-based behaviour? The tools of expertise. (Moore, Morgan, and Howard 2024, 216).

Se il *masking* è inteso come capacità di occultamento, il clinico "appropriately trained" diventa colui che sa *vedere* oltre la superficie e riportare alla luce ciò che era rimasto nascosto. La diagnosi tende allora a configurarsi come accesso ad un "vero sé", come disvelamento di un'identità compressa dalle aspettative di genere. L'autorità professionale si accredita come garante di quell'autenticità. Se da un lato offre una risposta all'invisibilizzazione storica, dall'altro rischia di trasformare una categoria clinica in fondamento ontologico del soggetto, nello stesso momento in cui dà nuovi poteri rivelatori allo sguardo medico sul corpo e la vita delle persone socializzate come donne.

Non è dunque del tutto decidibile se la messa a tema del fenotipo femminile rappresenti una vittoria politica in senso femminista – correzione di una storica cecità androcentrica e ampliamento dell'accesso a risorse – oppure una nuova modalità di medicalizzazione del disagio e della sofferenza delle persone socializzate come donne. Si tratta forse di una medicalizzazione meno umiliante di altre forme storiche di psichiatrizzazione femminile – come fu ad esempio l'isteria – ma mantiene pur sempre i rischi che sottostanno alla psichiatrizzazione di una minoranza. Le ricerche che mostrano come alle donne vengano più frequentemente attribuite diagnosi psichiatriche e prescritti psicofarmaci (Bacigalupe e Martín 2021; Yu 2018) ricordano quanto sottile sia il confine tra invisibilizzazione e sovra-psichiatrizzazione. L'estensione della categoria rende visibile un aspetto psicologico prima ignorato, ma può anche spostare l'attenzione dalle condizioni materiali che producono sovraccarico e distress alla gestione individuale del "proprio" funzionamento. Per quanto ci riguarda – anche alla luce di un confronto diretto, in una fase della vita, con questo oggetto di studio – non riteniamo possibile propendere in modo netto per una delle due letture. Se la discussione sul cosiddetto fenotipo femminile dell'autismo oscilla tra istanza correttiva e medicalizzazione, il nodo etico e politico non può ridursi alla rivendicazione di un più equo accesso alla diagnosi. In gioco non è soltanto chi viene incluso, ma come viene pensata la differenza che si intende rendere visibile e, in modo cruciale, come si vuole agire sui bisogni che emergono.

Non si tratta semplicemente di riconoscere un gruppo storicamente sottorappresentato, bensì di interrogare il livello a cui quella differenza viene ancorata: esperienza vissuta, configurazione sociale, oppure proprietà neurobiologica. È qui che la questione si fa teoricamente decisiva. Le pratiche descritte – dalla maggiore competenza relazionale al cosiddetto *masking* – vanno lette come espressione di una specificità cognitiva femminile, oppure come risposte situate a regimi normativi di genere che esigono dalle donne adattabilità,

competenza emotiva e continua regolazione di sé? E ancora: in che modo includiamo nell'analisi la condizione di minoranza, o l'intersezione di più condizioni di minoranza – di classe, di razzializzazione, di disabilitazione – con i loro effetti emotivi, materiali e relazionali? L'ansia sociale, l'iper-vigilanza, la fatica di conformarsi, l'esposizione alla violenza o alla delegittimazione vengono trattati in modo più efficaci se narrati come tratti di un funzionamento neurocognitivo oppure esiti di una posizione strutturalmente subordinata, intensificata dall'intreccio di più assi di marginalizzazione?

Che cosa nasconde il *camouflaging* delle donne autistiche? Un funzionamento neurobiologico specifico? Gli effetti di condizioni materiali e sociali svantaggiate? O piuttosto l'intreccio, difficilmente separabile, tra disposizioni individuali e regimi normativi che esigono dalle donne adattabilità, competenza emotiva, costante modulazione di sé? È difficile sottrarsi alla sensazione che il discorso diagnostico non restringa lo spazio di questa interrogazione, traducendo una questione aperta in una proprietà del soggetto. È una questione cara alla filosofia femminista: che cosa troviamo sotto tutto ciò che l'oppressione ha obliato, perimetrato, costruito? Che cosa significa essere una donna? chiedeva Simone de Beauvoir. Che cosa significa essere autistic*a*?

1.1 Il problema del fondamento: differenza, sesso, cervello

Quando, come abbiamo visto, Young (1994) sostiene che le donne costituiscono un "collettivo seriale", riprendendo la categoria sartriana della serialità, intende sottrarre la soggettività femminile a una fondazione identitaria unitaria, biologica o ontologica. A muovere la filosofa è la necessità di preservare la possibilità di un "noi" femminista senza ancorarlo a un'essenza naturale, come l'utero, la capacità riproduttiva o altre caratteristiche corporee, che finirebbe per delimitare e fissare ciò che può contare come donna. Questo rischio – che il politico venga assorbito nel biologico, e che la differenza venga intesa come fondamento anziché come effetto – è stato al centro della critica femminista successiva agli anni Settanta e in particolare al femminismo della differenza. Come ha mostrato Judith Butler (1990), l'idea che esista una "donna" come soggetto prediscorsivo dell'emancipazione si rivela una costruzione normativa, che finisce per mascherare la storicità dei processi di soggettivazione e produce esclusione proprio nel momento in cui pretende di fondare un'identità comune. È per questa ragione che il femminismo della terza e della quarta ondata invitano a pensare il soggetto politico non come un dato, ma come un risultato contingente di pratiche storiche, linguistiche e istituzionali. Il riferimento al corpo e al sesso, in questa prospettiva, non appare soltanto teoricamente fragile: esso si rivela anche politicamente insidioso, perché apre alla possibilità che la differenza venga naturalizzata e quindi inserita nelle gerarchie di senso collettive.

Abbiamo cercato di illustrare come la tensione tra esigenza di visibilità e rischio di essenzializzazione si presenti, sotto nuove forme, anche nei movimenti nati dall'esperienza psichiatrica, e in particolare nel *Neurodiversity Movement*. Anche qui, il desiderio di affermare un'identità collettiva si accompagna spesso a una rivendicazione della propria "natura" neurobiologica, nel tentativo di legittimare il proprio vissuto e rivendicare accesso a risorse, diritti e riconoscimento. E tuttavia, quando la differenza viene ancorata al cervello, al neurosviluppo o alla genetica, si corre il rischio di reintrodurre, magari inavvertitamente, lo stesso dispositivo epistemico che ha storicamente confinato tali soggettività entro il registro del deficit o della devianza. Così come per il soggetto "donna", anche per il soggetto "neurodivergente" il ricorso al biologico può farsi trappola: una grammatica dell'identità che concede riconoscimento in cambio della depoliticizzazione di vissuti complessi e plurali come il disagio fisico e psichico.

L'evento diagnostico opera come dispositivo di enunciazione, inscrivendo il corpo in un ordine di discorso che ne autorizza la parola. Non si limita a classificare una presunta disfunzione – neurobiologica, affettiva o cognitiva – ma fa parlare il corpo attraverso un lessico clinico che lo rende leggibile ed enunciabile. In questo stesso gesto, la diagnosi assegna un nome che diviene identità, producendo una narrazione possibile del sé che passa attraverso quella del corpo. Diagnosi del corpo e costituzione dell'identità non sono funzioni distinte: coincidono in un atto che traduce la materialità corporea in linguaggio e la restituisce come soggettività nominata. L'efficacia di questa duplice valenza dipende in larga misura dall'adesione a un senso comune persuaso che ogni affezione abbia una diretta spiegazione in termini biologici. Nella cultura contemporanea, infatti, la diagnosi psichiatrica viene recepita come la traccia di un malfunzionamento corporeo – o, più specificamente, cerebrale – che si presume anomalo o deviante. Questa traduzione in termini biologici si accompagna, tuttavia, a una dinamica epistemica di tipo circolare: come abbiamo visto dalle analisi di Brinkmann, per i soggetti che le ricevono, le diagnosi trovano la loro giustificazione nei sintomi e, allo stesso tempo, i sintomi ricevono validità dalla diagnosi, in un circuito autoreferenziale che stabilizza e solidifica l'idea che la diagnosi dica qualcosa di dirimente di sé stessi. In questo modo, la diagnosi si presenta come un messaggio del corpo, ma in realtà ciò che veicola non è il corpo nella sua opacità, bensì una sua lettura culturalmente mediata, resa comprensibile attraverso categorie cliniche ed epistemiche disponibili. È il segno diagnostico a far esistere retroattivamente l'oggetto che pretende di descrivere: ciò che prima si manifestava come esperienza dissonante, disagio informe o alterità senza nome assume consistenza, diventa condivisibile e comunicabile, nel momento stesso in cui viene nominato e istituito dalla diagnosi.

In una cultura in cui il corpo è sempre più studiato attraverso modelli neurobiologici, la diagnosi psichiatrica diventa così un canale privilegiato per dare significato alla propria esperienza: un dispositivo che traduce ciò che accade nella carne, nei nervi, nella mente, in un codice riconoscibile e comunicabile. In questo gesto – simultaneamente epistemico, simbolico e politico – si insinuano i rischi di bioessenzialismo e di fissazione identitaria.

Uno dei nodi più controversi delle genealogie femministe riguarda il ruolo attribuito al corpo e alla differenza sessuale come fondamento dell'identità politica. Autrici come Luce Irigaray (1974) e Julia Kristeva (1985), pur con approcci molto differenti, hanno posto al centro del loro lavoro teorico la questione del corpo femminile come luogo rimosso o represso della simbolizzazione occidentale. Non si tratta, nel loro caso, di un ritorno al biologico in senso naturalista, quanto piuttosto di una strategia di riscrittura della soggettività a partire da ciò che il discorso filosofico ha escluso: il corpo sessuato, la materialità del desiderio. Tuttavia, l'insistenza su una differenza sessuale strutturale – e in alcuni casi irriducibile – ha generato nel tempo letture che hanno finito per essenzializzare quella differenza, trasformandola da costruzione discorsiva a dato ontologico. Alcuni femminismi radicali contemporanei – in particolare quelli riconducibili al cosiddetto *gender critical feminism* o alla teoria dei "*sex-based rights*" – reintroducono esplicitamente il sesso biologico come fondamento identitario e politico, rivendicandone il ruolo normativo nella definizione della categoria di "donna". Figure come Sheila Jeffreys, Janice Raymond e, più recentemente, Kathleen Stock hanno sostenuto che soltanto il corpo femminile biologicamente definito possa costituire il soggetto legittimo del femminismo, opponendosi a ogni ridefinizione identitaria che prescinda da questo ancoraggio sessuato (Jeffreys 2005; Raymond 1979; Stock 2021). In queste posizioni, l'appello alla verità del corpo assume i tratti di una contropolitica della realtà materiale: contro la fluidità dell'identità di genere, si riafferma un realismo sessuale che finisce, però, per reinscrivere la soggettività femminile in una logica binaria e deterministica. Tale postura naturalizza la differenza sessuale, riducendola a destino corporeo, e tende così a escludere tutte le soggettività che eccedono la norma cisessuale o non si riconoscono in una corrispondenza diretta tra corpo e identità. Come notano Butler (2004), Haraway (1988) e Spivak (1999), un simile approccio non fa che riprodurre *l'episteme* di cui il femminismo voleva liberarsi, sostituendo alla presa patriarcale sulla corporeità una presa altrettanto prescrittiva.

Una tensione analoga attraversa oggi il N*eurodiversity Movement*. In molte delle sue formulazioni più diffuse, il concetto di neurodivergenza si fonda su una differenza biologica – cerebrale, neurologica – considerata come base oggettiva dell'identità. Tale posizione, pur avendo un evidente valore rivendicativo contro la patologizzazione, espone a un rischio simile: quello di irrigidire la soggettività in una forma data, riducendola alla struttura cerebrale e

lasciando in ombra la dimensione storica, relazionale e politica dell'esperienza. Come nel caso di certe declinazioni del femminismo della differenza o dei femminismi "s*ex-based*", anche qui il corpo (o il cervello) rischia di essere evocato non tanto come campo di significazione, ma come fondamento di legittimazione. È proprio su questo terreno che torna utile la critica antinaturalista delle epistemologie femministe: la differenza può essere politicizzata solo se viene pensata come relazione, come posizionamento, come prassi collettiva, non come dato. Recensendo *Empire of Normality* di Chapman, Ronan Scott rileva questo rischio di naturalizzazione come un rischio strategico importante:

> The neurodivergence conversation in the Western left may be following a somewhat similar pattern to the one on transness. Where at one point it was seen as a necessary political line that gender was an immutable identity, hard-wired into the brain (that trans people are 'born this way', there is now room to breathe, and space for transness to have legitimacy without a story of biological wiring (Scott 2024).

La traiettoria del discorso neurodivergente nella sinistra occidentale secondo l'autore potrebbe ricalcare quella che ha interessato la transessualità: se in un primo momento l'enfasi sulla natura immutabile del genere, inscritta nel cervello e quindi "nata così", ha rappresentato un passaggio politico necessario per legittimare le vite delle persone trans, oggi si apre la possibilità di riconoscere la *transness* senza bisogno di un fondamento biologico. Allo stesso modo, la difesa della diagnosi come base identitaria può aver avuto un valore strategico, ma rischia di consolidarsi come fondamento ontologico della neurodivergenza, e in generale cambiare il modo in cui vediamo la psichiatria e il suo ruolo nella società come nella definizione e delimitazione delle forme di vita.

1.3 La questione del sapere

La produzione di sapere non riguarda l'ambito strettamente clinico, ma investe la possibilità stessa di essere riconosciute come interlocutrici epistemiche. La questione non si limita al piano della cittadinanza o della rappresentanza, ma coinvolge più radicalmente i criteri di accesso alla parola pubblica e alla costruzione condivisa di conoscenza. In questo panorama, abbiamo illustrato come il movimento per la neurodiversità abbia saputo contestare, almeno in parte, la tradizionale divisione tra chi osserva e chi è osservato, proponendosi come soggetto di un sapere situato. Tuttavia, le modalità attraverso cui questa legittimazione viene costruita non sono decise una volta per tutte. Su quali basi fondare l'autorità epistemica di chi prende parola? È la diagnosi, l'esperienza vissuta, l'identità condivisa o l'impegno politico a rendere credibile un posizionamento? Un approccio spesso richiamato dai sostenitori del *Neurodiversity Movement,*

come abbiamo già avuto modo di mostrare, è la *standpoint theory*. Robert Chapman, ad esempio, afferma:

> Because my approach to neurodiversity is based on a disability justice perspective, it relies more on standpoint epistemology, centering the *lived experience* of marginalized individuals or groups (Chapman 2022).

