

DALLO PSICANALISMO

ALLO PSICOTERAPISMO

PER UNA **POLITICA** DELLA CLINICA E UNA PSICOTERAPIA CRITICA



ALLO PSICOTERAPISMO

RADIO 32 EDIZIONI (CC LICENSE)

**MATTEO BESSONE
MARCO SASSOON
MARTINO LIOY**

**DALLO PSICANALISMO
ALLO PSICOTERAPISMO
PER UNA POLITICA DELLA CLINICA
E UNA PSICOTERAPIA CRITICA**

**MATTEO BESSONE
MARCO SASSOON
MARTINO LIOY**

Dallo Psicanalismo allo Psicoterapismo
Per una politica della clinica e una psicoterapia critica

Matteo Bessone, Marco Sassoon e Martino Lioy

Prefazione a cura di *Edgardo Reali*

Impaginazione a cura di *Mariangela Tassone*



Radio 32 Edizioni (2022 CC License) - www.radio32.net - Ipse Lab APS

Info sugli autori

Matteo Bessone, psicologo, psicoterapeuta. Co-fondatore dello Sportello TiAscolto, ha curato il libro “Un nuovo mo(n)do di fare salute” della Rete Sostenibilità e Salute, attualmente studente di Salute Mentale Globale all’Università di Glasgow.

Marco Sassoon, psicologo psicoterapeuta; di formazione psicoanalitica, si sta attualmente specializzando in antropologia medica ad Amsterdam. Lavora con lo Sportello TiAscolto dal 2013, e nel 2019 ne ha promosso la sede milanese. Oltre alla clinica, si occupa di formazione, scrittura e attivismo.

Martino Lioy, psicologo psicoterapeuta, di formazione junghiana. Interessato e critico rispetto al rapporto fra mondi interiori e realtà collettive, ha lavorato con lo Sportello TiAscolto di Torino per 3 anni. Attualmente libero professionista, oltre all’attività clinica si occupa anche di gruppi espressivi e creativi e di psicologia del Male in ambito universitario.

Il Manifesto di Radio 32

“Radio 32 nasce dalla volontà di cittadini, professionisti e volontari di affrontare le fondamentali questioni legate alla tutela della salute da una prospettiva diversa, in grado di mettere veramente al centro la persona prima dei sintomi e delle malattie.

Radio 32 è una radio comunitaria, che vuole essere un’ottima ‘scusa’ per connettersi e creare reti informali, formali, territoriali e/o istituzionali. Reti di cittadini che in nome dell’articolo 32 della Costituzione italiana si impegnano ogni giorno per tutelare veramente la salute delle persone e della nostra società.

Da qui la nostra attenzione verso le parole. Handicappato, matto, tossico, migrante, vecchio, malato, disoccupato sono solo alcune delle tantissime ‘categorie’ con cui etichettiamo ‘chi non ce la fa’. ‘Parole’ che racchiudono vite singolari e particolari, perché dietro tutte queste ‘etichette’ ci sono persone: con le loro storie, i loro obiettivi e i loro difetti. E percepirlo non lascia indifferenti. Riteniamo che mettere al centro queste esistenze sia fondamentale per migliorare radicalmente la condizione esistenziale di tutti. Perché la medicina, da sola, può ben poco. Serve un sistema di cura basato sulla collettività e vogliamo favorire una rivoluzione culturale, un cambio di paradigma, nel mondo dell’assistenza e del supporto alle persone con un disagio fisico e/o mentale.

Perché essere malati, oggi, è soprattutto un fastidio sociale.

La povertà è divenuta una malattia, così come l’handicap e la vecchiaia. Anche emigrare, grande tradizione del nostro paese, è divenuta una malattia. Malati, inesorabilmente, divengono coloro che per professione si occupano dei marginali, di coloro che presentano “patologie sociali e relazionali” non curabili con un analgesico.

Radio 32 sarà un orecchio attento in un mondo dove, a dispetto del moltiplicarsi delle voci e degli strumenti di espressione, la capacità di ascoltare è sempre più rara. E faremo tutto questo con il sorriso, il primo vero atto di prevenzione, il primo atto di cura, il gesto forse più rivoluzionario in questo preciso momento storico.”

Radio 32, la radio che ascolta
www.radio32.net

Radio 32 è un progetto no profit di comunicazione sociale e inclusiva, realizzato da un gruppo di lavoro integrato, composto da professionisti, cittadini e persone che vivono una disabilità e/o un disagio mentale. Un progetto per promuovere una vera umanizzazione nell'assistenza sanitaria, per superare lo stigma e i pregiudizi che colpiscono le persone che vivono un problema di salute, per creare opportunità di formazione e lavoro per persone con disabilità. Per saperne di più visita www.radio32.net

INDICE

Info sugli autori	5
Il Manifesto di Radio 32	6

PREFAZIONE – 10

Perché leggere questo saggio?	10
La realtà negata dalla psicologia: superare un naturalismo non più sostenibile.....	11
La psicologia e la psicoterapia ‘negata’: rapporto dalle periferie della pratica clinica	14
Superare lo psicoterapismo, per una psicologia di base orientata al welfare di comunità	16

PARTE 1 – 20

Il contesto, Castel e Basaglia.....	20
Politica e clinica, ideologia e pratica	22
Psicanalisi, rapporto tra sessi e classi	24
Neutralità è Apoliticismo	25
Inconscio sociale e violenza simbolica	27
Medicina mentale, psicologizzazione e cambiamento	29

PARTE 2 – 34

Verso lo Psicoterapismo.....	34
L’istituzione del dispositivo clinico come dispositivo politico	39
La trasformazione del politico in intrapsichico: il Setting	42
Un dispositivo non democratico: consumo e riproduzione di tecniche di dominio e liberazione	45
Politicizzare lo spazio clinico	52
Politicizzare l’organizzazione del lavoro	58
Politicizzare le azioni.....	65
Conclusioni.....	72
Bibliografia	74
Bibliografia Prefazione	80

PREFAZIONE

a cura di Edgardo Reali

Perché leggere questo saggio?

