

INVECCHIAMENTO, SOFFERENZA E MEDICALIZZAZIONE DELLA VITA: Brevi riflessioni per il Servizio Sociale

*Fernanda Luma G. Barboza¹
Juliene Tenório de Albuquerque²
Rosineide Maria Gonçalves³*

Riassunto:

Questo saggio si propone di presentare riflessioni sul Servizio Sociale nelle intersezioni tra invecchiamento, salute mentale e capitalismo, essendo il risultato di molti dialoghi basati su processi di formazione e consulenza sviluppati con le istituzioni di assistenza a lungo termine per anziani. Così, presentiamo riflessioni sui determinanti sociali della salute e dell'intersezionalità che vivono le diverse età anziane nei diversi brasiliani. Poi, si riflette su come il neoliberismo agisce nella gestione della sofferenza e nella medicalizzazione della vita, evidenziando riflessioni sul Servizio Sociale. E, infine, facciamo alcune considerazioni per un altro orizzonte d'azione.

Keywords: Malattia mentale; Demenze; Vecchio; Medicalizzazione; Servizio sociale.

Abstract:

This rehearsal aims to present reflections on Social Work at the intersections between aging, mental health and capitalism, being the result of many dialogues based on training and advisory processes developed with long-term care institutions for elderly people. Thus, we present reflections on the social determinants of health and intersectionality that different old ages experience in different Brazils. Next, we consider how neoliberalism acts in the management of suffering and medicalization of life, pointing out reflections on Social Work. And, at the end, we make some considerations to another horizon of activity.

Keywords: Mental Illness; Dementia; Elderly; Medicalization; Social Service.

INTRODUZIONE

L'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione anziana in Brasile è un risultato indiscutibile, tuttavia porta con sé una serie di questioni biopsicosociali che devono essere considerate nel lavoro con questa popolazione, richiedendo nuove prospettive e gestione rispetto al nuovo profilo delle persone anziane che è arrivato nei servizi e nelle politiche pubbliche.

¹ Bacharel em Serviço Social (UFPE), Especialista em Saúde Mental (UNINTER), Mestre em Serviço Social (UFPE) e Doutora em Serviço Social (UERJ). Coordenadora do Projeto Sobre Suicídio, Pesquisadora da UFPI, Professora e Coordenadora de Ensino do Instituto de Pesquisa, Prevenção e Estudos em Suicídio (IPPES). E-mail: fernanda.lumaas@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3896-0301>.

² Bacharel em Serviço Social (UFPE) e Formação Pedagógica em Pedagogia (Faculdade Intervale), Especialista em Metodologias do Ensino (Faculdade Intervale), Mestre em Serviço Social (UFPE), Doutora em Serviço Social (UFPE). Coordenadora Político Pedagógica do Programa de Promoção dos Direitos da Pessoa Idosa do Centro de Desenvolvimento e Cidadania (CDC) e Professora de ensino fundamental I da Escola Municipal Pró-Menor. E-mail: julienetenorio@cdc.org.br.

³ Licenciada em História (UNIVISA), Especialista em Associativismo (UFRPE), Mestre em Serviço Social (UFPE). Coordenadora Político Programática do Programa de Promoção dos Direitos da Pessoa Idosa do Centro de Desenvolvimento e Cidadania (CDC) e Professora na ASCES-UNITA. E-mail: rosineide.cdc@gmail.com.

Tra le rivendicazioni, segnaliamo: il crescente numero di centenari in⁴ via di finitività, che non hanno trovato équipe formate per questa realtà; la condizione limitata delle risorse umane delle Istituzioni di Assistenza a Lungo Termine per gli Anziani (LTCF), la stragrande maggioranza delle quali non sono finanziate o sostenute dallo Stato; l'aumento e la diversificazione dei casi di malattia mentale; gli stati di demenza vari e impegnativi; A nostro avviso, il più grave di tutti: l'aumento (e la naturalizzazione) della medicalizzazione della vita come risposta del neoliberismo a tutti questi problemi.

Considerando gli impatti rilevanti sulla qualità della vita degli anziani, così come sulle condizioni di lavoro delle équipe che lavorano nei servizi e nelle politiche pubbliche, e il fatto che il Servizio Sociale è una delle professioni che sviluppa il suo intervento in varie istituzioni e politiche che servono le molteplici età di questo paese di dimensioni continentali, Questo saggio si propone di presentare riflessioni sul Servizio Sociale nelle intersezioni tra invecchiamento, salute mentale e capitalismo, comprendendo che le situazioni che attaccano il diritto alla salute mentale degli anziani, nell'attuale momento sociale, attaccano anche il diritto alla vita e alla libertà di questa popolazione.