Un testo fondamentale delle *Standpoint Theories* è *The Feminist Standpoint: Developing the Ground for a Specifically Feminist Historical Materialism*, pubblicato nel 1983 da Nancy Hartsock. In esso la filosofa elabora un parallelo tra i concetti marxiani di astratto e concreto, circolazione e produzione, per sottolineare come il punto di vista delle donne, radicato nelle pratiche quotidiane di riproduzione sociale, possa costituire una prospettiva non solo epistemicamente privilegiata, ma potenzialmente liberatoria. Tale privilegio, però, non è automatico: non deriva semplicemente dall'appartenenza a una categoria oppressa, ma si forma attraverso la *praxis*. Così come per Marx la coscienza di classe è il frutto di un processo collettivo, e non un dato immediato dei proletari, allo stesso modo per Hartsock il punto di vista privilegiato non scaturisce dall'esperienza individuale, ma dall'azione politica orientata all'emancipazione.

Applicare questo modello alla conoscenza psichiatrica significa riconoscere che il punto di vista delle persone autistiche può costituire una prospettiva privilegiata sulla propria condizione, non perché garantito dall'esperienza in sé, sempre opaca e ambivalente, ma perché radicato in un percorso di *praxis* collettiva. Questo implica che il sapere psichiatrico, per essere effettivamente situato, deve misurarsi con tre elementi costitutivi: l'esperienza vissuta, *l'embodiment* e, in modo decisivo, il posizionamento rispetto alle questioni inerenti all'emancipazione psichiatrica.

In psichiatria, tuttavia, il rischio di reificazione identitaria resta particolarmente difficile da evitare, con tutte le sue conseguenze. Jijian Voronka osserva che la categoria "*people with lived experience*" (usata anche da Chapman), e più in generale quella di *expert by experience*, rischia di trasformarsi in un'identità normativa che unifica corpi ed esperienze molto diversi, producendo così omogeneizzazione e nascondendo differenze materiali, ontologiche ed epistemologiche:

> At the same time, as 'people with lived experience' becomes a new identity category to organize widely heterogeneous bodies of experience together, we need to start marking and making connections across some philosophical and practice-based issues that arise in reifying 'people with lived experience' as an undisputed and cohesive category (Voronka 2016, 190).

Se questo rischio è insito in una categoria così ampia come quella di persone con esperienza vissuta, esso diventa ancora più problematico se applicato alla neurodiversità, che mantiene

legami diretti con la definizione psichiatrica e con il suo correlato biologico. Judith Butler (1995) mostra come le categorie identitarie siano inevitabilmente normative: anche quando si fondano sulla differenza, finiscono per produrre tipologie determinate e, in quanto tali, escludono coloro che non rientrano nei criteri impliciti della norma. Con Donna Haraway possiamo allora dire che i punti di vista entrano in negoziazione e in relazione, ed è attraverso questo *trouble* epistemico che occorre pensare la produzione di conoscenza. Ma resta tutt'altro che chiaro come tali punti di vista possano tradursi e confrontarsi tra loro – considerando che non si tratta solo delle prospettive degli psichiatrizzati, ma anche dell'*expertise* psichiatrica consolidata, e perché no, di quella degli operatori come infermieri e educatori – né come rendere effettivamente praticabile una modalità di posizionamento collettivo verso il sapere. Gli inviti a spostare il focus dall'individuo alla *praxis* restano suggestivi, ma è proprio nella messa in pratica che si scontrano con il fatto che, alla fine della teorizzazione, sono individui differenti, con esperienze e identificazioni eterogenee, a sedersi ai tavoli e a proporre le proprie agende, e sono spesso individui che hanno creato un legame identitario proprio con la diagnosi psichiatrica che hanno ricevuto.

Questo si riflette anche nell'opposizione di una prospettiva intersezionale per cercare di contrastare le derive identitarie. Compattarsi in soggetti epistemico-politici unitari rischia infatti di silenziare le voci collocate nelle intersezioni di oppressione più complesse, come nel caso delle persone autistiche non verbali o con disabilità cognitive. Robert Chapman, interrogandosi su questo rischio, pensa che un approccio intersezionale possa essere una soluzione, perché evita che

> autistic people (such as myself) talking over those autistic people with intersecting disabilities. For on this model, the only people who should be taken as the voice of any given intersectional identity are those that fall within their intersection. (Chapman 2019).

Ma proprio qui vediamo di nuovo la tendenza a una particolarizzazione sempre più minuta dei saperi, che rischia di frammentare il campo politico in posizioni sempre più circoscritte – un rischio che riguarda più l'eredità identitaria a nostro parere presente nel pensiero di Chapman che l'intersezionalità in quanto tale. Inoltre, emerge un nodo che approfondiremo meglio con Wendy Brown: il collasso tra privilegio epistemico e forme di oppressione, dove il riconoscimento della marginalità diventa criterio esclusivo di legittimazione del discorso.

Infine, non va dimenticato che non tutte le persone psichiatrizzate possono "parlare per sé stesse". Studiose come Amandine Catala (vedi: 2020) stanno facendo un importantissimo lavoro per decostruire il logocentrismo della giustizia epistemica e pensare modi diversi in cui anche le persone con disabilità cognitive possano contribuire alla conoscenza di sé. Nel

frattempo, però, è necessario riconoscere che l'impresa politica implica sempre un parlare anche per altri: occuparsi degli altri è parte della responsabilità di esporsi su questioni di giustizia collettiva, con tutti i rischi, la paura di sbagliare e la certezza che, inevitabilmente, a volte ciò accadrà.

1.4 Il rischio dell'epistemologia della provenienza

Nelle parole di Chapman leggiamo in filigrana l'epistemologia della provenienza di cui parla Sonia Kruks: un'epistemologia che essenzializzi la legittimazione delle istanze all'interno di costrutti identitari rigidi e soggettivi.

> Identity politics tends toward an excessive particularization and partitioning of knowledge, but now along the lines of race or ethnicity, for example, as well as gender. For such experience-based accounts of knowledge imply an epistemology of provenance: that is, the claim that knowledge arises from an experiential basis that is fundamentally group-specific and that others, who are outside the group and who lack its immediate experiences, cannot share that knowledge. As a corollary it is generally claimed that outsiders have no basis from which they can legitimately evaluate the group's claims about its knowledge, or those political or moral positions that it takes on the basis of that knowledge. In short, only those who live a particular reality can know about it; and only they have the right to speak about it. (Kruks 1995, 4).

Kruks mostra come in questo quadro si annidi una contraddizione interna alle *Identity Politics:* nel momento in cui rivendicano la specificità irriducibile dell'esperienza, esse minano le basi epistemiche di qualsiasi progetto di coalizione. Per uscire da questo impasse, la filosofa ricorre ad una nozione sartriana che abbiamo già incontrato con Chapman, quella di *serialità*, distinguendo tra collettivi passivamente prodotti dalle mediazioni materiali, i "collettivi seriali", appunto, e gruppi intenzionalmente formati e direzionati verso obiettivi comuni. Le donne, ad esempio, sono costituite serialmente come consumatrici, come oggetti di desiderio, come lavoratrici in mercati segregati: la loro identità "in esteriorità" non è frutto di un'essenza comune, bensì di sedimentazioni storiche e pratico-materiali. Questa intuizione permette di evitare l'essenzialismo dell'epistemologia della provenienza, senza cadere nel relativismo che riduce ogni voce a un frammento intraducibile attraverso le altre esperienze. Al tempo stesso, Kruks insiste che la serialità, da sola, non è ancora politica: diventa emancipatoria solo quando le esperienze vissute individualmente come private (ad esempio la paura della violenza sessuale o della gravidanza indesiderata) vengono riconosciute come problemi comuni e trasformate in gruppo organizzato e in prassi collettiva.

Letta in questa prospettiva, la proposta di Robert Chapman di pensare l'autismo come collettivo seriale acquista un rilievo critico ambivalente. Da un lato, essa riprende precisamente

l'intuizione di Kruks: il rifiuto di un'identità essenzializzata, in favore di un'analisi delle mediazioni sociali e materiali che uniscono soggetti diversi in una stessa condizione seriale. Dall'altro, però, il rischio è che tale concettualizzazione rimanga ferma al livello passivo della serialità, senza dar conto del passaggio verso forme organizzate di azione politica. Se per Kruks la chiave per superare l'impasse epistemologica è proprio la possibilità della transizione dal collettivo seriale al gruppo intenzionale – cioè dal riconoscimento di una condizione condivisa alla sua politicizzazione – in Chapman la serialità rischia di restare uno strumento puramente descrittivo, incapace di spiegare come si istituiscano processi di solidarietà e produzione di conoscenza comune. La posta in gioco è allora, di nuovo, insieme epistemologica e politica: se la provenienza non basta a garantire validità al sapere, e se la serialità di per sé non genera emancipazione, occorre pensare le condizioni materiali e pratiche in cui l'esperienza frammentata può diventare sapere condiviso e progetto collettivo. Alla luce della lettura di Kruks, la diagnosi appare difficilmente assimilabile a un gruppo in senso sartriano, dal momento che rimane costitutivamente mediata da dispositivi esterni – classificazioni cliniche, procedure burocratiche, logiche di distribuzione delle risorse – che mantengono i soggetti in una condizione di serialità. Anche quando la diagnosi funge da catalizzatore per forme di organizzazione politica, essa continua a operare parallelamente come meccanismo di categorizzazione e regolazione eterodiretta, con il rischio costante di ricadere in ciò che Kruks chiama "epistemologia della provenienza": un sapere definito dall'appartenenza che limita la possibilità di traduzione e comunicazione tra posizioni differenti. Ne risulta che la diagnosi, pur potendo assumere un ruolo strategico in processi di mobilitazione, non può costituire un fondamento stabile né epistemico né politico del gruppo, ma resta una mediazione ambivalente, esposta alla tensione tra momenti di soggettivazione collettiva e la sua persistente funzione di controllo esterno.

1.5 Può il labeling *confondersi con il* positioning*?*

D'altronde, come si è già osservato, l'atto diagnostico non è mai davvero un atto unilaterale. Anche quando l'esperienza diagnostica è vissuta come positiva e consensuale, essa non è il prodotto esclusivo del lavoro medico. Le persone che vi si sottopongono arrivano spesso già preparate: conoscono i propri sintomi, hanno formulato ipotesi sulle condizioni che le riguardano e, in molti casi, hanno maturato preferenze rispetto ai possibili trattamenti (Cola 2012). Prima della consultazione, è frequente che abbiano svolto ricerche online, partecipato a forum, raccolto testimonianze e consigli, producendo un sapere diffuso che orienta la domanda di cura. Non di rado si cercano più pareri medici, in una sorta di lavoro investigativo, oppure

ci si affida alle esperienze condivise nelle comunità disabili, trans o malate, che offrono indicazioni pratiche su come presentare i propri sintomi per ottenere l'assistenza necessaria.

Questo rimanda ancora una volta ai *looping effects* descritti da Ian Hacking, uno degli argomenti più frequentemente mobilitati a sostegno di certi usi politici della diagnosi. Si possono distinguere due interpretazioni dell'analisi hackinghiana: una versione "affermativa", che tende a vedere nelle diagnosi categorie costruite, e una versione più critico-analitica, probabilmente più vicina al pensiero dello stesso Hacking. La lettura affermativa è ben rappresentata dalle parole di Chapman in un'intervista:

> Beyond these more obvious and direct cases of co-construction, the philosopher Ian Hacking has detailed how such classifications are constantly subject to 'looping effects', whereby both classifiers and those classified continually negotiate the nature and boundaries of the classifications. Here Hacking follows Foucault, who argued that wherever there is power there is also resistance[16]. From this Foucauldian perspective, psychiatric constructs are in part expressions of dominant ideologies, but they are also in part expressions those who continually interact with and change them through acts of neurodivergent subversion and agency (Chapman 2020).

In questo senso, sostenere che le diagnosi siano categorie "co-costruite" appare forse eccessivamente concessivo. Una lettura più cauta dei *looping effects* suggerisce che le reazioni dei classificati possano rimodulare usi e confini delle categorie, ma solo entro una plasticità condizionata: non vi è simmetria né nell'autorità epistemica né nel potere di definizione. La posizione di Kruks può aiutarci a precisare il punto: la forza delle diagnosi non deriva da un patto cooperativo, bensì dalla loro sedimentazione pratico-materiale (il *practico-inerte*, in termini sartriani), che organizza campi di scarsità, distribuisce posizioni e vincola la prassi. La resistenza esiste, ma rimane immanente al dispositivo e difficilmente ne rovescia l'architettura. Ne consegue che concepire la diagnosi come "co-costruita" tende a occultare l'asimmetria strutturale e, soprattutto, a incardinare la presa di parola in un'epistemologia della provenienza, in cui la legittimità dipende dall'appartenenza certificata proprio dalla psichiatria. È anche per

[16] Una nota sulla formula foucaultiana "dove c'è potere c'è resistenza": questa non va letta in termini dialettici o binari, ma come effetto della sua concezione reticolare e capillare del potere. Nella microfisica del potere le resistenze non sono esterne né trascendenti al potere, ma interne al suo stesso funzionamento: emergono come controparti immanenti, multiple e diffuse, che ne attraversano le stesse maglie. In questo senso, la resistenza in Foucault è primariamente reattiva, una risposta al potere, e non un progetto politico intenzionale di riappropriazione o trasformazione – almeno non nella forma originaria. La resistenza al potere è, in prima istanza, una reazione a esso, non indica uno sforzo intenzionale e concertato verso la riappropriazione, o come indicherebbe qui Chapman, verso una co-costruzione, per quanto asimmetrica. Con le parole di Foucault: «Là dove c'è potere, c'è resistenza, e tuttavia, o piuttosto per questo, questa non è mai in posizione di esteriorità rispetto al potere» (Foucault, 1978, 95). Ciò non implica, per il filosofo francese, che l'organizzazione politica e le lotte collettive siano prive di senso; ma invita a diffidare dell'idea che sia semplice intervenire in chiave emancipatoria all'interno di istituzioni in cui il potere assume forme particolarmente capillari e reticolari, come la psichiatria e i suoi sistemi di classificazione.

questo che, in termini sartriani, la diagnosi fatica a fungere da principio di gruppo: la sua mediazione continua a ri-serializzare l'aggregato proprio mentre ne abbozza una possibile organizzazione. L'enfasi posta da Chapman sul carattere co-costruttivo rischia, in questo quadro, di esprimere un eccesso di ottimismo circa il margine effettivo di agenzia trasformativa consentito dal dispositivo diagnostico. Come osserva Frazer Carroll:

> It is easy to forget that diagnosis, in its current form, is a system of state power. We do not get final say in the terminology that is applied to our bodyminds. In a society in which we ascribe such weight to the authority of the medical industrial complex, this idea is incredibly normalised, despite the fact that most diagnosis could not take place without Mad/disabled knowledge. (Frazer Carroll 2024, 119).