La necessità di un approccio critico per far uscire dalla marginalità la psicoterapia e la psicologia nell'ambito dell'assistenza sanitaria

Per rispondere a questa domanda, vi proporrò tre temi che ritengo centrali da operatore della salute mentale, psicoterapeuta, che molto spesso svolge e articola il proprio lavoro al di fuori del 'setting clinico' classico. E lo fa per ragioni di sanità pubblica. Per ragioni etiche. Per rispondere ad una sofferenza che altresì non troverebbe ascolto, non troverebbe spazio. Per prevenire emergenze e danni maggiori e orientare alle cure. Per prendersi cura di sé e del dolore che l'ha investito. Perché dietro il professionista, c'è sempre una persona.

E nel fare questo, vede che la propria professione potrebbe avere ben altro impatto, se spogliata da idee e pre-concetti imposti da abitudini e comportamenti che poco hanno a che fare con il proprio campo di intervento e oggetto di studio e molto con il senso comune, con l'ideologia, e le mode del momento, di una società sempre presente, eppur data per scontata. Società spesso negata nella riflessione dei clinici, che vivono nella propria bolla socio-economicamente determinata, senza interrogarsi troppo, perché hanno già tutte le possibili risposte nei propri manuali d'intervento.

Tuttavia, la realtà è terribilmente più complessa. E spesso sfugge, acceca, quando supera le griglie astratte del manuale diagnostico descrittivo.

E quando la realtà irrompe nel cosiddetto setting clinico, nello studio dello psicoterapeuta, il professionista ha due possibilità per proteggersi dalla violenza di questa irruzione non desiderata: chiudersi nella propria bolla cognitiva, nella propria ideologia, è valutare quello che accade prendendone distanza, come un 'esso', un 'oggetto', sempre all'interno della propria griglia concettuale. Oppure aprirsi, incontrare l'altro al di fuori della propria bolla, come un 'tu', come una persona che vive quella stessa realtà a cui tutti apparteniamo, e comportarsi di conseguenza, proteggendosi e prendendosi cura di quella richiesta d'aiuto, nella consapevolezza dei propri limiti come professionista e cittadino.

Nel primo caso, il professionista produrrà ‘psicoterapismo’, ossia utilizzerà la propria conoscenza e il proprio potere per proteggere se stesso, producendo idee volte a preservare la propria professionalità e a descrivere l’abnorme incontro. Produrrà etichette diagnostiche per quelle persone, che quel setting non lo reggono e per le quali la psicoterapia tradizionale non funziona. Per nascondere la propria impotenza pratica come tecnico e professionista, redigerà descrizioni dettagliate e spaventose sulla gravità del disturbo incontrato.

Nel secondo caso, diversamente, si aprirà alla complessità, e nello svelamento dei propri, inevitabili, limiti professionali, avrà la possibilità di riconoscere quello che sta accadendo e ripensare, attraverso le proprie competenze, il proprio ruolo, il proprio intervento, le necessarie collaborazioni per un problema talmente grande, da richiedere risorse che solo una collettività, coordinata e collaborativa, può trovare. E le sue competenze psicoterapiche agiranno in ambiti diversi, supportando e informando gli aspetti organizzativi di una rete di persone che si coordina per raggiungere uno stesso obiettivo.

Perché i limiti più grandi della psicoterapia, al di là dei discorsi ‘tecnici’ che si possono fare su questa disciplina, sono determinati da fattori extra-clinici (le diseguaglianze sociali, le determinanti sociali di salute) come l’insostenibilità economica di un determinato intervento o dalla rigidità dell’apparato concettuale che guida il professionista, griglia interpretativa che scarica sul singolo, affetto da disturbo grave, l’impossibilità di accedere ad un percorso di cura adeguato. Quando forse, è proprio il percorso proposto ad essere inadeguato, non individualizzato, sulle esigenze e i bisogni reali del singolo cittadino.

Perché la salute, non c’è niente da fare, ‘costa’, soprattutto se su di essa non ci sono mai veri e propri investimenti, ossia attività che agiscono sulle cause reali di un malessere, troppo spesso ignorate dai cosiddetti ‘clinici’. Cause presenti in una società che andrebbe re-inventata.

La realtà negata dalla psicologia: superare un naturalismo non più sostenibile

Psicoterapeuti e psicologi troppo spesso sono stati formati e addestrati per non percepire la realtà sociale in cui operano, la cosiddetta società civile. E non sono ben consapevoli dell’origine filosofica, epistemologica e metodologica degli stessi concetti che usano¹.

¹ vedi ‘Fondamenti di psicoterapia fenomenologica. Cura di sé e psicologia non razionalista’ di Giampiero Arciro, Guido Bondolfi, Viridiana Mazzola Bollati Boringhieri (5 febbraio 2021)

Parlano di ‘mente’ come se fosse un oggetto osservabile, che sta lì, evidente. Parlano di ‘io’ come se fosse una cosa, che ha addirittura delle qualità intrinseche. Fin qui, niente di male, ma se ciò porta a dimenticare che dietro questi concetti ci sono delle persone in carne ed ossa², che vivono in un determinato contesto di vita concreto, inevitabilmente diviene un approccio potenzialmente ‘iatrogeno’, che limita gravemente la comprensione dell’altro, da parte del clinico, e la possibilità di individualizzare veramente l’intervento, di articularlo nella vita del paziente.

Negare la realtà in cui si opera vuol dire anche non interrogarsi abbastanza sull’utilità del proprio lavoro e/o su altre possibili azioni da intraprendere per affrontare un problema. Vuol dire ritenersi ‘neutrali’ rispetto alle cose del mondo, come se la propria professione non fosse parte integrante di quel sistema sociale e culturale in cui tutti siamo immersi.

E’ fondamentale trattare la psicoterapia - e la psicologia in generale - non come un ‘oggetto’, astratto, naturale, una cosa tra le cose, ma per quello che effettivamente è: un fenomeno storico. E per rispettare questo fenomeno nella sua storicità, ad esso non si può giungere attraverso idee e a priori astratti (ambiti tematici, costrutti), ma attraverso la ricostruzione narrativa del contesto socio-economico culturale in cui questo fenomeno si inserisce e nel riconoscimento delle pratiche effettive che promuovono la sua esistenza concreta, pratica e reale³.

A partire da questa consapevolezza, ci si rende conto che la psicoterapia non si svolge nel ‘vuoto’, ma è strettamente legata alla società che la genera: è un modo per prendersi cura della sofferenza, nato su determinati presupposti, in un determinato momento storico.