Il saggio è il risultato dei numerosi dialoghi che gli autori hanno svolto nei processi di formazione e consulenza con dirigenti, équipe e anziani, residenti in Istituti di Assistenza a Lungo Termine per Anziani (ILPI) nell'ambito del Programma per la Promozione dei Diritti degli Anziani del Centro per lo Sviluppo e la Cittadinanza (CDC), a Pernambuco.

Partiamo dalla consapevolezza che i concetti di salute e malattia hanno subito molti cambiamenti nell'ultimo secolo. L'avanzamento del Sistema Sanitario Unificato (SUS), concependo la salute a partire dai determinanti sociali del processo salute-malattia-cura, pone la sfida di (ri)pensare la complessità della malattia mentale e della sofferenza estrema⁵, considerando che la comprensione di tali concetti organizza, legittima e alimenta pratiche e istituzioni che, sotto l'interferenza del capitalismo e dell'ideologia neoliberista, andare contro le raccomandazioni della Riforma Psichiatrica in Brasile, così come il Progetto Etico-Politico del Servizio Sociale.

Pertanto, è urgente esporre e problematizzare gli elementi che impattano sul lavoro dei professionisti che lavorano in resistenza al modello conservatore ed egemonico attualmente

⁴ In Brasile ci sono attualmente circa 37 mila abitanti con più di 100 anni, ha sottolineato l'IBGE (Disponibile all'indirizzo: <https://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2023/11/03/brasil-tem-37-mil-habitantes-com-mais-de-100-anos-aponta-ibge.ghtml>. Consultato il 18 dicembre. 2024).

⁵ Ogni volta che usiamo il termine "sofferenza estrema" ci riferiamo a quello che è stato ripetutamente chiamato comportamento suicida. Un termine che mettiamo in discussione, poiché dà un'enfasi comportamentale, che a volte rende difficile vedere le altre sfumature di questo fenomeno.

dominante nella salute mentale. Questo modello, in questo blocco di capitale, ha accettato (quando non stimolato) la medicalizzazione della vita come risposta alle espressioni della questione sociale, patologizzando, de-storicizzando e individualizzando queste questioni, con una crescente tendenza alla colpevolizzazione (individuale e "familiare") (Miotto, 2010).

Pertanto, il testo è organizzato in tre parti. Nel primo momento, presentiamo riflessioni sui determinanti sociali della salute e dell'intersezionalità vissuti da diverse età anziane in diversi brasiliani. Successivamente, riflettiamo su come il neoliberismo abbia agito nella gestione della sofferenza (e dell'oppressione) che ricade sugli anziani e sulla conseguente medicalizzazione di questi processi, che non sono solo fisiologici o mentali, ma anche sociali, evidenziando riflessioni sul Servizio Sociale. Infine, facciamo alcune considerazioni desiderose di contribuire a nuovi orizzonti dello svolgimento della professione con questo tema.

Vecchiaia, determinanti sociali e intersezionalità

Di fronte agli intensi dibattiti sui processi di invecchiamento che sperimentiamo nell'attuale contesto sociale, evidenziamo la consapevolezza che oltre ad essere un fenomeno esclusivamente naturale e biologico, l'invecchiamento si caratterizza anche come un aspetto influenzato da determinanti sociali, politiche, culturali e storiche presenti nei processi di produzione e riproduzione sociale, come ci ricorda Cunha (2008).

Ciò significa che non c'è omogeneità o le stesse condizioni di traiettorie di vita, processi di invecchiamento e realtà che queste persone sperimentano. Le disuguaglianze sociali, regionali, di genere ed etniche sommate ai diversi interessi di classe, alle molteplici forme di inserimento nel mondo del lavoro e all'accesso – o alla mancanza di accesso – alle risorse socialmente prodotte interagiscono con (e incidono) con (e incidono) su tutti gli ambiti dell'essere umano (Teixeira, 2021): fisico, mentale, sociale, spirituale – determinando condizioni di esistenza uniche per le varie età anziane nei diversi Brasile che conosciamo.

Barboza (2023) sottolinea che la società del capitale va contro tutto ciò che si riferisce all'idea di "vecchio" come qualcosa di usa e getta, sostenuto dal costante stimolo al consumo, che, a sua volta, viene alimentato dall'incessante ricerca di novità. Questo modo storicamente costruito di rapportarsi con il tempo non è privo di conseguenze, perché in questo culto del nuovo e dei giovani, gli anziani soffrono di non essere sempre in grado di tenere il passo con i ritmi frenetici del consumo e della produzione, richiesti dal capitale. Questo sistema, come sottolinea (Marx, 2013, p. 338), "non si preoccupa della durata della forza lavoro. Ciò che gli

interessa è solo ed esclusivamente la quantità massima di forza-lavoro che può essere messa in moto in una giornata lavorativa".