A ciò si deve aggiungere che le persone non credono alle diagnosi perché queste sono co-costruite, o le pensano come tali. Vi aderiscono piuttosto perché sono persuase della loro veridicità, che esse si trovino "dentro di sé", in un senso spesso ingenuamente realista. Non è affatto detto che si rendano conto di aver contribuito alla diagnosi nello studio del clinico. Mirna Cola (2012), ad esempio, racconta come alcune persone convinte di essere Asperger consultino più specialisti finché non trovano quello che conferma la loro ipotesi, senza che per questo vi sia consapevolezza dell'influenza esercitata sul processo. Il fatto che la diagnosi si imponga come dispositivo veritativo, attraverso cui il soggetto scopre sé stesso, non può essere trascurato se vogliamo comprendere il modo in cui il diagnosticare si inscrive nella griglia complessa dei poteri e micropoteri che mobilita. Questo aspetto emerge con chiarezza anche dal recente studio di Aftab (2025) sull'effetto terapeutico della diagnosi psichiatrica, da lui definito *Rumpelstiltskin effect*. La diagnosi, infatti, fornisce un nome a un malessere diffuso, a un senso di disagio altrimenti indistinto, e il solo atto di nominarlo produce già un effetto terapeutico, paragonabile a quello di un placebo. Senza negarne il rilievo clinico, non possiamo tuttavia trascurarne la portata biopolitica: il potere della diagnosi non sta soltanto nel lenire il sintomo, ma nel conferire un riconoscimento simbolico e istituzionale al malessere soggettivo, attribuendogli "finalmente" un nome.

La crescente domanda di diagnosi nasce all'interno di questo spazio di tensione: essa è richiesta come riconoscimento, come sollievo, come condizione di legittimità. Ma proprio l'identificazione tra diagnosi e riconoscimento espone al paradosso di trasformare la domanda critica in desiderio di conferma, spostando così la diagnosi dal terreno della contestazione a quello dell'adesione. Questo rovesciamento ricorda il modo in cui Axel Honneth ha riflettuto sulle modalità attraverso cui il riconoscimento può capovolgere la propria positività sociale e diventare, piuttosto, motore di dominio. Come egli osserva:

> The act of praising certain characteristics or abilities seems to have become a political instrument whose unspoken function consists in inserting individuals or social groups into existing structures of dominance by encouraging a positive self-image. Far from making a lasting contribution to the conditions of autonomy of the members of our society, social recognition appears merely to serve the creation of attitudes that conform to the dominant system. (Honneth 2007, 322-23).

Se la diagnosi diventa l'unica via di accesso a un certo tipo di riconoscimento, essa rischia di operare come dispositivo di adattamento più che di emancipazione, inscrivendo i soggetti in logiche già date, in una forma di sottomissione volontaria e di automonitoraggio:

> Social recognition can always also operate as a conformist ideology, for the continuous repetition of identical forms of recognition can create a feeling of self-worth that provides the motivational resources for forms of voluntary subordination without employing methods of repression (Honneth 2007, 326).

La ripetizione della richiesta di diagnosi come garanzia di valore produce così un sentimento di legittimazione che, lungi dal favorire l'autonomia, tende a consolidare la subordinazione a un sistema che distribuisce risorse e diritti unicamente attraverso la mediazione psichiatrica. Il criterio decisivo diventa allora lo scarto tra promessa e realtà. Come scrive Honneth:

> A solution to our problem can only be found in the attempt to dissect and spell out the conditions under which forms of recognition are applied, such that the 'irrational kernel' of all merely 'ideological' forms of recognition will be revealed. I suspect that this irrationality … is to be found instead in the discrepancy between evaluative promises and material fulfilment (Honneth 2007, 328).

È proprio in questo scarto che si colloca il rischio di reificazione della diagnosi: promessa di riconoscimento che, in assenza di una trasformazione materiale dei servizi e delle relazioni sociali, si riduce a oggetto separato, certificato da ottenere, merce da acquistare. Ciò che dovrebbe configurarsi come evento relazionale e pratica interpretativa tende così a irrigidirsi in "cosa", perdendo il legame con le condizioni di riconoscimento che lo rendono vivo.

In un sistema pubblico segnato da vincoli materiali, l'aumento delle diagnosi non corrisponde a un ampliamento proporzionale dei servizi, poiché le risorse restano costanti. Nel contesto privato, al contrario, la diagnosi si è già pienamente inscritta nella logica della domanda e dell'offerta, assumendo i tratti di una vera e propria merce (Grinker 2018; Broderick 2022). In questo slittamento, ciò che dovrebbe costituirsi come pratica relazionale e interpretativa è sottoposto a un processo di reificazione: non più esperienza situata, ma certificazione astratta, oggetto di scambio e consumo, separato dalle condizioni sociali e discorsive che lo rendono possibile. In tale quadro, la figura dell'esperto tende a essere progressivamente ridotta alla

funzione di erogatore di titoli formali, mentre il sapere che si pretende di fondare sulla diagnosi non solo si mostra insufficiente, ma rischia di radicarsi in quella stessa epistemologia della provenienza che lo priva di forza critica. Il problema non è soltanto epistemologico: in un contesto neoliberale, in cui l'accesso a diritti e risorse passa sempre più attraverso procedure di valutazione individuale, la diagnosi diventa un requisito di legittimazione che conferma logiche di adattamento piuttosto che aprire spazi di trasformazione collettiva. In questo senso, una *standpoint theory* applicata in modo troppo astratto rischia di tradursi, nella pratica, in un appiattimento delle identità politiche sulle diagnosi, proprio nel momento in cui queste ultime si consolidano come dispositivi di legittimazione entro logiche neoliberali di adattamento e consumo. Come vedremo con Wendy Brown, è proprio questa torsione del riconoscimento in conformismo a rendere fragile la promessa emancipatoria e a esporre le identità a un processo di cattura che ne svuota la portata critica.

2. Il soggetto psicologico nel neoliberismo

Abbiamo cercato di delineare in che modo le derive più rischiose delle *Identity Politics* e il discorso psichiatrico possano incontrarsi e alimentarsi, producendo una paradossale confusione di sapere egemone e un sapere situato. In questo quadro abbiamo analizzato la proposta di *standpoint* di Nancy Hartsock, mostrando come essa sia in grado di evitare l'essenzializzazione delle posizioni da cui si prende parola, ma ne abbiamo anche sottolineato i limiti.

Un aspetto finora solo accennato riguarda il presupposto centrale della *standpoint theory*: l'idea che la prospettiva delle minoranze offra un punto di vista privilegiato per comprendere il mondo, in particolare le condizioni stesse delle minoranze. Su questo nodo interviene la riflessione della politologa femminista Wendy Brown. La sua critica, pur senza rendere pienamente conto della posizione di Nancy Hartsock, consente tuttavia di far avanzare la discussione. Secondo Brown, infatti, l'insistenza su principi stabili come il privilegio epistemico degli oppressi tende a tradursi in un fondazionalismo reazionario (Brown 1995, 15), che sottrae la politica alla sua natura contingente e conflittuale per ancorarla a presupposti indiscutibili. In questa prospettiva, ciò che appare come una tutela del femminismo finisce per rivelare la difficoltà ad accettare la politica nella sua dimensione instabile, priva di fondamenti ultimi e costantemente attraversata da rapporti di potere. L'insistenza sulla verità del sapere, sull'esigenza che esso venga assunto come un sapere in qualche modo purificato dalle distorsioni dello stato oppressivo che si intende decostruire, riflette, secondo Brown, una forma di rifiuto del terreno incerto e conflittuale del politico.

Questa critica di Brown sembra trascurare il rilievo che Hartsock assegna al concetto di prassi all'interno della sua teoria del punto di vista, ma coglie con precisione la deriva pratica a cui la *standpoint theory* può andare incontro: i punti di vista minoritari rischiano di venire presentati come in qualche modo più veritieri e moralmente integerrimi rispetto agli altri, imponendosi nella traduzione con prospettive differenti come più veri in virtù della loro provenienza da testimoni diretti dell'oppressione. D'altronde, come abbiamo cercato di delineare in questo testo, nessun punto di vista soggettivo è realmente libero dal potere, e le intenzioni emancipatorie dei movimenti che partono dal basso non garantiscono di non riprodurre, in forme nuove, le stesse meccaniche oppressive, magari rinnovate o mascherate. Ciò vale per il femminismo, come per qualsiasi altro movimento, incluso il *Neurodiversity Movement*. Questo non significa rinunciare alla rivendicazione che il sapere delle minoranze partecipi attivamente alla costruzione tanto della conoscenza quanto delle agende politiche, ma implica riconoscere la necessità di interrogarsi a fondo su tutti gli aspetti successivi a questo

accesso: quale soggettività politica si produce, per quali fini, e come essa si traduce rispetto al sapere consolidato. Il *cerebral subject* di cui parla Francisco Ortega, già discusso nel secondo capitolo, può leggersi come il risultato della tensione fra un sapere istituzionalizzato, sempre più ridotto al cervello, e i movimenti che rivendicano una differenza neurologica originaria, come quello per la neurodiversità. In un simile crocevia, forse non esiste alcun privilegio epistemico: seguendo l'avvertimento di Wendy Brown, ciò che occorre è guardarsi dalla tentazione di ancorare la politica a presupposti indiscutibili, riconoscendola invece come campo instabile di negoziazione e conflitto, sempre esposto al potere e, proprio per questo, aperto alla domanda sulla libertà.

2.1 Libertà come discorso, libertà come pratica: la diagnosi come licenza

In *Good for Nothing*, pubblicato nel 2014 su *The Occupied Times*, Mark Fisher parte dalla propria esperienza di depressione per riflettere sul legame tra sofferenza psichica e strutture sociali. La sua condizione diventa occasione per mostrare come il neoliberismo trasformi il disagio in colpa individuale, spingendo ciascuno a interiorizzare il proprio fallimento. Fisher descrive questo meccanismo con il termine *responsibilisation*:

> For some time now, one of the most successful tactics of the ruling class has been responsibilisation. Each individual member of the subordinate class is encouraged into feeling that their poverty, lack of opportunities, or unemployment, is their fault and their fault alone. Individuals will blame themselves rather than social structures, which in any case they have been induced into believing do not really exist (they are just excuses, called upon by the weak). (Fisher 2014).

Si potrebbe allora ipotizzare che, nell'ambito psichiatrico, la privatizzazione del disagio e la conseguente responsabilizzazione individuale abbiano contribuito a generare, come forma di resistenza , una contromossa di de-responsabilizzazione e di ritirata che, se sul piano individuale si esprime attraverso le nuove "epidemie" di depressione e di ansia, sul piano politico si traduce in modalità di rivendicazione politica estremamente protette, collocate all'interno di logiche identitarie e di narrazioni particolarmente centrate sulla sofferenza. L'irrigidimento del *positioning* sulla propria identità minoritaria può essere letto come una forma di trinceramento di fronte alla complessità e al disagio della dialettica tra posizioni discordanti. Abbiamo visto come questa logica sia particolarmente evidente sui social, che funzionano come lente di ingrandimento di un disagio più diffuso. Una diagnosi può allora servire sia sul piano privato sia su quello pubblico da "*disclaimer*": qualcosa che consente di alleggerire almeno in parte la responsabilizzazione che i soggetti si sono visti indebitamente caricare sulle spalle per ogni aspetto della propria sussistenza ed esistenza. È evidente come questo atteggiamento,

comprensibile e non deprecabile di per sé, si configuri sul piano politico più come una *reazione* che come una forma di resistenza intenzionale, dando luogo dunque a forme di lotta politica che hanno effetti prevalentemente reattivi piuttosto che creativi.

All'interno della razionalità neoliberale, in particolare, la libertà è stata progressivamente ridotta a dispositivo discorsivo, normativo e regolativo, assimilato al permesso di agire entro i limiti stabiliti da un ordine già costituito. In altre parole, la libertà è avere il *permesso* di fare qualcosa. Brown chiama questo tipo di concezione della libertà *licenza* (*license*): un'idea di libertà che opera solo entro ciò che il potere ha già delimitato come legittimo, prevedibile, e quindi governabile. La licenza si manifesta come una sorta di tolleranza amministrata; non è invenzione collettiva, ma si inscrive tutta nella logica concessiva del "puoi fare questa cosa". In questo senso, la ricerca della libertà non appare più come pratica di emancipazione, ma come funzione regolata e circoscritta, capace di neutralizzare il potenziale eversivo dei soggetti**.**

La politica dell'identità neurodivergente sembra spesso collocarsi all'interno di questa logica, e il suo rapporto con la diagnosi in particolare. La diagnosi può operare come forma di licenza in diversi modi: come un (1) "permesso" di contribuire al sapere; oppure un (2) "permesso" di richiedere servizi; e infine come un (3) "permesso" a comportarsi in certi modi. Si configura così come un lasciapassare che autorizza l'accesso a determinati diritti, protezioni o accomodamenti, entro i confini stabiliti dai dispositivi psichiatrici, educativi e giuridici. Lungi dall'essere un mero strumento clinico, la diagnosi opera come dispositivo selettivo e condizionato, che definisce chi può accedere a cure, servizi o forme di riconoscimento, e a quali condizioni.

In questo senso, come ha mostrato Svend Brinkmann, le culture diagnostiche contemporanee non si limitano a classificare o spiegare sintomi, ma regolano i confini stessi della partecipazione sociale, dando forma a un'economia morale e amministrativa dell'accesso. La diagnosi produce una soggettività che può finalmente parlare, essere ascoltata, essere creduta – ma solo nella misura in cui si colloca all'interno di questa logica concessiva, che chiede spazio alla psichiatria nei termini della psichiatria. Essa fornisce una giustificazione esterna per comportamenti prima definiti devianti, restituendoli alla norma attraverso l'eccezione: si può "non funzionare" o "funzionare diversamente", ma solo se si è autorizzati a farlo collocandosi all'interno di un confine diagnostico. Al tempo stesso, produce una forma di responsabilizzazione paradossale, in cui l'accesso a certi spazi (educativi, lavorativi, politici) è subordinata alla capacità di dimostrare, la propria "differenza" certificata dall'ambito psichiatrico. Come ha osservato Rose, queste forme di inclusione condizionata sono tutt'altro che emancipatorie: esse appartengono a un paradigma governamentale in cui la vita stessa diventa oggetto di regolazione attraverso la medicalizzazione e la psicologizzazione dei

comportamenti. Lungi dal rappresentare una rottura con le forme disciplinari del potere, la diagnosi è uno dei principali strumenti di "inclusione regolata", che produce soggettività riconoscibili prima ancora di un piano di gestione dei diversi bisogni.