E il suo sguardo muta con il mutare di questo contesto.

Ad essere un fenomeno storico non è solo la psicoterapia, ma anche il disagio mentale che questa stessa disciplina intende curare. Cosa vuol dire tutto ciò? Che siamo di fronte a fenomeni in costante movimento, che cambiano di generazione in generazione. E questo cambiamento continuo sfida la capacità di categorizzazione dell’essere umano che sogna, per la propria stabilità mentale, una realtà fissa e immutabile, il cosiddetto mondo delle Idee.

Tuttavia, la realtà storica non è così. Sfugge, ma soprattutto ci espone alla singo-

2 Sé, identità e stili di personalità, di Giampiero Arciero, Guido Bondolfi, Bollati Boringhieri (14 giugno 2012)

3 Percorsi di cura. Psicoterapia fenomenologica e psicoanalisi: l’impraticabile incontro, di Vittorio Conti, Giampiero Arciero, Editore Vita e Pensiero (4 febbraio 2021)

larità delle esperienze. E al riconoscimento delle condizioni che hanno portato a quella singolarità. Dare voce a queste singolarità è la magia della psicoterapia, quando questo è possibile. Dare voce, ascoltare, essere liberi di parlare: questo rende il cosiddetto setting di cura, un posto veramente confortevole.

Perché è confortevole avere una persona che ti ascolta per un'ora con tutta la sua attenzione. Addirittura prendendo appunti. E' confortevole avere una persona che ti ricorda obiettivi, impegni presi, bisogni, desideri e ti aiuta a riconoscere e dare forma a quel marasma di sensazioni che stai provando o a sintomi inspiegabili di cui, per vergogna, non parli a nessuno.

E' confortevole la privacy, nella società del giudizio e dell'iper-controllo, reciproco, sociale.

E' confortevole parlare senza temere le conseguenze, anche solo emotive, di chi ascolta. Perché è confortevole confessarsi, senza peli sulla lingua, a se stessi e a qualcun altro: qualcuno di cui ci si può fidare, meglio se ritenuto importante, potente, quasi 'sacro', ossia 'separato' dalla comune quotidianità. Ci si lascia andare. Ci si fida. E, finalmente, ci si conosce, ascoltandosi mentre si parla.

Questo dispositivo, se utilizzato bene, può divenire un aiuto fondamentale per scegliere e autodeterminarsi. Può divenire il luogo dove rendere intelleggibili comportamenti, emozioni, azioni che altrimenti sarebbero difficili da 'comprendere'.

Tuttavia, se la sofferenza è troppa, non è il dispositivo a cambiare per venire incontro alle effettive esigenze della persona, bensì, il dispositivo rimane rigido, immutabile, producendo esclusione sociale, alimentando discriminazioni, barriere economiche, espressive, culturali e potremmo continuare.

Proprio le persone più fragili, le persone che hanno più bisogno di un sostegno per l'autonomia, non vengono prese in carico. Come se, la difficoltà a stare seduto su un lettino o a utilizzare prevalentemente il canale verbale per esprimersi, in automatico rendesse le loro vite prive di senso e significato.

Ma i significati stanno lì in attesa di essere visti, sempre presenti nelle azioni ed emozioni che ci muovono, incarnati in storie che possono rimanere mute, ma sono evidenti in traiettorie biografiche che chiedono ascolto, cura, una direzione.

La vita è significativa anche quando non è accompagnata immediatamente dalla

possibilità della parola. Proprio lì, dove il senso comune va più in difficoltà e la distanza di linguaggi si fa maggiore, la psicoterapia si ritrae. La ricerca di senso diminuisce. Di fronte all'incomprensibile, all'incommensurabile, il professionista si ritrae.

La psicologia e la psicoterapia ‘negata’: rapporto dalle periferie della pratica clinica

Le persone non accedono alla psicoterapia essenzialmente per motivi di natura economica e per motivi di natura clinica. E' troppo grave per una psicoterapia. Questa la sentenza che spesso spalanca le porte all'istituzionalizzazione.

La psicoterapia è un posto confortevole per pochi. O meglio, trova pieno funzionamento per una determinata classe di persone con determinati tipi di problemi. Quando una situazione si fa complessa, la psicoterapia tradizionale, infatti, non può bastare e per la persona comincia il vuoto. Nessun aiutante per comprendere la propria singolarità.

La psicoterapia lì non interviene. Accecata dalla convinzione che le idee e i significati siano chiusi nella testa delle persone, non lavora per dare senso alle situazioni di vita. Eppure, tutte le situazioni, sono situazioni emotive. Situazioni che implicano, data l'emotività vissuta, un possibile orizzonte di azioni. La Psicoterapia, intesa come scienza dell'esperienza personale, può sicuramente dare un grande contributo nella comprensione di tutte le esperienze limite legate all'assistenza in situazione di malattia grave e/o disabilità.

Ma si ritrae. Non si prende cura dei cosiddetti 'psichiatrici' o di persone con disabilità intellettive. Per motivi economici (ed il disturbo personale, troppo grave) e/o per il poco prestigio professionale all'interno della nostra società nel farsi carico delle persone più fragili.

Come scrive Benedetto Saraceno: **“la cura è azione pratica e affettiva al tempo stesso. Questa doppia natura richiede competenze pratiche e competenze affettive. Spesso i famigliari mancano delle prime e gli operatori sanitari delle seconde.** Questa doppia natura della Cura costituisce in sostanza la sua complessità e la sua trasversalità nella vita di ognuno: una attività alta e profondamente umana poiché coniuga l'intimità segreta e privata dei corpi, la gentilezza e il rispetto per i viventi, le pratiche umili e quotidiane dell'accudimento ma anche la consapevolezza di non essere solamente solitari produttori di oblatività ma parti di una comunità umana e sociale fatta di solidarietà e di concreti sostegni istituzionali. **La Cura è dunque un complesso**

atto bio-psico- socio-politico.⁴

Politico? Riprendiamo un testo di Martha Nussbaum.