Questa è solo una delle tante oppressioni che caratterizzano l'attuale processo di invecchiamento. Queste oppressioni rafforzano lo sfruttamento e la subordinazione di questo pubblico. L'ascesa del pensiero conservatore negli ultimi anni, unita al neoliberismo, ha messo a rischio diritti sociali storicamente e collettivamente conquistati, privando gli anziani con singolare intensità (e perversione).

Il conservatorismo, sostenendo la resistenza ai cambiamenti che possono comportare un rischio per le tradizioni e l'ordine capitalista, genera anche l'invisibilità dei bisogni dell'"altro", che deve essere sottomesso agli interessi delle presunte maggioranze. La crescita dell'incitamento all'odio rafforza i pregiudizi, ignorando come le richieste dei settori subalterni della società denunciino pratiche che acuiscono le contraddizioni che permeano la vecchiaia. Le componenti di razza, etnia, genere, LGBTQIA+, persone con disabilità e così via non possono essere sussunte come fattori aggravanti della condizione di classe nei modi di invecchiamento (Keller *in* Teixeira, 2020, p. 8).

La letteratura suicidologia evidenzia l'estrema sofferenza che questo "non-luogo sociale" può generare, sottolineando che gli anziani possono considerare il suicidio come una "opzione" quando non affrontano bene la realtà della finitezza della loro vita e/o le questioni conflittuali legate alla vita familiare e sociale o alla propria identità. È una società che affronta molto male l'idea dell'invecchiamento, che si riflette nel crescente interesse delle persone a rallentare o mascherare l'aspetto dei segni corporei e soggettivi della vecchiaia con diverse tecnologie, nonché nella cattura di questo interesse da parte del capitale, favorendo il mercato estetico e farmaceutico.

Il dibattito teorico-metodologico nella prospettiva critico-dialettica richiede mediazioni tra i processi storico-sociali e le categorie centrali del modo di produzione capitalistico. È in questo senso che discuteremo le inflessioni di razza/etnia, genere, sessualità e generazione nel lavoro di servizio sociale con la salute mentale degli anziani.

Il termine intersezionalità coniato dalla giurista Kimberlé W. Crenshaw (1989) si riferisce, in modo riassunto, all'interdipendenza delle relazioni di potere espresse in questioni quali classe, genere, razza/etnia, sessualità e altre. Sebbene la discussione sul fatto che i fattori sociali influenzino le condizioni di salute delle persone e delle comunità non sia recente, gli studi in gerontologia e salute mentale hanno ancora molta strada da fare per comprendere il posto che occupa l'intersezionalità, soprattutto se si considera la costruzione di politiche pubbliche efficaci.

Considerando la divisione sociotecnica, sessuale ed etnico-razziale del lavoro, è essenziale riconoscere che la popolazione femminile, nera, indigena e LGBTQIA+ -

storicamente i segmenti più vulnerabili della classe operaia - è stata e continua ad essere la più colpita dall'intensificazione della precarietà del lavoro, dalla disoccupazione strutturale, dai programmi di austerità, dall'intensificazione della violenza di stato e dall'avanzata del conservatorismo. Questa realtà ha mostrato tutti i suoi mali allo scoppio della pandemia di covid-19, quando si è percepito l'impatto sproporzionato su alcuni gruppi della classe operaia, esponendoli a condizioni degradanti (Brito, Almeida e Almeida, 2023). Pertanto, è fondamentale comprendere le singolarità dei vari segmenti di popolazione che affrontano quotidianamente disuguaglianze sociali e disuguaglianze di razza/etnia, genere, generazione e sessualità, pur rimanendo segregati ed emarginati da diversi spazi sociali. Questi cicli perversi di esclusione e violenza si riproducono e diventano fattori di rischio per la malattia mentale, la demenza e il suicidio.

In questo contesto, è essenziale discutere l'intersezione dei diversi fattori di oppressione che colpiscono le persone che soffrono. Tra questi: le barriere nell'accesso ai servizi sanitari primari e specialistici, lo stigma associato alla sofferenza mentale, che favorisce processi di esclusione e discriminazione delle persone nei diversi contesti sociali; la fragilità del modello di cura della salute mentale in cura, dopo anni di sottofinanziamento e precarietà dei servizi; la sofferenza della famiglia di fronte alla responsabilità della cura; i lavori precari e la mancanza di sostegno statale; e altri (Cardoso, Lima e Cunha, 2021).