Brown osserva che la libertà come licenza funziona perché scherma del senso etico-politico del rischio, dell'ambivalenza, dell'ansia che caratterizza l'esercizio reale della libertà. In quanto licenza, essa neutralizza la possibilità stessa del dissenso, sostituendo il gesto della disobbedienza con quello della richiesta di eccezione. L'illusione è quella di poter agire liberamente all'interno di un ordine che, in realtà, si limita a tollerare variazioni catalogate e normate. Il rischio, per le soggettività neurodivergenti, è quello di aderire a questa logica: assumere la diagnosi come condizione di possibilità della propria esistenza pubblica, come legittimazione della propria parola, e quindi anche come accesso a un sapere su sé stessi. Ma si tratta, in realtà, di una libertà amministrata, di un sapere filtrato attraverso la griglia concessiva della psichiatria, che nei propri aspetti governamentali rischia di uscirne rinforzata. Secondo Brown, molte rappresentazioni di libertà non trasformano realmente i rapporti sociali che producono la sofferenza, ma ne costituiscono un semplice rovesciamento speculare: esse non intaccano né l'organizzazione delle pratiche attraverso cui il disagio viene prodotto, né i processi di costituzione soggettiva che la dominazione imprime, vale a dire la formazione stessa delle categorie sociali come "lavoratori", "neri", "donne" o "adolescenti". Da qui nasce un paradosso:

> It would thus appear that it is freedom's relationship to identity – its promise to address a social injury or marking that is itself constitutive of identity – that yields the paradox in which the first imaginings of freedom are always constrained by and potentially even require the very structure of oppression that freedom emerges to oppose (Brown 1995, 15).

La libertà, cioè, nel momento in cui prende forma come risposta a un torto che definisce l'identità, rischia di essere già incardinata nella logica che intende combattere, poiché l'identità stessa è stata costituita attraverso quella ferita.

Il cammino emancipatorio «neither overcomes nor eludes power; rather, it requires that we take the full measure of power's range and appearances. (Brown 1995, 17)». La libertà, cioè, non si situa fuori dal potere, ma lo attraversa, lo interroga, lo ridistribuisce. Essa non si riceve come dono, ma si esercita come pratica. È per questo che ogni forma di libertà che prescinde da una genealogia del potere rischia di tradursi in un reinsediamento delle sue stesse forme, o in un loro rovesciamento, come quello che noi individuiamo nella dialettica responsabilizzazione neoliberale e deresponsabilizzazione psichiatrizzata. Ed è per questo che

pensare al sapere minoritario come ad un sapere puro, non attraversato dalle dinamiche del potere rischia di trascurare il fatto che ogni sapere è intriso del potere. La diagnosi psichiatrica, quando utilizzata come identità politica, sembra purtroppo essere precisamente il punto di torsione all'interno del quale le contraddizioni del processo emancipatorio vengono incluse nel processo. Non si tratta di negarne l'utilità o la necessità nei contesti che gli sono propri, ma di decostruirne, nel contesto della rivendicazione politica, il carattere autorizzativo, restituendo alla libertà – quindi alla lotta politica dei soggetti psichiatrizzati – il suo statuto creativo, complesso e irriducibile al permesso.

3. Guardando al futuro: strategie, rischi di lungo periodo e poste in gioco

> What we cannot imagine cannot
> come into being.
> BELL HOOKS, Outlaw Culture

Ogni movimento emancipatorio si misura, in modi differenti, con un'immagine del futuro. La proiezione in avanti non è un aspetto accessorio, ma parte integrante della sua stessa forza: l'azione collettiva si alimenta della possibilità di delineare orizzonti ancora inediti, di trasformare i bisogni presenti in promesse e progetti a venire. È dunque inevitabile che anche la nostra analisi, dopo aver interrogato genealogie e ambivalenze, si volga al futuro.

Il compito dei movimenti emancipatori consiste nel prendere in mano il timone di queste risemantizzazioni, orientandole attraverso il proprio sapere situato e il proprio posizionamento, in un confronto dialettico con l'*expertise* dominante. Mantenere saldo quel timone non è tuttavia impresa semplice: la direzione si chiarisce soltanto nella misura in cui ci si interroga, con rigore, sul luogo verso cui ci si intende muovere, ed è ovviamente difficile che su questo aspetto ci sia immediatamente convergenza. È a questa domanda di orientamento che cercheremo ora di volgere l'attenzione.

Occorre riconoscere che la diagnosi è insita nella pratica medica tanto nella grammatica delle rivendicazioni attuali dei movimenti, e che, in quanto tale, si configura come uno strumento intrinsecamente ambiguo. Metterne costantemente in questione le fondamenta è dialetticamente importante – o, quanto meno, è importante che vi sia sempre qualcuno che lo faccia, che mantenga viva l'immaginazione di una psichiatria diversa, radicalmente diversa. Nondimeno, non si può non prendere atto che la maggioranza dei movimenti sembra orientata a non spingersi fino a una messa in discussione totale, scegliendo piuttosto di mantenerla, forse anche per ragioni di strategia. È a partire da questa consapevolezza che occorre evitare che essa diventi il punto d'ingresso privilegiato dei *master's tools*, di quegli strumenti che, come scrive Brown: «inadvertently redraw the very configurations and effects of power that they seek to vanquish» (Brown 1995, 2). In conclusione, il percorso di questo lavoro si orienta verso una riflessione ulteriore: se, e a quali condizioni, sia possibile concepire un uso strategico della diagnosi in chiave politica. Una prima ipotesi che intendo interrogare è quella dell'"essenzialismo strategico", nozione elaborata dalla teorica postcoloniale Gayatri Chakravorty Spivak per indicare la possibilità che gruppi subalterni assumano provvisoriamente un'identità essenzializzata, pur consapevoli della sua parzialità e costruzione, al fine di rafforzare la propria azione politica e negoziare spazi di riconoscimento. La questione che si pone, allora, è se un termine diagnostico possa essere riappropriato in questo senso: non come

definizione sostanziale dell'identità, ma come strumento tattico di aggregazione e di mobilitazione. Ciò implica tuttavia interrogarsi sulle condizioni di possibilità di tale riappropriazione, sui rischi che comporta – dalla fissazione identitaria alla riproduzione delle stesse logiche di potere che si vorrebbero scardinare – e sulle attenzioni necessarie per mantenere aperta una dinamica critica.

Infine, ci si domanderà se il *framework* offerto dal femminismo intersezionale possa offrire un orientamento in questa direzione. L'intersezionalità, così come teorizzata da Kimberlé Crenshaw e sviluppata successivamente in numerosi campi del pensiero critico, mostra come le identità siano sempre attraversate da una molteplicità di assi di oppressione e di resistenza, e come l'analisi politica non possa ridursi a una singola categoria, ma debba tener conto delle loro intersezioni. Applicare questa prospettiva al terreno della diagnosi significa chiedersi se essa possa essere impiegata non come etichetta totalizzante, bensì come uno degli elementi che, intrecciandosi con altri, contribuisce a definire posizionamenti e rivendicazioni. Il compito che resta aperto, dunque, è quello di esplorare se e come la diagnosi possa trasformarsi, da strumento ambiguo e potenzialmente catturante, in risorsa politica situata: un linguaggio temporaneamente condiviso, utile a costruire alleanze e a immaginare orizzonti di emancipazione senza smarrire la vigilanza critica che sola ne può preservare la forza trasformativa.

3.1 L'essenzialismo strategico nelle rivendicazioni psichiatriche

L'essenzialismo strategico è un concetto introdotto dalla filosofa e teorica postcoloniale Gayatri Chakravorty Spivak negli anni '80, nel contesto degli studi postcoloniali e femministi. Indica l'uso temporaneo e pragmatico di un'identità essenzializzata (per esempio "donne", "popoli colonizzati", "minoranze") come strumento politico, al fine di rivendicare diritti o opporsi a forme di oppressione. In altre parole, si accetta provvisoriamente di parlare come se un gruppo avesse un'essenza comune, pur sapendo che in realtà le identità sono plurali, frammentate e costruite socialmente. Queste tensioni teoriche trovano una traduzione concreta nell'analisi proposta da Jijian Voronka, che ha mostrato i rischi e le complessità dell'uso della categoria "people with lived experience" nei contesti di ricerca e *policy* sulla salute mentale. Se impiegata come forma di *strategic essentialism,* scrive, questa categoria rischia di uniformare e semplificare esperienze radicalmente eterogenee, contribuendo alla reificazione dell'identità psichiatrica.

> Using 'people with lived experience' as a form of strategic essentialism to unify our divergent ways of making meaning of our experiences to enact political gains, holds risks.

> These risks include [...] conflating our conceptual and ideological standpoints as universally shared, and reifying mental illness (Voronka 2016, 191).

Nella sua riflessione sulle politiche dell'esperienza vissuta, Jijian Voronka propone una lettura problematizzante dell'uso dell'identità di "people with lived experience" come strumento di legittimazione nei campi della ricerca e delle pratiche psichiatriche. L'inclusione di soggetti con un vissuto diretto di sofferenza psichica o di contatto con i servizi sanitari ha rappresentato, negli ultimi decenni, una conquista rilevante: la possibilità di accedere a posizioni di riconoscimento, di incidere sui processi di ricerca, di spostare l'asse epistemico dal "parlare su" al "parlare da". Tuttavia, osserva Voronka, questa apertura non è priva di ambiguità, poiché l'esperienza soggettiva, quando viene mobilitata come categoria identitaria unitaria, rischia di trasformarsi in un nuovo dispositivo normativo.

La categoria "*lived experience*" viene infatti spesso impiegata come forma di essenzialismo strategico, vale a dire come astrazione politica capace di unificare posizioni e vissuti eterogenei sotto un'unica etichetta al fine di ottenere riconoscimento e accesso ai tavoli decisionali. Seguendo le osservazioni di Gayatri Chakravorty Spivak, Voronka riconosce che tale riduzione identitaria può avere un valore pragmatico, soprattutto laddove costituisce l'unica via di accesso a spazi di potere tradizionalmente impermeabili. Tuttavia, proprio nella misura in cui produce visibilità e legittimazione, essa comporta una serie di rischi che meritano di essere esplicitati.

In primo luogo, l'adozione di una identità collettiva fondata sul vissuto psichiatrico sopprime le differenze interne: differenze epistemologiche, ontologiche e politiche che attraversano i soggetti psichiatrizzati. Sotto il segno del "noi, persone con esperienza vissuta" vengono infatti occultate tensioni decisive, come quelle tra modelli medici e prospettive critiche, tra identificazioni biografiche divergenti (*mad*, ex-paziente, sopravvissuto, consumatore, ecc.), o ancora tra differenti condizioni materiali determinate da appartenenze di classe, genere, razza e cittadinanza. L'unità identitaria, se da un lato apre all'azione collettiva, dall'altro rischia di neutralizzare la pluralità dei posizionamenti e di marginalizzare ulteriormente i soggetti le cui esperienze non si conformano ai criteri dominanti di rappresentabilità.

In secondo luogo, l'essenzialismo strategico tende a naturalizzare la differenza psichiatrica, rinforzando implicitamente la categoria di "malato mentale" come dato ontologico piuttosto che come costruzione storica e discorsiva. Nel momento in cui il corpo o la voce della persona con vissuto diventano prova ed evidenza di un sapere "altro", il rischio è quello di consolidare le stesse cornici biomediche che i movimenti critici cercano di scardinare. L'inclusione dell'"esperto per esperienza" ai tavoli di ricerca e *policy* può così legittimare, più che

destabilizzare, l'ordine epistemico dominante, offrendo una patina di partecipazione senza intaccarne i presupposti fondamentali.

In terzo luogo, Voronka invita a interrogare i rapporti di potere impliciti nell'uso dell'esperienza come capitale politico. Non tutte le esperienze hanno lo stesso accesso al riconoscimento: spesso sono i corpi in grado di performare rispettabilità, civiltà bianca, autogestione e comprensibilità linguistica ad essere selezionati come legittimi portavoce del vissuto psichiatrico. Di conseguenza, la categoria di *lived experience* tende a riprodurre diseguaglianze sistemiche, escludendo o marginalizzando coloro che non corrispondono ai requisiti taciti di normalizzazione richiesti dalle istituzioni.

Più in generale, Voronka mette in guardia dal rischio che la politica dell'esperienza vissuta si traduca in una forma di cooptazione neoliberale. L'esperienza soggettiva, trasformata in risorsa spendibile, diventa un capitale da impiegare per ottenere fondi di ricerca, legittimare pratiche istituzionali, o promuovere modelli di inclusione che mantengono intatta la cornice produttivista dei sistemi di salute mentale (ad esempio nell'enfasi sul "ritorno al lavoro" come segno di *recovery*). In questo senso, l'esperienza vissuta può essere simultaneamente un vettore di resistenza e un meccanismo di rafforzamento dell'ordine esistente. Occorre quindi muoversi con estrema cautela: l'essenzialismo strategico può risultare utile come tattica contingente, ma non può essere assunto come fondamento stabile di identità e di politica. In altre parole, la sua natura strategica e quindi temporanea dovrebbe essere chiara a chi lo mette in atto e dovrebbe essere chiaro il passo successivo: cosa fare delle categorie che si è essenzializzato? In che modo le si vuole superare? Di nuovo, avere chiare le poste in gioco sembra una condizione necessaria perché il riconoscimento del vissuto non si trasformi in una nuova forma di normalizzazione e forme di cattura della differenza.

Se nel caso dell'esperienza vissuta si può ancora immaginare una via d'uscita dall'essenzialismo strategico – ossia la possibilità di riconoscerne l'uso contingente e di tornare successivamente a disarticolare le differenze interne, a smascherarne la natura discorsiva e situata – nel caso della diagnosi psichiatrica la situazione appare più complessa e, in un certo senso, più inesorabile. La diagnosi, per sua stessa struttura, non funziona come categoria identitaria *temporanea*: essa è un dispositivo istituzionale, giuridico, clinico e sociale che produce effetti materiali durevoli e che tende a naturalizzarsi come descrizione fedele di un'essenza. Mentre si potrebbe sostenere che la categoria di *lived experience* sia più facilmente decostruibile, perché apertamente riconosciuta come eterogenea e polisemica, la diagnosi, al contrario, una volta mobilitata come risorsa politica, consolida la percezione di essere una realtà ontologica data, un "nome" che corrisponde a una "cosa". Reificare la diagnosi significa, in ultima analisi, persuadere le persone – incluse quelle che vi si riconoscono – che essa costituisca il riflesso

immediato e realistico di una condizione naturale. In questo senso, la tattica rischia di cristallizzarsi in una strategia permanente, sottraendosi a ogni possibilità di ritorno critico: una volta avviato, il processo di essenzializzazione tende infatti a riprodursi e a radicarsi nel senso comune. Ne deriva quello che ci appare un arretramento filosofico importante: dopo la svolta che, da Sartre ai pensatori esistenzialisti e post-strutturalisti, ha mostrato come l'essenza non preceda l'esistenza ma ne risulti piuttosto l'effetto discorsivo, storico e situato, accettare la diagnosi come fondamento identitario equivale a compiere un passo indietro. La diagnosi, infatti, funziona precisamente secondo il modello che questa tradizione ha cercato di superare: presuppone un'essenza pre-discorsiva che determina l'esistenza del soggetto, inscrivendolo in un ordine classificatorio che appare naturale e immutabile.