“Quali potrebbero essere, dunque, le condizioni perché la cura venga incorporata nella nostra visione politica? Sembra necessario, innanzitutto, ripensare profondamente i nostri assunti sulla natura umana, riflettendo, in particolare su due concetti cruciali, dipendenza e autonomia”[3]. Le pratiche della Cura costituiscono una immensa mole di lavoro che, tuttavia, “continua a essere svolto, di solito senza retribuzione e senza che venga pubblicamente riconosciuto come lavoro. Organizzarlo in modo da non sfruttare coloro che si prendono cura degli altri sembra essere un altro compito centrale di una società giusta. “Un tempo si era soliti ritenere che questo lavoro dovesse essere svolto da persone (soprattutto donne) che non erano cittadini a pieno titolo e che, comunque, non avevano bisogno di lavorare fuori casa. Alle donne non era chiesto se volessero farlo: era semplicemente il loro dovere, e si riteneva che lo svolgessero per scelta, per amore, anche se di solito avevano poche possibilità di decisione in merito”⁵.

La psicoterapia, liberata dal ‘setting tradizionale’, può lavorare in modo proficuo per dare senso, per rendere maggiormente comprensibili, situazioni di vita complesse. Per ricostruire biografie, storie, portatrici di un’emotività produttrice di ‘sintomi’. E dietro questi sintomi, rintracciare le tracce di una vita che chiede di avere ascolto per trovare un senso, un orizzonte. Dare la giusta importanza e dignità a chi si occupa di questi atti di cura di base, fondanti e fondamentali per poter arrivare alle cure specialistiche, fornire strumenti per arginare la sofferenza e aprire nuovi orizzonti per sopportare e superare le porte chiuse dalla malattia.

La psicoterapia, e la psicologia, può lavorare proficuamente nelle situazioni di crisi. Fianco a fianco alle persone più deliranti, aiutandole a rimanere ancorate, sintonizzate, alla realtà.

Può aiutare le persone a orientarsi nelle cure e a costruire progetti terapeutici individualizzati. Ad organizzarsi nel ‘prendersi cura’ per progetti di vita realmente ‘sensati’ per la persona.

Può aiutare a comprendere le ragioni di un’emotività, soprattutto quando c’è bisogno di comprendere azioni compiute e l’accesso alla parola è limitato per una malattia e/o una disabilità.

Tutto questo non viene fatto. Quando sono interventi che possono cambiare la vita di molte persone.

Non viene fatto perché la psicologia, e la psicoterapia, non si è resa consapevole

4 La Cura, di Benedetto Saraceno, <http://www.sossanita.org/archives/14846>

5 Nussbaum MC. Le nuove frontiere della giustizia. Bologna: Il Mulino, 2007. p.120.

del proprio possibile ruolo a livello di sistema sanitario nazionale. Ruolo potenzialmente centrale nella programmazione e realizzazione di interventi efficaci ed umani.

Un supporto faticoso, in cui bisogna cambiare il proprio contesto, le proprie posture, le proprie modalità di intervento. E questo costa. Si preferiscono risposte pre-formate. Prettamente assistenziali e supportive. Tuttavia, il 'supportivo' è un lavoro di serie b nella nostra società.

Non si punta sull'umano. Si somministrano test. Si ascoltano empaticamente storie. Stop. Provare a interpretare la vita delle persone, addirittura con l'obiettivo di cambiarle, non viene fatto, perché è troppo faticoso. Se non impossibile. Servirebbe una psicologia meno marginale. Una psicologia in grado di muovere risorse, sia umane che economiche.

Superare lo psicoterapismo, per una psicologia di base orientata al welfare di comunità

Psicoterapismo è non mettere a tema che lo psicoterapeuta, come tutti gli operatori sanitari in un regime di libero mercato, guadagna sulla sofferenza delle persone e questo, in determinate circostanze, può influire ed avere un impatto su comportamenti, decisioni e scelte del clinico stesso. Portando lo psicoterapeuta in circoli viziosi e contraddizioni strutturali generate dal proprio ruolo sociale, su di cui, quindi, non ha alcun controllo.

Contraddizioni insite nella distanza tra l'essere un professionista ed essere un cittadino: psicoterapismo è negare queste contraddizioni e l'influenza del proprio ruolo sociale, con i suoi privilegi e le sue terribili contraddizioni, sul lavoro stesso di cura che si va a fare.

Scriva Basaglia «Noi neghiamo dialetticamente il nostro mandato sociale che ci richiederebbe di considerare il malato come un non-uomo e, negandolo, neghiamo il malato come non-uomo. Noi neghiamo la disumanizzazione del malato come risultato ultimo della malattia. [...] Nel momento in cui neghiamo il nostro mandato sociale, noi neghiamo il malato come malato irrecuperabile e quindi il nostro ruolo di semplici carcerieri, tutori della tranquillità della società...»⁶

Nel caso di Basaglia, era l'istituzione, la realtà da negare.

Nel caso dello Psicoterapeuta, attualmente lavoro per lo più svolto fuori dal Sistema sanitario Nazionale, è il setting classico la realtà da negare, quando la sof-

6 L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico. A cura di Franco Basaglia. Einaudi, 1968

ferenza che si presenta davanti a noi richiede una risposta più complessa e il setting, troppo rigido, diviene di per sé motivo di esclusione e discriminazione. Serve uno sguardo più ampio che il semplice rapporto professionista-cliente non può prevedere.

In altre parole, serve una psicologia che abbia come orizzonte i problemi di sanità pubblica. E, con i propri strumenti, possa rivelarsi una disciplina decisiva per migliorare la salute mentale di tutti.

Per fare questo, oltre gli psicoterapismi vari, serve una psicologia maggiormente ancorata al reale per uscire dalla marginalità che si è auto-imposta, quando il proprio oggetto di interesse (il come si sente la persona) è proprio il cuore del prendersi cura in ogni ambito della salute.

Un prendersi cura che può sempre essere orientato dalla psicologia. Una psicologia in grado di avere potere nella cura. E per questo è indispensabile l'arte politica.

“Politicizzare la clinica significa rendere esplicita, trasparente e manifesta la dimensione politica e collettiva che intrinsecamente e inevitabilmente caratterizza le esperienze umane di sofferenza e di cura nonché la responsabilità e il ruolo che ciascuno riveste nella creazione dell’esistente che condivide con altri/e.”