Per questo motivo, è fondamentale evidenziare la dimensione sociale della sofferenza, considerando le complesse interazioni delle oppressioni. La discussione sull'intersezionalità emerge come strumento concettuale per analizzare come la sofferenza viene prodotta e mantenuta da una prospettiva socio-politico-economica, tenendo conto dei molteplici indicatori dell'oppressione. Ciò consente la costruzione di strategie di coping che affrontino il nocciolo del problema, piuttosto che ricorrere a palliativi che perpetuano solo un sistema la cui storia continua ad essere scritta a spese del sudore, del sangue e ora del cervello della classe operaia.

Situare la rilevanza dell'intersezionalità nell'ambito della salute mentale implica anche riconoscere l'importanza dell'interdisciplinarietà nella cura dei soggetti, proponendo una visione depatologizzante della sofferenza, rendendo possibile contestualizzarla nel prisma sociale. Solo in questo modo il Servizio Sociale eviterà di essere utilizzato come strumento di una pratica di normalizzazione dei corpi che è alla base di tanta patologizzazione e medicalizzazione e riafferma il suo impegno per i diritti umani. Questo impegno è una *conditio sine qua non* per un'azione etica impegnata a favore dell'essere sociale, in una prospettiva che contempla la determinazione sociale della salute e una politica della salute mentale che sia

liberatoria, laica, plurale, democratica, emancipatrice, sostenibile e capace di soddisfare i bisogni reali della classe operaia in età (ma non solo).

Il neoliberismo come gestione della sofferenza e medicalizzazione della vita: riflessioni per il servizio sociale

Dall'avvento dei manuali diagnostici, la psichiatria egemonica (o conservatrice) ha adottato una postura di rifiuto del quadro eziologico, non dando più priorità alla comprensione della causa e dell'origine di una malattia o di una condizione, e iniziando a utilizzare un quadro descrittivo dei sintomi osservabili. A questo si deve un discorso e una pratica che cattura sempre più i fenomeni naturali della vita, ponendoli sotto la lente e la metrica della conoscenza biomedica. Questa conoscenza, a sua volta, tende a superare la linea sottile tra ciò che è cura e ciò che è controllo e dominio dei corpi, sotto il discorso della terapia.

Barboza (2023) avverte che per comprendere l'entità del problema che coinvolge questa discussione, nonché per poter delineare strategie e risposte a questo modello, è importante porsi alcune domande, come ad esempio: a) cos'è la salute mentale? b) è ancora valida la concezione classica della salute (e della salute mentale) ("stato di benessere completo") dell'OMS? c) Ciò che intendiamo per salute mentale proviene dal campo privato (o privilegiato) delle aree psichiche (Psichiatria e Psicologia) o è il campo di tutte le aree del sapere? d) Qual è la funzione politica e sociale che il discorso della patologizzazione e della medicalizzazione ha nel modo di produzione capitalistico? e) Quando parliamo di "crisi della salute mentale", cosa c'è esattamente in crisi: la salute mentale degli individui, la risposta che abbiamo dato alla malattia mentale/emotiva/sociale o il modello sociale del capitale? f) Che posto ha occupato la sofferenza, come parte dell'esistenza umana, nei discorsi e nelle pratiche della salute mentale e del servizio sociale? Le risposte a queste domande avranno un impatto diretto sul modo in cui comprendiamo la salute mentale, su come percepiamo il corpo e la sofferenza come costruzioni sociali e su come ci relazioniamo con il mondo e le persone che serviamo.

Dal momento in cui il corpo comincia ad essere inteso come oggetto di studio e di intervento privato o privilegiato in uno o due ambiti del sapere, l'altro sapere tende a perdere la sua validità o ad occupare una posizione subordinata nella cura. Questo, a sua volta, trasforma la propria visione e il rapporto con il corpo e tutto ciò che lo circonda. In epoca contemporanea, questa visione è stata dettata per lo più da un'unica area del sapere, in accordo con quelle che Whitaker (2017) chiamava ironicamente "pillole magiche".

È importante non perdere di vista il fatto che ogni forma di cura che è stata assunta nel corso della storia è stata legata non solo al livello di conoscenza che si aveva, ma anche all'attuale modo di organizzazione sociale. Sotto i dettami del capitale, la modalità di cura che abbiamo attualmente permea necessariamente il mercato dei consumi, rafforzando un'idea individualizzante (e alienante) della cura e presentando sempre più divisioni tra ciò che è "normale" e "patologico". Queste divisioni non solo creano categorie, ma assegnano anche trattamenti specifici a individui classificati come "improduttivi" di fronte alla centralità del lavoro che il sistema impone.