Per questo motivo, se l'essenzialismo strategico applicato al vissuto può essere, almeno in teoria, una tattica reversibile, quello applicato alla diagnosi appare molto più difficilmente superabile. Una volta che il soggetto o il collettivo hanno interiorizzato la diagnosi come elemento costitutivo della propria identità e ne hanno fatto la base della propria rivendicazione politica, diventa arduo riaprire lo spazio critico per interrogare le condizioni stesse di possibilità di quella diagnosi, o per mettere in questione la sua presunta corrispondenza con un reale prediscorsivo. L'alleanza strategica con la diagnosi rischia di diventare una subordinazione strutturale ai suoi regimi di verità, e in un regime economico neoliberale, la diagnosi, così legata a un riconoscimento identitario sempre più desiderato e allargato, rischia di diventare una merce tra le merci. La diagnosi, in questo quadro, rischia di essere venduta come una porzione di libertà, come un dispositivo di legittimazione necessario per ottenere riconoscimento sociale, accesso a diritti e forme di cittadinanza. È proprio questa promessa emancipatoria a renderla particolarmente insidiosa: ciò che si presenta come condizione per affermare la propria identità e rivendicare giustizia si configura, in realtà, come un bene simbolico confezionato per il consumo politico e culturale, perfettamente integrato nelle logiche che i movimenti avrebbero voluto contrastare.

3.2 La strada della riappropriazione

Se, come abbiamo visto, l'essenzialismo strategico applicato alla diagnosi sembra difficilmente praticabile, poiché tende a reificarne le categorie e a consolidarne i regimi di verità, resta tuttavia aperta la questione se esistano altre modalità di impiego politico della diagnosi. In particolare, ci si può domandare se essa possa essere riappropriata in forme che non coincidano con la semplice interiorizzazione di un'etichetta clinica, ma che operino piuttosto come pratiche di sovversione o di trasformazione simbolica, analoghe a quelle sperimentate in altri contesti – si pensi al termine *crip* nei disability studies o alle rivendicazioni del movimento *mad pride*.

Secondo Bianca Cepollaro e Dan López de Sa (2023), la riappropriazione può riuscire in due modi distinti. In primo luogo, come *felicity*: una riappropriazione è riuscita in termini di felicità quando un certo uso di un termine (ad esempio uno *slur*) viene riconosciuto e accettato come parte di una pratica di riappropriazione. In questo senso, ciò che conta è che l'atto linguistico venga interpretato come un tentativo legittimo di risignificazione, sia in base alla posizione del parlante (*ingroup*, alleato, ecc.), sia in base all'"*uptake*" dell'audience, cioè al fatto che l'ascoltatore riconosce e accolga l'intenzione reclamatoria. In secondo luogo, come *accomplishment*: una riappropriazione è riuscita in termini di compimento quando raggiunge gli obiettivi tipicamente associati a questa pratica – esprimere orgoglio, rafforzare la solidarietà, manifestare appartenenza, oppure sovvertire strutture di discriminazione. Qui l'attenzione non è sul fatto che l'uso venga riconosciuto come riappropriato, ma sul risultato effettivo che produce, che può riuscire in parte o fallire a seconda del contesto e dei diversi segmenti del gruppo di riferimento. In altre parole, la riappropriazione può avere successo sia sul piano formale e pragmatico (*felicity*), sia sul piano sostanziale ed emancipatorio (*accomplishment*), e i due livelli sono indipendenti: un atto può essere felice ma non compiuto, compiuto ma non felice, entrambi o nessuno dei due (Cepollaro e López de Sa 2023, 205–12).

Se dunque, da un lato, la riappropriazione della diagnosi può incontrare condizioni di *felicity* – nel senso che il termine "autistico", quando usato come autodesignazione o come segno di appartenenza, può essere riconosciuto e accolto come tale all'interno di comunità e movimenti – dall'altro il nodo dolente riguarda l'*accomplishment*. Diversamente da quanto accade con termini offensivi o stigmatizzanti che, una volta riappropriati, possono perdere gran parte della loro carica dispregiativa, le diagnosi psichiatriche conservano un radicamento istituzionale e disciplinare che non viene scalfito dalla risignificazione. Anche quando la parola "autistico" diventa emblema di orgoglio o strumento di costruzione comunitaria, essa resta allo stesso tempo una categoria clinica che regola l'accesso a servizi, diritti, risorse, e che continua a operare come dispositivo di classificazione normalizzante. Ciò significa che la riappropriazione della diagnosi può certo generare momenti di felicità linguistica, persino rafforzare pratiche di solidarietà e orgoglio, ma difficilmente può dirsi compiuta: l'istituzione psichiatrica conserva il potere di determinare i contorni del termine e di fissarne gli usi, limitando così la possibilità che esso diventi davvero uno strumento di emancipazione.

Con la riappropriazione dei termini diagnostici, però, si riapre un nodo già discusso: il rischio di cadere in una nuova forma di essenzialismo. Come osservano Marta Jorba, Valentina Petrolini e Bianca Cepollaro (2024), il dibattito tra *person-first* e i*dentity-first language* non riguarda solo scelte terminologiche, ma implica concezioni metafisiche diverse del rapporto tra autismo e identità personale. Mentre la formulazione *person-first* tende a separare la persona dalla

condizione, l'approccio *identity-first* insiste sul fatto che l'autismo costituisca una parte essenziale di chi si è. Ora, se la riappropriazione del termine "autistico" è più chiaramente allineata con l'approccio i*dentity-first*, essa comporta il rischio di riattivare proprio quel meccanismo di essenzializzazione che riduce la complessità dell'identità individuale a un unico tratto. In altre parole, il gesto emancipatorio della riappropriazione rischia di riprodurre la stessa logica che vorrebbe superare: l'idea che la diagnosi, lungi dall'essere una costruzione discorsiva e situata, colga un'essenza profonda e immutabile della persona.

3.3 Neurodivergenza e condizioni dell'esistenza

Il riferimento a Fisher ci permette di far emergere una questione che attraversa, in filigrana, le diverse complessità dei movimenti psichiatrici e del *Neurodiversity Movement* in particolare. È evidente che qualsiasi movimento psichiatrico nasca da esigenze concrete – materiali, di servizi, di riconoscimento – ma che alla sua radice si trovi anche un'interrogazione più ampia e profonda sulle condizioni stesse dell'esistenza contemporanea. Fisher, che racconta di aver sofferto di depressione per tutta la vita, ha insistito a più riprese su come le difficoltà esistenziali siano inscindibilmente intrecciate a quelle materiali. La depressione, in un certo senso, è anche una domanda sul senso del vivere, del lavoro e delle relazioni. Chiunque sia stato psichiatrizzato sa che alla base del proprio soffrire si colloca un'interrogazione radicale su certi aspetti dell'esperienza del vivere.

In questo senso, è importante chiarire che, diversamente dal tono spesso critico che accompagna la critica alla deresponsabilizzazione delle persone psichiatrizzate, qui non si intende porre questo tipo di lettura moralizzante. Al contrario, mettere tale esperienza in relazione con la responsabilizzazione neoliberale individuata da Fisher significa, in un certo modo, comprenderla proprio nella sua natura di reazione al potere: una reazione che può essere disarticolata o perfino catturata e fissata, ma che non può mai essere imputata come colpa alla resistenza in sé. Resistere allo stato di disagio psicologico sperimentato, nell'attesa di una psichiatria più accogliente, più illuminata, è un gesto legittimo e necessario; ciò che abbiamo cercato di mostrare in queste pagine è piuttosto quanto esso sia un cammino difficile e insidioso. È quindi fondamentale ascoltare il disagio di cui parlano le persone neurodivergenti, il disagio della neuronormatività. Se c'è un aspetto che il movimento della neurodivergenza ha contribuito in modo significativo a portare all'attenzione, esso consiste nell'aver stimolato una riflessione critica sui nostri modi di vivere e di relazionarci. La richiesta di attenzione alle difficoltà sensoriali, alle differenze nei modi e nei tempi della relazione, l'indicazione di soluzioni concrete per la gestione del disagio quotidiano – come l'uso di cuffie, coperte ponderate, le pratiche di "*nesting*" – rappresentano contributi fondamentali, perché aprono una

discussione sul come vivere meglio, e non semplicemente sul come sopravvivere nelle condizioni che ci troviamo a condividere. L'espansione diagnostica e categoriale, nonché l'allargamento del discorso sulle neurodivergenze, inoltre, ci ha consentito di pensare che i problemi segnalati da queste persone e le loro soluzioni possano potenzialmente riguardare chiunque, innescando un circuito virtuoso di cura di sé, degli altri e degli spazi comuni che oggi appare quanto mai necessario. Usando la concettualizzazione di Jasbir Puar, in altre parole, troviamo che il movimento della neurodiversità ci dica cose particolarmente rilevanti su quanto lo *status quo* ci debiliti (*debility*). In *The Right to Maim* (2017), Jasbir K. Puar propone il concetto di *debility* per designare una condizione sistemica di indebolimento, distinta sia dalla disabilità formalmente riconosciuta sia dalla piena salute. La *debility* descrive uno stato intermedio e diffuso, prodotto da dispositivi che rallentano, sottraggono e logorano, modulando l'accesso a risorse, mobilità e riconoscibilità sociale. Più che decidere chi deve vivere o morire, le istituzioni contemporanee sembrano esercitare un "diritto a menomare", mantenendo i corpi in una condizione di autonomia parziale e condizionata. Scrive Puar:

> I mobilize the term *debility* as a needed disruption (but also expose it as a collaborator) of the category of disability and as a triangulation of the ability/disability binary, noting that while some bodies may not be recognized as or identify as disabled, they may well be debilitated, in part by being foreclosed access to legibility and resources as disabled. Relatedly, some bodies may well be disabled but also capacitated (Puar 2017, xviii).

Alla luce di questa prospettiva, il *Neurodiversity Movement* mostra con particolare forza come le vite risultino spesso vivibili soltanto entro parametri normativi che definiscono ciò che significa funzionare socialmente, e come tali parametri producano sistematicamente condizioni di debilitazione. Pensare la neurodivergenza lungo l'asse della *debility* consente allora di coglierne la portata eccedente l'identificazione diagnostica: non come tratto di una minoranza distinta, ma come indice delle modalità attraverso cui il sociale stabilisce e disciplina i confini dei modi di vivere. Sganciandosi dal fondamento identitario e diagnostico, si apre lo spazio per una politicità che non si esaurisce nel riconoscimento, ma che interroga le condizioni stesse dell'esistenza: i modi in cui corpi e vite vengono sistematicamente debilitati, e la possibilità di ripensare collettivamente la vivibilità degli ambienti e degli spazi sociali. In questa direzione, la cultura autistica si è già rivelata, sotto molti aspetti – ad esempio nell'attenzione per il rispetto degli spazi condivisi e di quelli individuali – una risorsa particolarmente illuminante.

Per concludere

In questo lavoro ci siamo chiesti come il sapere che prende forma all'interno del *Neurodiversity Movement* – attraverso pratiche di autodefinizione, di narrazione e di partecipazione epistemica – metta in questione la distribuzione del potere conoscitivo in psichiatria. Ciò che è emerso, nel corso del percorso, è che la diagnosi non è che uno dei luoghi in cui questo potere si esercita, ed è forse quello in cui la sua ambivalenza si manifesta con maggiore evidenza: perché è insieme strumento di veridizione e di accesso, gesto di nominazione e di traduzione, soglia in cui la parola del soggetto incontra, e spesso si piega a quella dell'istituzione.

Nel primo capitolo abbiamo ricostruito la forma di questa asimmetria epistemica, mostrando come la psichiatria si costituisca come sapere autoritativo attraverso una divisione strutturale tra chi parla e chi è parlato. Tale separazione non coincide soltanto con un ordine istituzionale, ma con una vera e propria grammatica del conoscere, che determina quali esperienze possano essere accolte come epistemicamente significative e quali restino invece escluse, silenziate o tradotte in un linguaggio altro. Da qui l'attenzione si è spostata sull'ingiustizia epistemica, non intesa come distorsione rimediabile del discorso psichiatrico, ma come forma stessa della sua organizzazione: un'ingiustizia che agisce nei meccanismi di interpretazione e di validazione del sapere, e che si riproduce ogni volta che l'esperienza del soggetto viene riconosciuta solo a condizione di diventare linguaggio clinico.

La questione dell'esperto ha rappresentato uno dei punti in cui tale logica si mostra con maggiore chiarezza. L'autorità dell'*expertise* si fonda infatti non solo sulla competenza tecnica, ma sulla capacità di presentare come neutri i propri presupposti, di mantenere opaca la parzialità dei criteri che sorreggono il giudizio clinico. Ciò che chiamiamo "sapere tecnico" si regge su una tacita negoziazione di valori e di visioni del mondo, che la pratica quotidiana tende a naturalizzare. In questo senso, il problema dell'*expertise* non coincide con la sua esistenza, ma con la forma della sua legittimazione: ciò che occorre rendere visibile non è la sua autorità in sé, ma le condizioni di reciprocità che la rendono condivisibile.

È in questa prospettiva che si è resa necessaria la nozione di competenza situata: un sapere che nasce dall'esperienza diretta del dispositivo e che, proprio perché interno alle sue maglie, ne può rivelare le pieghe, i presupposti, le zone d'ombra. Tale competenza non si oppone alla conoscenza tecnica, ma la affianca e la attraversa, chiedendo che i criteri della verità psichiatrica siano messi in parola, che la loro genealogia sia interrogata e che la loro applicazione diventi oggetto di discussione pubblica. Tuttavia, come mostrano i movimenti di utenti e sopravvissuti, questa possibilità resta costantemente esposta al rischio di essere assorbita nelle forme della

rappresentanza simbolica: la voce riconosciuta diventa voce decorativa, ascoltata nella misura in cui non mette realmente in questione il quadro epistemico. La costruzione di una conoscenza condivisa richiede allora non tanto l'ampliamento numerico dei partecipanti, quanto una trasformazione del campo stesso in cui si decide che cosa possa contare come sapere.

Nel secondo capitolo abbiamo seguito le metamorfosi di questo campo, interrogando le forme contemporanee di potere psichiatrico. L'analisi di Robert Castel e Nikolas Rose ha permesso di comprendere come la psichiatria, nel passaggio dal manicomio all'amministrazione del rischio, non abbia perduto il proprio ruolo normativo, ma lo abbia disseminato nelle pratiche sociali e istituzionali di governo della vita. La cura, in questa prospettiva, non si presenta più come gesto di separazione, bensì come meccanismo di inclusione differenziale, che distribuisce le possibilità di esistenza secondo gradi di autonomia e di conformità. In tale contesto la diagnosi assume la funzione di codice amministrativo e di linguaggio quotidiano, al tempo stesso dispositivo di governo e risorsa di autocomprensione.