E fondamentale mettere al centro le contraddizioni del lavoro di cura, contraddizioni insite nel nostro sistema sociale, e problematizzarle per trovare, inventare, nuove forme di aiuto e assistenza. Più umane, più efficaci. Non farlo, senza mettere in discussione pose, posture, i propri interessi materiali, le proprie rigidità e abitudini socio-culturalmente (ed economicamente) determinate, continuando a teorizzare l'incurabilità dell'abnorme, significa 'naturalizzare' lo status quo.

Significa rinunciare ad un approccio realmente scientifico, neutrale e aperto, in cui si mette veramente in gioco il proprio corpus di conoscenze. E' naturalizzare il disagio diviene il modo di adombrare le dinamiche sociali effettive che rendono e trasformano un problema di salute in un'emergenza sanitaria vera e propria. Significa far cadere tutto nell'oblio, cristallizzare la sofferenza, contribuendo attivamente a mantenere lo status quo che la genera.

Significa dimenticare la contraddizione del nostro doppio ruolo, come tecnici e come cittadini di una comunità più ampia, in cui io e il 'paziente', in realtà, nella

comune appartenenza alla medesima società, ci diamo identità l'un l'altro.

D'altra parte, uno psicoterapeuta senza pazienti, rimane tale? E il suo bisogno di pazienti, per campare, può essere detto? O è meglio far finta di niente?

Eppure superare i tabù imposti dalla società, è un atto fondamentale per un buon esame di realtà. Partire dal 'contratto terapeutico' scritto, dichiarare il rapporto terapeutico in modo chiaro e trasparente, che lega una persona in cura al proprio curante, ricordando i propri limiti e l'orizzonte delle pratiche possibili, è il primo passo per riconoscersi come pari e poter cominciare a lavorare in modo efficace. Senza che il gioco del mondo ci trasporti in una in-autenticità che fa male alla persona e al clinico, producendo una sofferenza generata da continue, e non dette, dinamiche sociali.

In questo passaggio, la psicologia, e la psicoterapia, potrebbero fare un grande passo in avanti per uscire dalla marginalità e rivendicare l'importanza di un lavoro, la ricerca di senso individuale, sempre più indispensabile per affrontare una realtà così complessa e difficile, che richiede risposte sostenibili, anche economicamente.

Come afferma Basaglia (2000), "nel momento in cui io porto una persona a prendere coscienza delle contraddizioni in cui vive, non sto facendo un'azione tecnica ma politica. È vero però che io esplico così anche il mio essere psichiatra"⁷. Vale esattamente lo stesso, o forse di più, per ciascuno psicoterapeuta.

D'altra parte, dietro ogni teoria e formulazione teorica c'è una comunità concreta di ricercatori, studiosi, scienziati con un determinato background culturale, fatto di aspettative, convinzioni sul mondo, vissuti che influenzano la propria prospettiva sul mondo, spesso in modo irrazionale.

Questo vale, ovviamente, anche per la psicologia.

Come aveva già sottolineato Binswanger tanti anni fa: "Se c'è una cosa che va fatta in modo antropologico, questa cosa è proprio la fondazione della psicologia".

Buona lettura.

7 Franco Basaglia. CONFERENZE BRASILIANE. Raffaello Cortina Editore, Milano 2000.
A cura di Franca Ongaro Basaglia e Maria Grazia Giannichedda.

PARTE 1

L'obiettivo di questo lavoro è duplice.

Il primo è contribuire alla diffusione di “**Psicanalismo: psicanalisi e potere**” di Robert Castel, edito Einaudi in Italia nel 1975.

Il secondo è proporre una riattualizzazione del tema oggetto del libro che ne suggerisca, con le dovute cautele legate alle differenze tra i relativi contesti, l'applicazione - teorica e pratica - ed un'estensione agli attuali dispositivi psicoterapeutici.

In entrambi i casi, per fruire di tali concetti con atteggiamento di apertura, è richiesto al lettore un “doppio decentramento”: il primo necessario per l'incontro con un linguaggio, un modo di intendere, vivere e categorizzare il mondo che affonda le proprie radici in uno spirito del tempo, un luogo e un tempo radicalmente “altri”. Il secondo decentramento richiesto è quello che conduce nella zona di intersezione tra la dimensione clinica, individuale, e la dimensione politica, sociale, oggi, troppo spesso, apparentemente inconciliabili seppur sempre coesistenti in ogni luogo, tempo e gesto e ciascuna delle quali dotata di linguaggi e categorie proprie.

Il contesto, Castel e Basaglia

L'introduzione italiana a “Lo psicanalismo”, a cura di Franco e Franca Basaglia suggerisce un'immediata vicinanza tra le loro opere e quella di Castel, iscritte nel solco delle istanze sociali degli anni '60 tese alla critica e alla trasformazione delle istituzioni tradizionali, del ruolo degli intellettuali e della cultura, della scienza e degli operatori della cura, ritenuti funzionali all'autoconservazione e alla riproduzione dell'ordine sociale attraverso il mantenimento del consenso in seno agli stati liberali (Basaglia 1975).

In questo scenario socioculturale di grande fermento, Castel opera una **politicizzazione del lavoro di cura** che parte dalla **dimensione duale** della relazione psicoanalitica. Tale politicizzazione è speculare alla psicologizzazione (e alla medicalizzazione) del dato politico, attraverso l'utilizzo pervasivo delle categorie psicanalitiche che costituisce l'oggetto del suo lavoro. Così come tutto

influisce sulla salute mentale e può potenzialmente configurarsi come dato fagocitato dalle categorie analitiche, allo stesso modo tutto, influenzando sul campo sociale, rappresenta un dato politico potenziale.

Castel sceglie di trattare il rapporto diadico non solo come dato clinico (valutando gli effetti sulla salute mentale del paziente) ma anche e soprattutto come elemento politico (quali effetti ha sul campo sociale? Quali presupposti lo rendono possibile? Cosa significa, praticamente, in uno specifico rapporto tra classi?), inserendolo con i suoi processi, strutture, ruoli, differenze di sapere e potere, all'interno del processo storico. L'autore illumina così la **determinazione storica e politica del rapporto e del dispositivo analitico duale**, pur sottraendosi al rischio di indicare nella politicizzazione di tale rapporto una soluzione dotata, di per sé, di una qualche rilevanza politica reale.