Per patologizzazione della normalità intendo qualsiasi forma discorsiva che genera regole sociali e norme di comportamento che servono a classificare, etichettare e talvolta punire. Le regole determinano le modalità di procedere dei soggetti in base a parametri che, nella maggior parte dei casi, non tengono conto della particolarità delle dinamiche del soggetto in questione (Ceccarelli, 2010, p. 125).

A partire dalla rivoluzione industriale, le strategie sanitarie e di salute pubblica sono state progettate per le grandi città, mirando non necessariamente al benessere degli individui, ma principalmente alla riproduzione della forza lavoro. Se il modo di produzione capitalistico ha sempre richiesto, non solo alla medicina, ma a diverse altre aree del sapere (tra cui il servizio sociale e la psicologia), la riproduzione e la docilizzazione della forza lavoro, è un'esagerazione chiedersi se la medicalizzazione sarebbe la nuova strategia per mantenere il lavoratore minimamente in grado di vendere la sua forza lavoro.

È impossibile comprendere le risposte attualmente offerte ai disturbi mentali, alle demenze e ai suicidi senza analizzare le relazioni alla base di questi concetti. Due avvertimenti spiccano: a) non è possibile avanzare nelle risposte fino a quando non si comprende che la salute mentale non è una scienza esatta per elaborare una sorta di "ricetta" o passo dopo passo per ogni persona e occasione⁶; b) possiamo essere esperti nell'area in cui ci proponiamo di agire (che si tratti di invecchiamento o salute mentale). Tuttavia, non siamo specialisti della persona che si è appena seduta di fronte a noi per un servizio – dopo tutto, il nostro oggetto di lavoro/studio (l'essere umano) è socialmente costruito e ricostruito.

In questo contesto, il neoliberismo deve essere inteso non solo come un modello socioeconomico, ma anche come un modello per la gestione della sofferenza psichica nell'attuale fase del capitalismo avanzato. Si impone alla società per la sua natura disciplinare, utilizzando discorsi e categorie morali e psicologiche come assunti silenziosi dell'azione

⁶ Lo stesso Ministero della Salute riconosce che la sofferenza è qualcosa di presente nella vita di tutti, che acquisirà manifestazioni particolari, e che nessuna cura sarà possibile se non si cerca di capire come le cause della sofferenza si verificano in ogni situazione e per ogni persona (Brasile, 2013).

economica (Neves, 2021). Questa colonizzazione della cura attraverso la razionalizzazione economica si traduce in una gestione psichica e soggettiva che modella modelli di sofferenza e di azione.

Il neoliberismo, con le sue dosi massicce di intervento statale in campo politico e sociale, appare come un'ingegneria sociale per una nozione individualizzata e mercantile di assistenza sanitaria. È una forma di gestione psichica, di produzione della soggettività con i suoi modelli di azione e, principalmente, di sofferenza. Non è una mera coincidenza che l'ascesa del neoliberismo negli anni '70 sia stata accompagnata dalla brutale riformulazione della grammatica della sofferenza psichica attraverso l'egemonia dei Manuali Diagnostici e Statistici dei Disturbi Mentali, in questo caso nella sua terza edizione (DSM-III) (Safatle, 2021).

E nel secolo attuale c'è stata una sottile ma notevole sostituzione della pratica clinica tradizionale con la logica del *miglioramento* (qualcosa come il "miglioramento" delle prestazioni), secondo Safatle; Silva Junior; Dunker (2021). Questo modello esplora sempre di più i farmaci inizialmente concepiti per la sofferenza psichica, e ora indirizzati a un nuovo obiettivo: il miglioramento delle prestazioni lavorative, dell'attività fisica, del cibo e di tanti altri modi di esistere. Del resto, le costruzioni sociali e le ideologie che le intrecciano tendono a diffondersi in tutto il tessuto sociale, potenziando fenomeni come il *doping del lavoro* :

dove il consumo di stimolanti e/o sedativi o ipnotici è entrato a far parte della routine di molti lavoratori – e questa "e" è ancora più preoccupante della "o" nell'espressione di cui sopra, perché caratterizza una generazione che ha bisogno di stimolanti diurni per "migliorare" le prestazioni (sia per rimanere svegli più a lungo per lavorare, o avere un po' di energia residua per altre attività come l'allenamento e il sesso) e ipnotici notturni (per essere in grado di rallentare, disconnettersi dal proprio programma, affrontare lo stress accumulato dal lavoro e dal sonno) – e ricominciare il giorno dopo tutta questa ruota schizofrenica della vita (Barboza, 2023, p. 252).