Le culture diagnostiche di cui parla Brinkmann mostrano come la psichiatria abbia progressivamente incorporato la propria critica, facendosi strumento attraverso cui le persone interpretano la propria esperienza, ne narrano la storia e la rendono intelligibile a sé e agli altri. La psichiatria penetra così nella soggettività non soltanto attraverso le istituzioni, ma attraverso i linguaggi con cui la vita psichica viene raccontata. In questa penetrazione risiede la condizione di possibilità, ma anche la fragilità, dei movimenti di riappropriazione che si formano a partire da essa. Il *Neurodiversity Movement* nasce precisamente in questo spazio intermedio: dentro il linguaggio che contesta e in parte attraverso di esso.

Il movimento non abbandona il codice diagnostico, ma lo piega a un uso inedito, riscrivendolo dall'interno. L'operazione che compie – lo slittamento dal deficit alla differenza – non dissolve la relazione di dipendenza dal sapere psichiatrico, ma la riconfigura, convertendola in campo di contesa semantica. L'atto di autodefinizione è dunque, al tempo stesso, un gesto di autonomia e una forma di traduzione: un modo per rendere dicibile la propria esperienza all'interno di un linguaggio che resta regolato da altri. È in questa doppiezza che si produce un sapere nuovo, composito, attraversato dal rischio di essere riassorbito nel discorso istituzionale e tuttavia capace di aprire interstizi di interpretazione inediti, di produrre concetti e pratiche che non appartengono più interamente né alla psichiatria né al suo "fuori".

Nella prospettiva che abbiamo cercato di delineare, la diagnosi non può essere intesa soltanto come uno strumento epistemico, ossia come un dispositivo che pretende di dire qualcosa di vero sulla persona classificata. Questa riduzione la confina al ruolo di enunciato descrittivo, di giudizio clinico che corrisponderebbe o meno a un fatto della realtà. Al contrario, la diagnosi si configura come un evento semiotico complesso, che produce effetti ben oltre il

livello cognitivo o informativo. Riceverla non significa soltanto acquisire un sapere su di sé, ma attraversare un atto che trasforma radicalmente la propria posizione soggettiva e sociale: riorienta la memoria biografica, riconfigura la temporalità (attribuendo un nuovo senso al passato e aprendo o chiudendo possibilità di futuro), ridisegna i confini dello spazio relazionale in cui ci si muove.

In questo senso, la diagnosi opera come nodo in cui si intrecciano discorsi medici, pratiche istituzionali, aspettative sociali, forme di riconoscimento e strategie individuali di autorappresentazione. È un atto che parla della persona, certo, ma che contemporaneamente la situa, la performa e la trasforma. Proprio per questo, come concetto, la diagnosi è costantemente in movimento: i suoi usi e i suoi significati mutano a seconda dei contesti in cui compare. Oggi, per esempio, l'autismo può essere letto contemporaneamente nei termini deficitari della clinica tradizionale e nei termini progressisti di una rivendicazione politica; ed è proprio in questa oscillazione, tra patologizzazione e risemantizzazione emancipatoria, che si manifesta la sua natura di evento semiotico stratificato. In questo testo abbiamo cercato di mostrare come l'uso e le oscillazioni teoriche che il movimento della neurodiversità fa della diagnosi mostra come questa non possa essere usata in termini compiutamente emancipatori. La diagnosi, quando viene impiegata come strumento politico, si rivela intrinsecamente rischiosa. Lungi dall'essere una risorsa neutra, essa tende a consolidare il proprio statuto istituzionale, a reificare le categorie e a produrre nuove forme di essenzializzazione. E ciò avviene senza che, in parallelo, il mondo medico smetta di farla funzionare secondo il ruolo che ha sempre avuto: dispositivo classificatorio, criterio di normalizzazione, strumento di regolazione dell'accesso a cure, diritti e risorse. Così, mentre i movimenti cercano di trasformarla in segno di appartenenza o in veicolo di rivendicazione, la diagnosi continua a operare come ingranaggio centrale dell'apparato psichiatrico, finendo per rafforzarne l'autorità più che per incrinarla o trasformarla.

Avrebbe forse più senso pensare la diagnosi come un evento complesso, dal realismo variabile e controverso, che eccede la dicotomia tra evidenza scientifica e costruzione discorsiva. Riceverla non significa soltanto acquisire un'etichetta clinica, ma vivere un'esperienza che modifica profondamente il rapporto con sé stessi, riorganizza retrospettivamente la memoria, apre o chiude possibilità di futuro e ridisegna lo spazio sociale in cui ci si muove. In questo senso, la diagnosi va trattata come qualcosa che non si lascia mai del tutto padroneggiare: non è mai davvero nelle mani di chi la usa, né degli attivisti che cercano di piegarla a fini politici, né degli esperti che pretendono di garantirne l'oggettività, né delle istituzioni, come l'*American Psychiatric Association,* che la codificano nei manuali. La diagnosi, piuttosto, sovradetermina i suoi stessi usi: li eccede, li devia, li riconfigura continuamente,

inscrivendoli in un rizoma di rapporti di potere che nessun attore – non gli attivisti, ma neanche gli esperti – può governare del tutto. Proprio per questa sua natura ambivalente e sfuggente, la diagnosi non è né riappropriabile né utilizzabile in senso strategico: fa parte delle nostre vite, plasma identità, percorsi, accessi a diritti e risorse, ma proprio per questo deve restare oggetto di critica, scrutinio e sospetto. Solo mantenendo vivo questo sguardo vigile è possibile guardare alla diagnosi senza scambiarla per un fondamento, riconoscendola per ciò che è: una tecnologia semiotica complessa, carica di potere, che opera sempre in eccesso rispetto alle intenzioni di chi la impiega, rendendo illusoria ogni speranza di appropriazione. Ed è forse proprio così che si rivela come uno degli strumenti del padrone – quelli da cui, come ammoniva Audre Lorde, occorre guardarsi.

Bibliografia

Adamou, Marios, Maria Johnson, and Bronwen Alty. 2018. "Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) Scores in Males and Females Diagnosed with Autism: A Naturalistic Study." *Advances in Autism* 4: 49–55. DOI: 10.1108/AIA-01-2018-0003.

Adler-Bolton, Beatrice, and Artie Vierkant. 2022. *Health Communism: A Surplus Manifesto*. London: Verso.

Aftab, Awais. 2021. "The Neurodiversity Paradigm in Psychiatry: Robert Chapman, PhD." *Psychiatric Times*, September 24.

Aftab, Awais. 2022. "Can the Psychopathologized Speak? Notes on Social Objectivity and Psychiatric Science." *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 29 (4): 267–270. doi:10.1353/ppp.2022.0045.

Alcoff, Linda Martín. 1991. "The Problem of Speaking for Others." *Cultural Critique* 20: 5–32.

Alper, Meryl, Jessica Sage Rauchberg, Ellen Simpson, Joshua Guberman, and Sarah Feinberg. 2025. "TikTok as Algorithmically Mediated Biographical Illumination: Autism, Self-Discovery, and Platformed Diagnosis on #autisktok." *New Media & Society* 27 (3): 1378–1396. doi:10.1177/14614448231193091.

Allely, Clare. 2018. "Understanding and Recognising the Female Phenotype of Autism Spectrum Disorder and the 'Camouflage' Hypothesis: A Systematic PRISMA Review." *Advances in Autism* 5. DOI: 10.1108/AIA-09-2018-0036.

Allport, Floyd Henry. 1924. *Social Psychology*. Boston: Houghton Mifflin Company.

American Psychiatric Association. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. 2023. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed., text rev. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

American Psychological Association. 2018. "Clinical Diagnosis." In *APA Dictionary of Psychology*. 2nd ed.

American Psychological Association. 2025. "Datapoint: Funding for Psychological Research." *Monitor on Psychology*, April/May.

Anderson, C. M., and K. R. McClelland. 2018. "The Neurodiversity Movement and the History of the Diagnosis of Autism." *Journal of Autism and Developmental Disorders* 48 (2): 235–246.

Anthony, William A. 2007. *Toward a Vision of Recovery*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Asasumasu, Kassiane. 2015. "PSA from the Actual Coiner of 'Neurodivergent.'" Tumblr, June 11. Cited in Yewande Pearse, "Yewande Pearse on the Practice of Equitable Science…," *Deem Journal*.

Asperger, Hans. 1944. "Die 'Autistischen Psychopathen' im Kindesalter." *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 117: 76–136.

Attwood, Tony. 2007. *The Complete Guide to Asperger's Syndrome*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Attwood, Tony. 2023. "27 Insightful Tony Attwood Asperger's Quotes." *Autism Inked*. Last updated March 7, 2023.

Autistic Self Advocacy Network (ASAN). 2020. "What Is the Autistic Self Advocacy Network?".

Bacigalupe, Amaia, and Unai Martín. 2021. "Gender Inequalities in Depression/Anxiety and the Consumption of Psychotropic Drugs: Are We Medicalising Women's Mental Health?" *Scandinavian Journal of Public Health* 49 (3): 317–324. DOI: 10.1177/1403494820944736.

Bagatell, Nancy. 2010. "From Cure to Community: Transforming Notions of Autism." *Ethos* 38 (1): 33–55. doi:10.1111/j.1548-1352.2009.01080.x.

Barnes, Colin, and Geof Mercer. 2004. "Chapter 1." In *Implementing the Social Model of Disability: Theory and Research*, edited by Colin Barnes and Geof Mercer, 1–17. Leeds: The Disability Press.

Baron-Cohen, Simon, Alan M. Leslie, and Uta Frith. 1985. "Does the Autistic Child Have a 'Theory of Mind'?" *Cognition* 21 (1): 37–46. doi:10.1016/0010-0277(85)90022-8.

Basaglia, Franco. 1968. *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*. Torino: Einaudi.

Bascom, Julia, ed. 2012. *Loud Hands: Autistic People, Speaking*. Washington, DC: Autistic Self Advocacy Network.

Bennett, W. Lance. 2012. "The Personalization of Politics: Political Identity, Social Media, and Changing Patterns of Participation." *The Annals of the American Academy of Political and Social Science* 644 (1): 20–39.

Beresford, Peter. 2002. "User Involvement in Research and Evaluation: Liberation or Regulation?" *Social Policy & Society* 1 (2): 95–105.

Bergamaschi, Giulia, e Valentina Pasin. 2024**.** "Autismo nelle donne: stereotipi di genere e aspetti diagnostici." In *Autismo nelle donne e stereotipi di genere*, 4–24. Bellinzona: Fondazione ARES.

Bettelheim, Bruno. 1967. *The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self*. New York: Free Press.

Biodiritto.org. 2015. *L. 134/2015: Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie*. Trento: Università di Trento, Centro di BioDiritto.

Boorse, Christopher. 1977. "Health as a Theoretical Concept." *Philosophy of Science* 44 (4): 542–573.

Boorse, Christopher. 2014. "A Second Rebuttal on Health." *Journal of Medicine and Philosophy* 39 (6): 683–724.

Bolton, Derek, and Grant Gillett. *The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New Philosophical and Scientific Developments*. Palgrave Pivot, 2019. doi:10.1007/978-3-030-11899-0

Brain & Behavior Research Foundation. 2024. *Annual Report 2024*.

Broderick, Alicia A. 2022. *The Autism Industrial Complex: How Branding, Marketing, and Capital Investment Turned Autism into Big Business*. Gorham, ME: Myers Education Press.

Broeker, Marianne D., and Sarah Arnaud. 2024. "Countering Essentialism in Psychiatric Narratives." *Philosophical Psychology*, September: 1–29.

Burcher, Chris. 2023. "Is It Autism, or Am I Broken?" *Medium*, December 10.

Butler, Judith. 2009. *Frames of War: When Is Life Grievable?* London: Verso.

Cammaerts, Bart. 2021. "The New-New Social Movements: Are Social Media Changing the Ontology of Social Movements?" *Mobilization: An International Quarterly* 26 (3): 343–358.

Canguilhem, Georges. 1966. *Il normale e il patologico*. Translated by M. R. Prima. Torino: Einaudi. (Original edition 1943.)

Carel, Havi, and Ian James Kidd. 2014. "Epistemic Injustice in Healthcare: A Philosophical Analysis." *Medicine, Health Care and Philosophy* 17 (4): 529–540.

Carel, Havi, and Ian James Kidd. 2017. "Epistemic Injustice in Medicine and Healthcare." In *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*, edited by Ian James Kidd, José Medina, and Gaile Pohlhaus Jr., 336–346. London and New York: Routledge.

Castillo, Heather. 2013. "Service-User Insights into Recovery in Personality Disorder." In *Modern Mental Health*. 1st ed.

Catala, Amandine. 2020. "Metaepistemic Injustice and Intellectual Disability: A Pluralist Account of Epistemic Agency." *Ethical Theory and Moral Practice* 23: 755–776.

Catala, Amandine. 2024. "Epistemic Injustice and Epistemic Authority on Autism." In *The Bloomsbury Guide to Philosophy of Disability*, edited by Shelley Tremain, 246–267. London: Bloomsbury.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2025a. "Data and Statistics on Children's Mental Health."

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2025b. "Mental Health –National Ambulatory Medical Care Survey, 2019."

Chapman, Robert. 2019a. "Neurodiversity and Its Discontents: Autism, Schizophrenia, and the Social Model." In *The Bloomsbury Companion to Philosophy of Psychiatry*, edited by Serife Tekin and Robyn Bluhm, 371–389. London: Bloomsbury.

Chapman, Robert. 2020. "The Reality of Autism: On the Metaphysics of Disorder and Diversity." *Philosophical Psychology* 33 (6): 799–819. doi:10.1080/09515089.2020.1751103.

Chapman, Robert. 2021a. "Neurodiversity and the Biopolitics of Diagnosis." *Psychology Today*, March 9.

Chapman, Robert. 2021b. "Neurodiversity and the Social Ecology of Mental Functions." *Perspectives on Psychological Science* 16 (6): 1360–1372.

Chapman, Robert. 2023. *Empire of Normality: Neurodiversity and Capitalism*. London: Pluto Press.

Chapman, Robert, Monique Botha, Morénike Giwa Onaiwu, Steven K. Kapp, Ann Stannard Ashley, and Nick Walker. 2024. "The Neurodiversity Concept Was Developed Collectively: An Overdue Correction on the Origins of Neurodiversity Theory." *Autism* 28 (6): 1591–1599.

Charland, Louis C. 2004. "A Madness for Identity: Psychiatric Labels, Consumer Autonomy, and the Perils of the Internet." *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 11 (4): 335–349. doi:10.1353/ppp.2005.0006.

Cheryan, Sapna, and Hazel Rose Markus. 2020. "Masculine Defaults: Identifying and Mitigating Hidden Cultural Biases." *Psychological Review* 127 (6): 1022–1052. DOI: 10.1037/rev0000209.