Il contesto di Castel presenta somiglianze e differenze con quello entro cui Basaglia negli stessi anni, in Italia, opera la medesima politicizzazione del lavoro di cura, seppur con l'impostazione pragmatica che ne costituisce la cifra. È proprio Basaglia, nell'introduzione, a delinearne i tratti: "in Francia l'ideologia psicanalitica copre tutto. La realtà che sta sotto a questa ideologia è identica a quella italiana ma c'era lo spazio culturale perché la psicanalisi diventasse un'ideologia di ricambio, utile ad ogni tipo di interpretazione. Il manicomio, pur conservando le caratteristiche dei manicomi italiani, diventa allora oggetto di interpretazioni analitiche anziché luogo di azione e intervento". Nel commentare non senza ironica ambiguità l'opera di Castel, Basaglia sottolinea lo sfondo da cui si staglia la voce del sociologo: "l'anti-psichiatria [...] in Francia [...] è stata incorporata solo sul piano ideologico, come una nuova etichetta utile a teorizzare e a polemizzare su una realtà inesistente [...] **la critica di ciò che è la pratica della psicanalisi** salva il discorso di Castel dal rischio di proporre un'ideologia di ricambio" (Castel, 1975).

Il principale veicolo di questa ideologia era fornita, in Francia, dal **supporto istituzionale** alla psicanalisi: la **psicoterapia istituzionale**, sviluppata nella clinica psichiatrica di Saint-Alban-sur-Limagnole a partire dagli anni '50 da Llauradò, psichiatra spagnolo anarcosindacalista (Foschi, Innamorati, 2020), e fondamentale nell'influenzare il dibattito e le pratiche degli anni '60 e '70 di militanti e clinici del calibro di Fanon e Guattari oltre che per la nascita della psicosociologia¹.

Gli anni in cui Castel scrive, inoltre, sono caratterizzati trasversalmente, in Europa e negli Stati Uniti, da una forte **sovrapposizione tra psichiatria e psicanalisi**, non esclusivamente legata alle istituzioni entro cui entrambe si trovano a

1 La critica di Castel non risparmia la psicosociologia, nata dai modelli terapeutici degli anni '60, con l'obiettivo di un rinnovamento della società e considerata in quegli anni esempio virtuoso di scienza applicativa e militante.

operare, ma anche e soprattutto alle condizioni di selezione poste dalle “istituzioni” psicanalitiche. Nella pratica la maggior parte degli psicanalisti, dentro e fuori le istituzioni pubbliche, era costituita da medici e psichiatri. Solo tale categoria professionale rientrava, per le società psicanalitiche composte esclusivamente da medici, nei **criteri di ammissibilità alla formazione psicanalitica**, allargati tra la fine degli anni '50 e l'inizio degli anni '60 ad altre figure professionali.

La vita di Castel si intreccia con quella di Basaglia insieme a cui crea il *Réseaux Alternative à la Psychiatrie*, gruppo internazionale di intervento e riflessione sulla psichiatria. La forza di tale rapporto umano, politico e professionale traspare anche da alcune opere di Basaglia, definito da Castel uno degli uomini più importanti della sua vita (Castel, 2005). Inoltre il saggio di Castel “*La contraddizione psichiatrica*” compare come secondo nella raccolta “*Crimini di Pace*” (Basaglia 1975), volume collettivo curato da Basaglia. Nelle “*Conferenze Brasiliane*” (Basaglia 2000) inoltre sono numerosi i suoi riferimenti² a Castel insieme al quale, con Erving Goffman e Felix Guattari, condusse molti dei viaggi in Brasile che costituirono il materiale per la stesura delle *Conferenze*.

Nel 2011, ad una giornata per i 50 anni dell'esperienza di Gorizia, Castel, lungi dal considerarsi un nostalgico combattente passatista³, ribadì la necessità di ripensare cosa significhi oggi, nella teoria e nella pratica, alla luce delle nuove sfide della società contemporanea, avere una postura e una pratica critica come quella incarnata da Basaglia.

Politica e clinica, ideologia e pratica

Il testo si colloca tra la spinta critica speculativa di Foucault, definita da Castel (2005) - pur riconoscendone i meriti - “tesi filosofica di ispirazione romantico-surrealista” di cui condivide l'impostazione “genealogica”, e quella pratico-trasformativa di Basaglia.

A fronte della pervasiva capillarizzazione, attraverso la psicoterapia istituzionale, della psicanalisi nelle istituzioni deputate alla tutela della salute mentale della popolazione, Castel delinea un'analisi delle **funzioni sociali assunte dal dispositivo psicanalitico**. Come Basaglia, ravvisa il rischio che questo possa diventare un'ideologia di ricambio entro cui le funzioni sociali della psichiatria

2 Nelle Conferenze Brasiliane risulta incredibilmente attuale l'analisi di Castel ripresa sia da Basaglia che, nell'introduzione, da Giannichedda. A partire dal lavoro sulla “decarceration” di Castel negli Stati Uniti e dal confronto con i processi osservati, vengono distinte due diverse spinte che portarono e portano allo smantellamento delle strutture manicomiali e dei servizi pubblici, a livello globale: “l'anima “reaganiana” dei tagli alla spesa pubblica e dell'abbandono dei malati, e quella dei diritti di cittadinanza e dell'offerta di un'alternativa di cura”. “Hanno chiuso il manicomio pubblico perché non serviva più a niente se non a sprecare denaro, cioè non aveva più senso, sia perché non era più uno strumento sufficiente di controllo sociale sia perché produceva una spesa troppo grande[...]. Si potrebbe dire che quello che in America è venuto “da destra” da noi è venuto “da sinistra”” (Basaglia, 2000).

3 <http://www.youtube.com/watch?v=oA0vyuNQU6Y>

classica possano essere mantenute sotto la più umana veste dell'intervento psicanalitico.

La pratica psicanalitica viene così inserita nell'onda lunga della storia dei dispositivi sociali, medici e psichiatrici che, in una **metamorfosi**, cambierebbero forma per adattarsi alle esigenze della società moderna; finalmente liberati dal giogo delle istituzioni totali che ne limitavano il potere, continuerebbero ad esercitare una funzione di controllo e mantenimento dell'ordine sociale non più nelle forme autoritarie tipiche delle precedenti istituzioni totali, ma attraverso manifestazioni più raffinate e sottili di manipolazione profonda e persuasione individualizzata.