In questa prospettiva di miglioramento, il corpo è trattato come capitale da valutare. Ecco un'altra domanda: il corpo sarebbe l'ultima frontiera dell'accumulazione capitalistica? Dopotutto, Marx aveva già avvertito che non si crea solo una merce per un soggetto: si crea un soggetto per una merce (Marx, 2005). Quindi, quale individuo è stato creato negli ultimi tempi? Quelli che si annoiano facilmente, costantemente insoddisfatti, consumisti, individualisti, edonisti, dispersi, isolati, alienati. Tutto questo ci rende facile preda delle logiche della medicalizzazione della vita, anche senza la presenza di una malattia, perché per ogni sofferenza, dispiacere o disagio, c'è la promessa di una pillola magica che la farà sparire e ci distrarrà dalla ricerca della radice del vero problema.

La cultura della medicalizzazione⁷ non è più qualcosa di esclusivo della Medicina. Le varie professioni sono diventate altrettanto medicalizzanti: non possono prescriverla, ma vi fanno riferimento. Ad esempio: se una persona anziana cerca un assistente sociale, perché sta pensando di uccidersi e il primo (e talvolta unico) rinvio a questa persona è "cercare uno psichiatra", l'assistente sociale sarà altrettanto medicalizzante. Dopotutto, tra le righe di questo rinvio c'è la comprensione di: a) ciò di cui questo individuo ha bisogno è una "pillola magica" per il suo cervello; e b) ignorare che la sofferenza (dietro l'apparente desiderio di morire) è legata alle condizioni della loro vita sociale.

Inoltre, gli stessi processi di esaurimento, sofferenza e preoccupazioni che i professionisti dei servizi e delle politiche pubbliche, compresi gli assistenti sociali, di fronte alla precarietà dei contratti e delle condizioni di lavoro tendono ad essere analizzati e trattati, molte volte, in un'ottica individualizzante e medicalizzante, impattando sul processo di invecchiamento di questi stessi professionisti.

Vale la pena ricordare che questo avviso non è un giudizio valutativo sulla medicalizzazione in una società di classe che è così diseguale nell'accesso al reddito, ai servizi sanitari e a tante altre richieste di cittadinanza, come la nostra. I farmaci, in teoria, sono uno strumento di cura. L'uso che se ne fa, come di qualsiasi altra cosa inanimata, permeerà le questioni etiche, storiche, sociali, politiche e ideologiche. Il problema con la medicalizzazione è quello di ridurre la cura e il trattamento all'atto di medicare, e poi di iniziare a sovramedicare, poiché per tutto abbiamo l'offerta e la propaganda di una "ricetta magica", che, a sua volta, ignora la determinazione sociale del processo salute/malattia e inizia a trattare con un corpo separato dal contesto sociale e dalla realtà concreta – come se fosse possibile collocarlo in una cupola di vetro senza l'impatto di fattori esterni – e Come se non vivessimo in una società che ci ha fatto ammalare e, ogni giorno, ci ha rubato le condizioni per mantenere una salute mentale sostenibile.

Come ha affermato Fisher (2020), la biochimica dei disturbi mentali è proporzionale alla loro depoliticizzazione. Considerare la sofferenza e la malattia mentale solo come problemi chimici e biologici, e quindi individuali, è funzionale al capitalismo. Ciò rafforza una caratteristica del sistema e dei discorsi conservatori, che è l'individualizzazione dei problemi

⁷ La medicalizzazione non deve essere confusa con la semplice "medicazione". La medicalizzazione sta traducendo un insieme di fenomeni dal punto di vista della salute (discorso tecnico-scientifico per lo più biomedico); è trasformare esperienze considerate indesiderate (sociali, morali o politiche) in oggetti di salute (Freitas e Amarante, 2017).

sociali. Questo alimenta anche un mercato molto redditizio per le multinazionali farmaceutiche e i loro prodotti (Barboza, 2023).

Per quanto riguarda gli anziani istituzionalizzati (ma non solo), la scarsa conoscenza della maggior parte dei professionisti e dei familiari sulle differenze tra sofferenza, demenza, disturbo mentale, impatti neurologici e disabilità intellettiva è preoccupante. Questo tende a potenziare il trattamento della persona anziana in modo indifferenziato nella sintomatologia specifica di ogni condizione di salute, quindi, con minori possibilità di gestione coerente e di ridurre il danno nell'anticipo della malattia o della lesione.

Per non parlare delle persone anziane che non sono mai state visitate da un professionista o da un servizio di salute mentale, che non hanno ricevuto una diagnosi, ma che stanno usando farmaci (non) controllati, per loro volontà o per imposizione del familiare o dell'istituto di accoglienza. Vale la pena ricordare che la maggior parte di queste persone non è consapevole dei rischi dell'uso di farmaci controllati, come la dipendenza chimica, l'interazione farmacologica e altre realtà che possono causare danni di varia natura agli anziani (sanitari, finanziari, sociali), oltre a maggiori rischi di iatrogenesi⁸.