Cola, Mirna. 2012. *Ragionevolmente differenti. Una riflessione antropologica su sindrome di Asperger e disturbo dello spettro autistico*. Bologna: I Libri di Emil.

Collins, Graham. 2016. "Does a Diagnosis of ASD Help Us to Help a Person with Intellectual Disabilities?" In *Re-Thinking Autism: Diagnosis, Identity and Equality*, edited by Katherine Runswick-Cole, Rebecca Mallett, and Sami Timimi, 204–220. London: Jessica Kingsley Publishers.

Cooper, Rachel. 2014. *Diagnosing the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition*. London: Karnac Books.

Cooper, Rachel. 2020. *The Philosophy of Psychiatry: A Companion*. Cambridge: Cambridge University Press.

Cook, Julia, Laura Hull, Laura Crane, and William Mandy. 2021. "Camouflaging in Autism: A Systematic Review." *Clinical Psychology Review* 89: 102080. DOI: 10.1016/j.cpr.2021.102080

Cromby, John. 2024. "Empire of Normality: Neurodiversity and Capitalism…" *Mad in the UK*, April 23, 2024. Accessed September 1, 2025.

Cushing, Simon. 2013. "Autism: The Very Idea." In *The Philosophy of Autism*, edited by Jami L. Anderson and Simon Cushing, 17–45. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.

Czech, Herwig. 2018. "Hans Asperger, National Socialism, and 'Race Hygiene' in Nazi-Era Vienna." *Molecular Autism* 9 (29). doi:10.1186/s13229-018-0208-6.

Davidson, Joyce. 2008. "Autistic Culture Online: Virtual Communication and Cultural Expression on the Spectrum." *Social & Cultural Geography* 9 (7): 791–806. doi:10.1080/14649360802382586.

Davies, Dominic. 2015. *Affirmative Counselling and Psychotherapy for Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Clients*. London: SAGE Publications.

de Beauvoir, Simone. 1949. *Il secondo sesso*. Translated by Mariella Lorusso. Milano: Giulio Einaudi Editore.

Degrave, Aline, and Paulo Roberto Fagundes da Silva. 2025. "The Medicalization of Suffering and the Overdiagnosis of Depression." *Saúde em Debate* 49 (145): e9667.

den Houting, Jac, Julie Higgins, Katharine Isaacs, Jennifer Mahony, and Elizabeth Pellicano. 2021. "'I'm Not Just a Guinea Pig': Academic and Community Perceptions of Participatory Autism Research." *Autism* 25 (1): 148–163.

Dewey, John. 1922. *Human Nature and Conduct: An Introduction to Social Psychology*. New York: Henry Holt and Company.

Dey, Swaraj Kumar, and Shubhasis Dey. 2025. "Identity, Social Media and Online Political Activism." *European Journal of Political Economy* 102653.

Dotson, Kristie. 2014. "Conceptualizing Epistemic Oppression." *Social Epistemology* 28 (2): 115–138.

DuBrul, Sascha Altman. 2014. "The Icarus Project: A Counter Narrative for Psychic Diversity." *Journal of Medical Humanities* 35 (3): 257–271. doi:10.1007/s10912-014-9293-5.

Dusenbery, Maya. 2018. *Doing Harm: The Truth about How Bad Medicine and Lazy Science Leave Women Dismissed, Misdiagnosed, and Sick*. San Francisco: HarperOne.

Fanon, Frantz. 2020. *Decolonizzare la follia*. Translated by Roberto Solinas. Verona: Ombre Corte.

Fellowes, Sam. 2023. "Self-Diagnosis in Psychiatry and the Distribution of Social Resources." *Royal Institute of Philosophy Supplement* 94: 55–76. doi:10.1017/S1358246123000218.

Fellowes, Sam. 2024. "Neurodiversity, Liberal Capitalism, and Self-Understanding: A Review of Robert Chapman's Empire of Normality: Neurodiversity and Capitalism." *Philosophy of Medicine* 5 (1). doi:10.5195/pom.2024.201.

Fong, Seraphina, Alessandro Carollo, Giacomo Vivanti, Daniel S. Messinger, Dagmara Dimitriou, and Gianluca Esposito. 2025. "Autism Spectrum Disorders Discourse on Social Media Platforms: A Topic Modeling Study of Reddit Posts." *Autism Research*.

Foucault, Michel. 1978 [1976]. *La volontà di sapere*. Translated by Pasquale Pasquino and Giovanna Procacci. Milano: Feltrinelli.

Foucault, Michel. 1985. *Discourse and Truth: The Problematization of Parrhesia*. Evanston, IL: Northwestern University Press.

Foucault, Michel. 2004. *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978–1979)*. Paris: Seuil/Gallimard.

Foucault, Michel. 2011 [1961]. *Storia della follia nell'età classica*. Edited by Mario Galzigna. Milano: BUR Rizzoli.

Foucault, Michel. 2016. *Le parole e le cose: Un'archeologia delle scienze umane*. Translated by E. A. Panaitescu. Milano: Rizzoli.

Foucault, Michel. 2018 [1963]. *Nascita della clinica: Un'archeologia dello sguardo medico*. Translated by Alessandro Fontana. Milano: Centauria.

Frances, Allen. 2013. *Saving Normal: An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. New York: William Morrow.

Foulkes, Lucy, and Jack L. Andrews. 2023. "Are Mental Health Awareness Efforts Contributing to the Rise in Reported Mental Health Problems? A Call to Test the Prevalence Inflation Hypothesis." *New Ideas in Psychology* 69: 101010. https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2023.101010

Frances, Allen. 2015. "An Interview with Allen Frances, MD." Interview by Lawrence Rubin. *Psychotherapy.net*.

Fraser, Nancy, and Axel Honneth. 2003. *Redistribution or Recognition? A Political-Philosophical Exchange*. London: Verso.

Fricker, Miranda. 2007. *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford: Oxford University Press.

Friedner, Michele, and Petra Kuppers. 2017. "Deaf Studies Meets Autistic Studies." *The Senses and Society* 12 (3): 282–300.

Frith, Uta, and Francesca Happé. 1999. "Theory of Mind and Self-Consciousness: What Is It Like to Be Autistic?" *Mind and Language* 14 (1): 1–22.

Fuchs, Thomas. 2017. *Ecology of the Brain: The Phenomenology and Biology of the Embodied Mind*. Oxford: Oxford University Press.

Gagné-Julien, A.-M. 2020. "Towards a Socially Constructed and Objective Concept of Mental Disorder." *Synthese* 198: 9401–9426. doi:10.1007/s11229-020-02647-7.

Ghanouni, Parisa, Kristy S. Kliem, Zahra Haji, and Aline Zorzella. 2023. "Barriers to Autism Diagnosis for Adults: A Scoping Review." *International Journal of Mental Health Systems* 17 (1): 15. doi:10.1186/s13033-023-00587-6.

Gillespie-Lynch, Kristen, Steven K. Kapp, Chelsea Shane-Simpson, David S. Smith, and T. Hutman. 2014. "Intersections Between the Autism Spectrum and the Internet: Perceived Benefits and Preferred Functions of Computer-Mediated Communication." *Intellectual and Developmental Disabilities* 52 (6): 456–469.

Giroux, Élodie. 2015. "Epidemiology and the Bio-Statistical Theory of Disease: A Challenging Perspective." *Theoretical Medicine and Bioethics* 36 (3): 175–195.

Goffman, Erving. 1961. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books.

Graby, Steve. 2015. "Neurodiversity: Bridging the Gap Between the Disabled People's Movement and the Mental Health System Survivors' Movement?" In *Neurodiversity: The Future of the Disability Rights Movement*, edited by Steve Graby, 231-243. doi:10.2307/j.ctt1t898sg.21.

Grandin, Temple. 1995. *Thinking in Pictures: And Other Reports from My Life with Autism*. New York: Vintage.

Hamberg, Karin. 2008. "Gender Bias in Medicine." *Women's Health* 4 (3): 237–243. DOI: 10.2217/17455057.4.3.237.

Hansen, Steffen N., Deborah L. Schendel, and Erik T. Parner. 2015. "Explaining the Increase in the Prevalence of Autism Spectrum Disorders: The Proportion Attributable to Changes in Reporting Practices." *JAMA Pediatrics* 169 (1): 56–62. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.1893.

Haraway, Donna. 1988. "Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective." *Feminist Studies* 14 (3): 575–599.

Harding, Sandra. 1986. *The Science Question in Feminism*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Harding, Sandra. 1991. *Whose Science? Whose Knowledge? Thinking from Women's Lives*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Harding, Sandra. 2015. *Objectivity and Diversity: Another Logic of Scientific Research*. Chicago: University of Chicago Press.

Harper, David, and Ewen Speed. 2012. "Uncovering Recovery: The Resistible Rise of Recovery and Resilience." *Studies in Social Justice* 6 (1): 45–60.

Hassall, Richard. 2017. "How Should Applied Psychologists Conceptualise an Autism Spectrum Disorder Diagnosis and Its Predictive Validity?" *Educational and Child Psychology* 34 (4): 1–17.

Haslanger, Sally. 2000. "Gender and Race: (What) Are They? (What) Do We Want Them to Be?" *Noûs* 34 (1): 31–55.

Horwitz, Allan V., and Jerome C. Wakefield. 2007. *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. Oxford: Oxford University Press.

Howard, Louise M., Anna M. Ehrlich, Freya Gamlen, and Sian Oram. 2017. "Gender-Neutral Mental Health Research Is Sex and Gender Biased." *The Lancet Psychiatry* 4 (1): 9–11. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30209-7.

Houghton, E. 2019. "Becoming a Neoliberal Subject." *ephemera: theory & politics in organization* 19 (1): 67–93.

Hultman, Lars, and Mattias Hultman. 2023. "'Believe Me, Only I Know How I Feel.' An Autoethnographic Account of Experiences of Epistemic Injustice in Mental Health Care." *Frontiers in Psychiatry* 14: 1058422.

Irigaray, Luce. 1974. *Speculum. De l'autre femme*. Paris: Les Éditions de Minuit.

Jervis, Giovanni. 1975. *Manuale critico di psichiatria*. Milano: Feltrinelli.

Jeuk, Alexander A., and Valentina Petrolini. 2025. "Marx and Basaglia: Reforming Psychiatry and Society." In *Franco Basaglia's Revolution*, 23–40. Cham: Springer.

Junior, Antonio Gomes Lima, Francis Moreira da Silveira, e Nara Moraes Guimarães. 2025. "The Invisible Spectrum: Gender Disparities in Autism Diagnosis and the Underrecognition of Autistic Girls and Women". *COGNITIONIS Scientific Journal* 8 (2):e670. https://doi.org/10.38087/2595.8801.670.

Kanner, Leo. 1943. "Autistic Disturbances of Affective Contact." *Nervous Child* 2: 217–250.

Kapp, Steven K., Rebecca Steward, Laura Crane, Duncan Elliott, Chloe Elphick, Elizabeth Pellicano, and Ginny Russell. 2019. "'People Should Be Allowed to Do What They Like': Autistic Adults' Views and Experiences of Stimming." *Autism* 23 (7): 1782–1792.

Kidd, Ian James, and Havi Carel. 2018. "Healthcare Practice, Epistemic Injustice, and Naturalism." In *Harms and Wrongs in Epistemic Practice*, edited by Stephen Barker, Catrin Crerar, and Timo Goetz, vol. 84, 211–233.

Kidd, Ian James, and Havi Carel. 2019. "Pathocentric Hermeneutical Injustice and Conceptions of Health." In *Overcoming Epistemic Injustice: Social and Psychological Perspectives*, edited by Benjamin R. Sherman and Stacey Goguen, 153–168. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.

Kidd, Ian James, Lucienne Spencer, and Havi Carel. 2025. "Epistemic Injustice in Psychiatric Research and Practice." *Philosophical Psychology* 38 (2): 503–531. doi:10.1080/09515089.2022.2156333.

King, Marissa, and Peter S. Bearman. 2009. "Diagnostic Change and the Increased Prevalence of Autism." *International Journal of Epidemiology* 38 (5): 1224–1234. doi:10.1093/ije/dyp261.

Kingma, Elselijn. 2007. "What Is It to Be Healthy?" *Analysis* 67 (2): 128–133. doi:10.1093/analys/67.2.128.

Knox, B. 2022. "Exclusion of Psychopathologized Standpoints Due to Hermeneutical Ignorance Undermines Psychiatric Objectivity." *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 29 (4): 253–266.

Kristeva, Julia. 1974. *La révolution du langage poétique*. Paris: Seuil.

Kroll, Elizabeth, Megan Lederman, Jonathan Kohlmeier, Komal Kumar, Jaime Ballard, Izabella Zant, and Caroline Fenkel. 2024. "The Positive Impact of Identity-Affirming Mental Health Treatment for Neurodivergent Individuals." *Frontiers in Psychology* 15: 1403129.

Kruks, Sonia. 1995. "Identity Politics and Dialectical Reason: Beyond an Epistemology of Provenance." *Hypatia* 10 (2): 1–22.

Kuhn, Thomas S. 1962. *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.

Kurs, Rena, and Alexander Grinshpoon. 2018. "Vulnerability of Individuals with Mental Disorders to Epistemic Injustice in Both Clinical and Social Domains." *Ethics and Behavior* 28 (4): 336–346.

Lalumera, Elisabetta. 2022. *Etica della comunicazione sanitaria*. Bologna: Il Mulino.

Lalumera, Elisabetta. 2025. "Health Concepts in Medicine and the Role of Philosophy." *Philosophy of Medicine* 6 (1): 1–23. doi:10.5195/pom.2025.220.

La Nuova Sardegna. 2025. "Autismo non riconosciuto quando era bambino, da adulto ottiene il maxi risarcimento." *La Nuova Sardegna*, August 11.

Lee, Moosung. 2017. "Decoding the Neoliberal Subjectivity in Self-Helping Adult Learners." *International Journal of Lifelong Education* 36 (1–2): 173–189. doi:10.1080/02601370.2016.1241313.

Lerner, Matthew D., Karolina Gurba, and Sarah Gassner. 2023. "Neurodiversity-Affirming Practice: A Framework for Clinical Care and Research." *Current Psychiatry Reports* 25 (12): 673–683. doi:10.1007/s11920-023-01473-1.

Leslie, Alan M. 1987. "Pretense and Representation: The Origins of 'Theory of Mind.'" *Psychological Review* 94 (4): 412–426.

Lewis, Laura F. 2017. "A Mixed Methods Study of Barriers to Formal Diagnosis of Autism Spectrum Disorder in Adults." *Journal of Autism and Developmental Disorders* 47 (8): 2410–2424.