“Lo Psicanalismo” verte su due assi epistemologici che ne costituiscono il fondamento per la valutazione di funzioni ed effetti sociali della psicanalisi. Fonda e si fonda su uno spazio le cui coordinate sono rappresentate **dal superamento**, da una parte, **di quella “rottura epistemologica”** indicata da Althusser che decretava l'irriducibile separazione tra due settori epistemologici incommensurabili, quelli dell'inconscio e delle pratiche sociali, il dominio del soggettivo e quello dell'oggettivo, delle strutture personali e sociali, e, dall'altra, dell'**articolazione speculativa** con funzione ideologica dei rispettivi domini.

Laddove il superamento della rottura epistemologica consente a Castel di addentrarsi nel rapporto, sempre immediatamente dato, tra **analitico ed extranalitico, clinico ed extraclinico**, individuale e politico, tale riconciliazione non può che misurarsi sul campo della pratica, che rende possibile una **trasformazione delle condizioni reali** andando oltre la “eternità della riflessione” (Castel, 1975) speculativa che l'autore ravvede, ad esempio, nella Scuola di Francoforte o nel soggettivismo critico sartriano. Ammessa la possibilità di riconciliare critica sociale e psicanalisi, tale riconciliazione tra il dominio della soggettività e quello della politica (tesi rispettivamente alla liberazione individuale e alla liberazione sociale) non può rimanere mera conoscenza intellettuale nel campo di un sapere che diventa ideologico sottraendosi al confronto con le **pratiche reali** e dei loro concreti effetti sociali⁴.

L'articolazione tra politico e clinico implica una rappresentazione dell'area clinica come doppiamente circoscritta: da una parte l'esistenza dell'extraclinico, del

4 E' esattamente tale senso pratico (Bourdieu 1980) che avvicina Castel a Bourdieu di cui fu collaboratore e che, ne lo Psicanalismo, ne guida l'accusa, pur con il rispetto dovuto ad un'opera di cui riconosce il valore, a l'AntiEdipo che negli stessi anni stava diventando il simbolo della critica alla psicanalisi paradossalmente amplificandone gli effetti e il campo d'azione. L'AntiEdipo, egli sostiene, oltre a problematizzare esclusivamente il nucleo del discorso teorico del dispositivo analitico e della sua matrice, ne costituisce una “revisione interna”, intraanalitica, i cui effetti si tradurrebbero, praticamente, in un allargamento della “fascinazione analitica”. L'effetto pratico della psicanalisi non sarebbe ridimensionato bensì ampliato dalla critica, tutta teorica de l'Antiedipo, che ne amplierebbe lo spazio di azione. La schizoanalisi, in questa prospettiva più che mettere in discussione il dispositivo analitico, consentirebbe un'inflazione analitica, un allargamento dei suoi poteri, liberati in fine dalle ristrette e superate maglie delle teorie edipiche in cui erano state rinchiusi dagli psicanalisti classici senza però modificare i suoi effetti sociali reali valutati secondo criteri ad essa esterni, non analitici.

politico, fuori del dispositivo analitico, ma anche della presenza di questo extranalitico nel dispositivo analitico stesso; sostiene Castel: “bisogna mettere in questione questa opposizione dell’intra e dell’extranalitico” (Castel, 1975).

Sono questi i presupposti che informano la **sociologia della psicanalisi**: questa “non si accontenterà di descrivere eternamente contesti, ambienti, strutture sociali su cui una psicanalisi tutta costituita in base alle esigenze dell’ascolto inconscio sarebbe venuta a posarsi” e non potrà che costituirsi attraverso l’identificazione degli “**elementi della realtà nel reale analitico**”(ibidem).

Psicanalisi, rapporto tra sessi e classi

Castel introduce il libro con una dichiarazione che ne illustra spazio e metodo d’indagine: “il contenuto di questo saggio vuole essere an-analitico” scrive, e prosegue abbozzando una definizione di **psicanalismo**: “l’ombra gettata dalla psicanalisi, ciò che essa oscura, che rimane ad essa opaca, sia all’esterno che all’interno del suo campo”. Per Castel la psicanalisi diventa oggetto di studio, un **corpus teorico-pratico** di cui denuncia la pretesa di “assenza di gravità sociologica”.

Questo dispositivo teorico-pratico, storicamente determinato, al contrario “opera nella struttura sociale”, “occupa un posto nel contesto sociostorico”, ha effetti diretti e indiretti ed “è dotata di una precisa logica di diffusione ed assume specifiche funzioni rispetto all’insieme di pratiche con esso coesistenti nello stesso campo sociale”. Castel include tutti gli effetti dell’istituzione della psicanalisi analizzati **fuori dalle griglie osservative che essa impone per la propria riproduzione, in rapporto alla struttura sociale** e alle analisi politiche che invalida a favore del discorso soggettivista, intimista e apolitico imposto nella privatezza della scena clinica e fuori di questa, per affermare se stessa.

L’analisi sociopolitica di Castel mira a cogliere gli **effetti reali nel rapporto tra classi e nell’organizzazione e nella struttura sociale legata alle pratiche e alle teorie psicanalitiche**, le sue funzioni nell’economia dei **rapporti sociali** e il loro inevitabile posizionamento nel continuum **dominio-subordinazione**, mantenimento-sovertimento dell’ordine sociale e (ri) produzione o contrasto delle disuguaglianze sociali. Tale collocazione (e i suoi effetti) non riguarderebbe, per Castel, usi o applicazioni specifiche di pratiche analitiche degradate o compromesse che lascerebbero intendere la possibilità di un recupero di una supposta funzione emancipatrice originaria psicanalitica. Gli effetti sociali deriverebbero in **maniera immediata dal cuore (tecnico, pratico e teorico) del dispositivo analitico** stesso in una posizione privilegiata tra ideologie e istituzioni deputate al controllo sociale e al mantenimento

dell'ordine sociale.

Castel non nega, ciononostante, una certa **spinta progressista** di cui **la psicanalisi** sarebbe stata portatrice. Questa viene però circoscritta alla contingenza storica in cui si sarebbe costituita, in primo luogo, e in secondo alla dimensione teorica a cui sarebbe stata relegata per proteggere e diffondere il dispositivo.