La buona notizia è che, come tutto ciò che è una costruzione sociale, queste pratiche possono anche essere decostruite, attraverso il servizio sociale, politico ed educativo (Almeida *in* CRESS, 2013) – che richiede prima di tutto di lavorare sui propri (pre)concetti: sulla salute mentale, sull'invecchiamento, sulla morte e molti altri. Dopotutto, come ha detto Agnes Heller (2016): non possiamo trasformare il mondo se non trasformiamo noi stessi.

Contribuire alla qualificazione professionale e all'ampliamento delle alternative assistenziali significa mettere in pratica il principio etico centrale del Servizio Sociale: la libertà, che corrisponde all'esistenza di alternative, alla possibilità di scelte (Barocco; Terra, 2012). È essenziale che gli utenti e i familiari sappiano quali sono le loro possibilità di scelta di fronte a queste condizioni di salute mentale, non solo la medicalizzazione. Solo in questo modo sarà possibile soddisfare le esigenze inerenti alla libertà: autonomia, emancipazione e piena espansione degli individui sociali.

L'autonomia qui discussa comprende non solo la capacità di indipendenza che consente agli individui di autodeterminarsi per prendere decisioni legate alla loro vita e alle loro relazioni sociali, ma anche l'apprezzamento, il rispetto e la considerazione delle opinioni e delle scelte degli altri quando si tratta di intervenire, ma anche l'apprezzamento e il rispetto delle opinioni e delle scelte degli altri durante l'intervento professionale (Barocco; Terra, 2012, p. 123).

⁸ Per iatrogena si intende qualsiasi alterazione patologica del corpo risultante dall'intervento del medico e/o di altri professionisti, corretto o meno, giustificato o ingiustificato, che si traduce in conseguenze dannose per la salute dell'individuo – in questo caso, la persona anziana (Carvalho-Filho *et al*, 1998).

Sappiamo che, sia perché si basa su una logica adulto-centrica, sia a causa dei retaggi del manicomio, del manicomio, o del controllo colonialista dei corpi (espresso nella schiavitù, nel colonelismo e in tanti altri lasciti maledetti di questo paese), non è raro che i professionisti intervengano nella direzione di ciò che capiscono essere il meglio per l'altro, senza consultarlo e senza nemmeno cercare di strumentalizzarlo socio-educativamente, con conseguente negazione/violazione dei diritti. Ruiz (*in* CRESS, 2013) avverte che la violazione dei diritti e l'autoritarismo non avvengono solo con azioni esplicite, ma anche con azioni discrete e omissioni.

Pertanto, valorizzare altre forme di cura (tra cui l'autocura e l'inter-cura, restituendo al territorio le sue potenzialità) è anche un modo per curare, prevenire e promuovere la salute mentale. Quando accogliamo e ascoltiamo gli anziani nella loro sofferenza (che è anche sociale), allarghiamo l'orizzonte, non solo per pensare a strategie di cura, ma anche per favorire l'accesso ai diritti.

CONSIDERAZIONI FINALI

I livelli epidemici di malattia mentale e/o di sofferenza estrema mostrano quanto questa società non possa più nascondere la sua incapacità di rispondere in modo umanizzato ai problemi che genera – se mai ne è stata in grado di farlo. Il mantenimento del modo di produzione capitalistico rappresenta, su più fronti, il rischio maggiore per la sopravvivenza dell'umanità. Ecco perché è urgente che il passo successivo alle critiche sia la sospensione del lavoro quotidiano e la socializzazione della conoscenza delle alternative esistenti a questo modello fallimentare di società.

Sottolineo che, quando ci si interroga sulla medicalizzazione della vita come risposta alla sofferenza e alla malattia mentale, non si tratta di ignorare la possibilità di una malattia, ma di capire che è necessario considerare l'individuo in questione indipendentemente da un'etichetta che cerca di definirlo – anche se l'individuo stesso si è introiettato e definito sulla base di questa etichetta. Per questo, come disse il padre della Riforma Psichiatrica Italiana, Franco Basaglia (1985, p. 28), "diventa necessario concentrarsi su questo paziente in modo da mettere tra parentesi la sua malattia", e non la sua vita, la sua storia e la sua sofferenza.

L'esperienza umana è varia. E anche se è importante essere in grado di dare un nome a ciò che si prova, avere categorie che facilitino la comunicazione agli altri su ciò che si prova, la diagnosi non dovrebbe essere un'etichetta, tanto meno una camicia di forza. È urgente capire

che è possibile riconoscere la sofferenza, la demenza, il disturbo mentale attraverso lenti diverse dalla semplice patologia. E ancora più urgente è che non si torni all'errore storico di affidare il controllo e la centralità del sapere a un unico ambito del sapere, permettendogli di occupare il posto di dittatore delle verità assolute – un posto che lo Stato e la Chiesa hanno già occupato e lasciato la loro eredità e i loro impatti.