Lockwood Estrin, Georgia, Victoria Milner, Debbie Spain, Francesca Happé, and Emma Colvert. 2021. "Barriers to Autism Spectrum Disorder Diagnosis for Young Women and Girls: A Systematic Review." *Review Journal of Autism and Developmental Disorders* 8: 454–470. DOI: 10.1007/s40489-020-00225-8.

Loomes, Rachel, Laura Hull, and William Mandy. 2017. "What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. DOI: 10.1016/j.jaac.2017.03.013.

Longino, Helen E. 2001. *The Fate of Knowledge*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Lorde, Audre. 2007. *The Master's Tools Will Never Dismantle the Master's House*. New York: Penguin.

Lorusso, Anna Maria. 2022. *L'utilità del senso comune*. Bologna: Il Mulino.

Macherey, Pierre. 2009. *Da Canguilhem a Foucault: La forza delle norme*. Pisa: ETS.

Macherey, Pierre. 2017. *Il soggetto delle norme*. Translated by Gianfranco Morosato. Verona: Ombre Corte.

Maenner, Matthew J., Kelly A. Shaw, Ami Klin, Daisy Christensen, Deborah L. Christensen, Jennifer M. Dietz, et al. 2023. "Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among

Children Aged 8 Years–Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020." *Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries* 72 (2): 1–14. doi:10.15585/mmwr.ss7202a1.

Malik-Soni, Natasha, Jessica L. Shaker, Adrienne Lucksted, Walter E. Kaufmann, and Zuleyha Cidav. 2021. "Barriers to Autism Diagnosis and Treatment: An Integrative Review." *Frontiers in Psychiatry* 12: 713186. doi:10.3389/fpsyt.2021.713186.

Marocchini, Eleonora. 2025. "Neurodivergente non vuol dire (quasi) niente, ma vale la pena parlarne." *Valore D*, April 2.

McGregor, Alyson J. 2020. *Sex Matters: How Male-Centric Medicine Endangers Women's Health and What We Can Do about It*. Paris: Hachette Go.

McWilliams, Nancy. 2021. "Diagnosis and Its Discontents: Reflections on Our Current Dilemma." *Psychoanalytic Inquiry* 41 (8): 565–579.

Medina, José. 2013. *The Epistemology of Resistance: Gender and Racial Oppression, Epistemic Injustice, and Resistant Imaginations*. Oxford: Oxford University Press.

Moncrieff, Joanna. 2008. *The Myth of the Chemical Cure: A Critique of Psychiatric Drug Treatment*. London: Palgrave Macmillan.

Montalti, Chiara. 2025. "Epistemology from Disability, Epistemology of Disability." *Humana.Mente. Journal of Philosophical Studies* 18 (47): 103–131.

Montalti, Chiara, e Barbara Casalini. 2025. "A Cartography of Philosophy on/of Disability." *Humana.Mente. Journal of Philosophical Studies* 18 (47): III–XXVII.

Moore, Isobel, Gareth Morgan, Alice Welham, and Ginny Russell. 2022. "The Intersection of Autism and Gender in the Negotiation of Identity: A Systematic Review and Metasynthesis." *Feminism & Psychology* 32 (4): 421–442. https://doi.org/10.1177/09593535221074806.

Moore, Isobel, Gareth Morgan, and Chris Howard. 2024. "Constructions of 'Female Autism' in Professional Practices: A Foucauldian Discourse Analysis." Feminism & Psychology 35 (2): 206–227. https://doi.org/10.1177/09593535241283325

Nadesan, Majia Holmer. 2005. *Constructing Autism: Unravelling the "Truth" and Understanding the Social*. Abingdon: Routledge.

National Institutes of Health. 2025. "Understanding the BRAIN Initiative Budget." *NIH BRAIN Initiative*.

NGSA (Associazione Nazionale Genitori persone con Autismo). 2015. *Legge Autismo L. 134/2015*. Roma: NGSA.

Noorani, Tehseen. 2016. "Service User Involvement, Authority and the 'Expert-by-Experience' in Mental Health." In *Authority, Experience and the Life of Power*, 49–68. London: Routledge.

Oliver, Michael. 1990. *The Politics of Disablement*. Basingstoke: Macmillan.

Pantazakos, Themistoklis, and Sarah Arnaud. Forthcoming. "Determining the Scope of Epistemic Injustice within Psychiatry." *Philosophical Psychology*.

Pellicano, Elizabeth, and Jac den Houting. 2021. "Annual Research Review: Shifting from 'Normal Science' to Neurodiversity in Autism Science." *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 63 (4): 381–396.

Pencer, L., and Havi Carel. 2021. "'Isn't Everyone a Little OCD?': The Epistemic Harms of Wrongful Depathologization." *Philosophy of Medicine* 2 (1).

Petrolini, Valentina, Ekaine Rodríguez-Armendariz, and Agustín Vicente. (2023). Autistic camouflaging across the spectrum. New Ideas in Psychology, Volume 68, 100992. https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2022.100992.

Piepzna-Samarasinha, Leah Lakshmi. 2016. "Not So Brief Personal History of the Healing Justice Movement (2010–2016)." *Mice Magazine*, Issue Two.

Pinel, Philippe. 2015. *Regole per il trattamento morale*. Edited by F. Codato. Milano: Mimesis.

Pohlhaus Jr., Gaile. 2012. "Relational Knowing and Epistemic Injustice: Toward a Theory of Willful Hermeneutical Ignorance." *Hypatia* 27 (4): 715–735. doi:10.1111/j.1527-2001.2011.01222.x.

Quine, W. V. O. 1951. "Two Dogmas of Empiricism." *The Philosophical Review* 60 (1): 20–43.

Raymaker, Dora, and Christina Nicolaidis. 2013. "Participatory Research with Autistic Communities: Shifting the System." In *Worlds of Autism: Across the Spectrum of Neurological Difference*, 169–188.

Reaume, Geoffrey. 2021. "How Is Mad Studies Different from Anti-Psychiatry and Critical Psychiatry?" In *The Routledge International Handbook of Mad Studies*, edited by Peter Beresford, Jasna Russo, and Diana Rose. London: Routledge.

Reddit. 2024a. "I Don't Get the 'I Thought I Was Broken but It's Just Autism/ADHD' Thing." *r/autism*, April 20, 2024.

Reddit. 2024b. "I Just Learned I'm Autistic and Now I'm Reeling." *r/AutisticAdults*, March 15, 2024.

Reiss, Julian, and Jan Sprenger. 2020. "Scientific Objectivity." In *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2020 Edition), edited by Edward N. Zalta.

Romme, Marius, Sandra Escher, John Read, S. Engelen, and Dirk Corstens. 2006. "Making Sense of Voices." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 114: 6–7.

Rose, Nikolas. 2003. "Neurochemical Selves." *Economy and Society* 32 (1): 46–63. doi:10.1080/0308514032000052714.

Rose, Nikolas. 2007. *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton: Princeton University Press.

Rose, Nikolas. 2018. *Our Psychiatric Future*. Princeton: Princeton University Press.

Rose, Nikolas, and Joelle M. Abi-Rached. 2013. *Neuro: The New Brain Sciences and the Management of the Mind*. Princeton: Princeton University Press.

Russo, Jasna. 2022. "De-psychiatrizing Our Own Research Work." *Frontiers in Sociology* 7.

Russo, Jasna. 2023. "Psychiatrization, Assertions of Epistemic Justice, and the Question of Agency." *Frontiers in Sociology* 8: 1092298.

Sacks, Oliver. 1995. *An Anthropologist on Mars: Seven Paradoxical Tales*. New York: Alfred A. Knopf.

Sadler, Jeffrey Z., and K. W. M. Fulford. 2004. "Should Patients and Their Families Contribute to the DSM-V Process?" *Psychiatric Services* 55 (2): 133–138. doi:10.1176/appi.ps.55.2.133.

Said, Edward W. 1978. *Orientalism*. New York: Pantheon Books.

Sarachild, Kathie. 1973. "Consciousness-Raising: A Radical Weapon." In *Sisterhood Is Powerful: An Anthology of Writings from the Women's Liberation Movement*, edited by Robin Morgan, 144–150. New York: Vintage Books.

SCImago Journal & Country Rank. 2024a. "Journal of Cognitive Neuroscience."

SCImago Journal & Country Rank. 2024b. "Journal of Phenomenological Psychology."

Scott, Ronan. 2024. "Capitalism through the Prison of the Mind." *Scottish Left Review*, no. 149 (May/June).

Sheffer, Edith. 2018. *Asperger's Children: The Origins of Autism in Nazi Vienna*. New York: W. W. Norton & Company.

Showalter, Elaine. 1985. *The Female Malady: Women, Madness, and English Culture, 1830–1980*. New York: Pantheon Books.

Silberman, Steve. 2015. *NeuroTribes: The Legacy of Autism and the Future of Neurodiversity*. New York: Avery.

Silverman, Chloe. 2011. *Understanding Autism: Parents, Doctors, and the History of a Disorder*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Simpson, Emma L., and Allan O. House. 2002. "Involving Users in the Delivery and Evaluation of Mental Health Services: Systematic Review." *BMJ (Clinical Research Ed.)* 325 (7375): 1265. doi:10.1136/bmj.325.7375.1265.

Sinclair, Jim. 1993. "Don't Mourn for Us." *Autism Network International*.

Singer, Judy. 1999. "Why Can't You Be Normal for Once in Your Life? From a 'Problem with No Name' to the Emergence of a New Category of Difference." In *Disability Discourse*, edited by Mairian Corker and Sally French, 59–67. Buckingham: Open University Press.

Skafle, Ingvild, Eliane Gabarron, and Anders Nordahl-Hansen. 2024. "Social Media Shaping Autism Perception and Identity." *Autism* 28 (10): 2489–2502.

Solomon, Miriam. 2015. *Making Medical Knowledge*. Oxford: Oxford University Press.

Spivak, Gayatri Chakravorty. 1988. "Can the Subaltern Speak?" In *Marxism and the Interpretation of Culture*, edited by Cary Nelson and Lawrence Grossberg, 271–313. Urbana: University of Illinois Press.

Steinberg, Jecca R., Brandon E. Turner, Brannon T. Weeks, Christopher J. Magnani, Bonnie O. Wong, and Fatima Rodriguez. 2021. "Analysis of Female Enrollment and Participant Sex by Burden of Disease in US Clinical Trials between 2000 and 2020." *JAMA Network Open* 4: e2113749. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.13749.

Timimi, Sami, Neil Gardner, and Brian McCabe. 2011. *The Myth of Autism*. New York: Palgrave Macmillan.

Taggart, Danny. 2021. "Are You Experienced? The Use of Experiential Knowledge in Mental Health and Its Contribution to Mad Studies." In *The Routledge International Handbook of Mad Studies*, edited by Peter Beresford and Jasna Russo. London: Routledge.

Thom, Julia, Benjamin Jonas, Lukas Reitzle, Elvira Mauz, Heike Hölling, and Mandy Schulz. 2024. "Trends in the Diagnostic Prevalence of Mental Disorders, 2012–2022–Using Nationwide Outpatient Claims Data for Mental Health Surveillance." *Deutsches Ärzteblatt International* 121 (11): 355–362. doi:10.3238/arztebl.m2024.0052.

Timimi, Sami, Neil Gardner, and Brian McCabe. 2010. *The Myth of Autism: Medicalising Men's Social and Emotional Competence*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Tse, Jesse, and Nick Haslam. 2024. "Broad Concepts of Mental Disorder Predict Self-Diagnosis." *SSM – Mental Health* 6 (2): 100326. doi:10.1016/j.ssmmh.2024.100326.

Turner, David B. 2012. *Psychiatry in the Scientific Image*. Cambridge, MA: MIT Press.

Union of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS). 1976. *The Fundamental Principles of Disability*. London: UPIAS.

United Nations. 2012. *Addressing the Socioeconomic Needs of Individuals, Families and Societies Affected by Autism Spectrum Disorders, Developmental Disorders and Associated Disabilities*. UN General Assembly Resolution A/RES/67/82, December 12.

Valtellina, Enrico, ed. 2012. *Autismo e sguardo medico: Dalla diagnosi alla terapia*. Pisa: Edizioni ETS.

van Schalkwyk, G. I., C. E. Marin, M. Ortiz, M. Rolison, Z. Qayyum, J. C. McPartland, E. R. Lebowitz, F. R. Volkmar, and W. K. Silverman. 2017. "Social Media Use, Friendship Quality, and the Moderating Role of Anxiety in Adolescents with Autism Spectrum Disorder." *Journal of Autism and Developmental Disorders* 47 (9): 2805–2813.

Verhoeff, Berend. 2013. "Autism in Flux: A History of the Concept from Leo Kanner to DSM-5." *History of Psychiatry* 24 (4): 442–458.

Verhoeff, Berend. 2015. *Autism's Anatomy: A Dissection of the Structure and Development of a Psychiatric Concept*. PhD diss., University of Groningen.

Vitale, Cristiana, Massimo Fini, Ilaria Spoletini, Mitja Lainscak, Petar Seferovic, and Giuseppe Rosano. 2017. "Under-Representation of Elderly and Women in Clinical Trials." *International Journal of Cardiology* 232: 216–221. DOI: 10.1016/j.ijcard.2017.01.018.

Voronka, Jijian. 2016. "The Politics of 'People with Lived Experience': Experiential Authority and the Risks of Strategic Essentialism." *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 23 (3): 189–201.

Wakefield, Jerome C. 1992a. "Disorder as Harmful Dysfunction: A Conceptual Critique of DSM-III-R's Definition of Mental Disorder." *Psychological Review* 99 (2): 232–247.

Wakefield, Jerome C. 1992b. "The Concept of Mental Disorder: On the Boundary Between Biological Facts and Social Values." *American Psychologist* 47 (3): 373–388.

Walker, Nick. 2021. *Neuroqueer Heresies: Notes on the Neurodiversity Paradigm, Autistic Empowerment, and Postnormal Possibilities*. Fort Worth, TX: Autonomous Press.

Watkins, J., Marius Romme, and Sandra Escher. 2009. "Hearing Voices: A Common Human Experience." *Nordic Journal of Psychiatry* 57 (2): 157–159. doi:10.1080/08039480310000996.

Williams, Donna. 1992. *Nobody Nowhere: The Extraordinary Autobiography of an Autistic*. New York: Times Books.

Wing, Lorna. 1981. "Asperger's Syndrome: A Clinical Account." *Psychological Medicine* 11 (1): 115–129. doi:10.1017/S0033291700053332.

Woods, Angela. 2015. "Voices, Identity, and Meaning-Making." *The Lancet* 386 (10011): 2386–2387.

Yu, Shoukai. 2018. "Uncovering the Hidden Impacts of Inequality on Mental Health: A Global Study." *Translational Psychiatry* 8 (1): 98. DOI: 10.1038/s41398-018-0148-0.

Zamzow, Rachel. 2021. "Six Steps to Engaging in Participatory Autism Research." *The Transmitter*, November 4. Accessed January 31, 20