A tal fine, è essenziale che il Servizio Sociale mantenga come riferimento il proprio progetto professionale etico-politico, guidato dalla costruzione di un nuovo ordine sociale. Ciò implica considerare il posto e l'appartenenza occupati dai diversi gruppi nella società, in base alla divisione sociale, sessuale, di età e razziale. È altrettanto importante riconoscere che la persona anziana in situazioni di sofferenza, qualunque essa sia, non è un cervello sciolto isolato dal proprio contesto sociale, di cui si deve tenere conto nella formulazione di risposte politiche adeguate.

Riferimenti

ALMEIDA, G. S. de. Notas sobre a complexidade do neoconservadorismo e seu impacto nas políticas sociais. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 720-731, set./dez. 2020.

AMARANTE, P., PITTA, A. M. F., & OLIVEIRA, W. F. **Patologização e medicalização da vida: Epistemologia e política.** São Paulo: Zagodoni, 2018.

BARBOZA, F. L. G. **Suicídio: o que sabemos e o que há para além do discurso hegemônico.** São Paulo: Dialética, 2023.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. TERRA, Sylvia Helena. Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (organizador). **Código de Ética do Assistente Social Comentado.** São Paulo: Cortez, 2012.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico.** Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica (nº 34) - Saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde. 176 p. 2013.

BRITO, C. G. S. ALMEIDA, F. V. ALMEIDA, C. C. L. Crise e Insurgências da Reprodução Social no Capitalismo sob Perspectiva de Gênero, Sexualidade, Raça e Classe. In: DUARTE, Marco José de Oliveira. ALMEIDA, Carla Cristina Lima de. (Orgs.). **Raça, Gênero & Sexualidade: Perspectivas contemporâneas no Serviço Social.** Curitiba: CRV, 2023.

CARDOSO, Â. M. R.; LIMA, M. da G.; CUNHA, T. R. da. Interseccionalidade de vulnerabilidades infantojuvenis na atenção em saúde mental. **Rev. colomb. bioética;** 16, no. 2. 2021.

CECCARELLI, P. R. A patologização da normalidade. **Estud. Psicanal**, n. 33, 125-136, 2010.

CRESS-RJ. **Projeto ético político e exercício profissional em serviço social**: os princípios do código de ética articulados à atuação crítica de assistentes sociais / Conselho Regional de Serviço Social (Org.). – Rio de Janeiro: CRESS, 2013.

CZERESNIA D., MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

CUNHA, Estela. **Velhices**: múltiplas faces de um processo socialmente construído. Juiz de Fora: UFJF, 2008.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CARVALHO-FILHO, E. T. *et al.* Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 1, p. 36–42, fev. 1998.

FISHER, M. **Realismo capitalista**. São Paulo: Autonomia Literária, 2020.

FOUCAULT, M. **História da loucura**: na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 2014.

FREITAS, F; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

GOLDFARB, Delia Catullo. **Demências**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. 11ª Edição. Tradução de Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. Rio de Janeiro; São Paulo: Paz & Terra, 2016.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política. Livro I: o processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

_____. **Para a crítica da Economia Política**. São Paulo: Nova Cultural Ltda, 2005.

NEVES, A. *et al.* A psiquiatria sob o neoliberalismo: da clínica dos transtornos ao aprimoramento de si. In: SAFATLE, V.; SILVA JUNIOR, N.; & DUNKER, C. (Org.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico** (pp. 125-175). São Paulo: Autêntica, 2021.

OLIVEIRA, C. A. de B.; BARBOZA, F. L. G.; ROSA, L. C. dos S. O trabalho com cuidados paliativos após tentativa de suicídio. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, [S. l.], v. 17, n. 5, p. e6663, 2024.

SAFATLE, V. A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral. In: SAFATLE, V.; SILVA JUNIOR, N.; & DUNKER, C. (Org.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico** (pp. 14-43). São Paulo: Autêntica, 2021.

TEIXEIRA, Solange Maria (org). **Serviço Social e envelhecimento**. Teresina: EDUFPI, 2020.

_____. Diferentes perspectivas teóricas acerca do envelhecimento e de políticas públicas para as pessoas idosas: situando o Serviço Social no debate. In: PAIVA, S (Org.). **Envelhecimento, trabalho e instrumentalidade do serviço social:** questões emergentes da prática profissional do/a assistente social. Recife: EDUPE, 2021.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia:** pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.