Pur avendo posto l'accento sullo svantaggio delle donne, la psicanalisi non avrebbe portato fuori dalla drammaturgia privata dello spazio clinico, all'interno dello spazio sociale, alcun contributo reale nel cambiamento nel rapporto tra sessi. Nella congiuntura storica accidentale in cui si è prodotta la concezione di psicanalisi rivoluzionaria, questa in realtà avrebbe **sottratto la condizione di subordinazione delle donne dal terreno politico dei giudizi di valore e delle pratiche sociali, relegandola al discorso dell'inconscio, individuale** e, seppur prodotto di una precisa epoca storica, considerato universale. L'opera psicanalitica, pur considerando le condizioni di oppressione sociale delle donne, non può essere considerata neutrale rispetto all'azione di **patologizzazione della sofferenza femminile** derivante dal rapporto tra le donne con le strutture oppressive di potere. Diversamente dalla proposta più propriamente politica di Reich a partire dal medesimo problema e dalla medesima analisi, il cambiamento della concezione della sessualità legato **alla teoria del rapporto con il sesso** di Freud non avrebbe avuto alcuna implicazione per la **teoria e la pratica del rapporto tra sessi** immutati davanti alla proposta psicanalitica di un'emancipazione e una liberazione risultanti da un'avventura personale, clinica.

Neutralità è Apoliticismo

Castel identifica il motore simbolico degli effetti sociali psicanalitici al centro del dispositivo nel cuore della relazione duale e nella tecnica che la regola. Per funzionare, il dispositivo impone, al clinico e all'analizzando, la **necessarietà della convenzione della neutralità**.

“La struttura del rapporto analitico si sviluppa sulla base di un rapporto sociale tipico delle società liberali studiate, tra gli altri, da Erving Goffman (1976) sotto la categoria di rapporto di servizio personalizzato ovvero del **rapporto che unisce uno specialista qualificato ad un cliente in un'economia di mercato**” (Castel, 1975). La convenzione analitica, nello spazio della relazione duale, costituisce la matrice entro cui vengono prodotti gli effetti che riverberano esternamente allo spazio analitico.

Se Castel sostiene la necessità di identificare “**gli elementi della realtà nel reale analitico**”, quello che osserva nella psicanalisi è che la convenzione ana-

litica, all'interno dello spazio clinico, **“lascia fuori la realtà [sociopolitica ndr.] per smascherare il reale (analitico)”**. La psicanalisi circoscrive il luogo originale, l’“altra scena”, con processi di funzionamento differenti rispetto al dinamismo “naturale” dei rapporti sociali. All’interno di questo campo astratto “la realtà deve essere sospesa perché possa manifestarsi **la dinamica propria dell’inconscio [...] solidale con lo spazio e gli assiomi che lo istituisce**”.

Per Castel, l’istituzione della psicanalisi⁵ **presuppone l’invalidazione**, la neutralizzazione della realtà sociostorica e sociopolitica all’interno dello spazio clinico e **impone** un sistema di assiomi, costituendo e istituendo un’astrazione che **esclude i determinismi sociopolitici** a molti livelli⁶. Si fonda come dispositivo tecnico ove affetti e investimenti sono **controllati ed educati dalla convenzione che questa impone**. Lo psicanalismo rappresenta “l’implicazione sociopolitica del misconoscimento del sociopolitico”, configurandosi come **attiva invalidazione istituita dalla convenzione arbitraria quanto necessaria della neutralità**.

Lo psicanalista neutro diventa **“socialmente neutralizzabile”**, **“tecnicamente neutralizzato** dal ruolo che si impone” e **“praticamente neutralizzante”**, invalidando ogni determinazione sociopolitica reinterpretata secondo il discorso analitico. Attraverso l’esigenza tecnica che impone un’astrazione della realtà, “la neutralità diventa il paravento per non pensare alla responsabilità nella società dello psicanalista”.

Castel riconduce la neutralità dell’analista, dal punto di vista politico, all’interno dello spazio clinico, ad una posizione di **consenso verso i valori e agli atteggiamenti dominanti**.

Il fatto che sia possibile neutralizzare per l’analista le proprie posizioni politiche come cittadino significa che queste costituiscono “variazioni marginali sulla base di un consenso”. Tale neutralizzazione, ricorda Castel, è possibile, ma solo a certe condizioni sociopolitiche mai concettualizzate dagli psicanalisti⁷. Per

5 Attribuiamo qui a “istituzione” della psicanalisi un duplice significato. In primo luogo come sostantivo derivato dal verbo “istituire” ovvero il movimento che permette alla psicanalisi di nascere, affermarsi e fondarsi come sapere entro lo spazio clinico per poter essere diffuso all’esterno di questo. In secondo luogo come organizzazione e corpo sociale disciplinato da regole, norme, consuetudini, ruoli, strutture di potere, rappresentato principalmente dalle società analitica e dal suo dispositivo formativo attraverso cui i cittadini, attraverso processi di apprendimento e introiezione, vengono socializzati.

6 Castel colloca tale esclusione a livello della sua instaurazione, nel contratto; a livello del suo svolgimento, nel rapporto duale; a livello dei materiali, nella formazione dell’inconscio; a livello dei concetti ovvero le categorie utilizzate.

7 Castel delinea i due prerequisiti sociopolitici e storici entro cui avviene tale neutralizzazione. Li identifica in 1) condizioni di endogamia sociale (in cui i due interlocutori condividono, in un doppio conformismo, l’insieme dei valori dominanti) e 2) condizioni di pacificazione sociale ovvero quelle circostanze in cui la sicurezza di base dei destini sociali consente un’analisi dei destini individuali diversamente da quanto accade in contesti caratterizzati da una forma più brutale ed esplicita di violenza indirizzata verso particolari fasce di cittadini in virtù della loro appartenenza politica, sociale, come testimoniano la vita e le opere di Benasayag o di Martin-Barò. Un altro contesto sociostorico che ha dimostrato la

quanto uno psicanalista possa mascherare le proprie posizioni politiche, il suo posizionamento nello spazio sociale, “la situazione oggettiva che occupa significa politicamente qualcosa”: non è socialmente neutro per le modalità della sua formazione o “per i segni di censo e prestigio” in cui è immerso. Tuttavia le sue appartenenze, in particolare **la sua appartenenza di classe**, lo rendono neutralizzabile senza assumere “posizioni di spicco sullo sfondo degli atteggiamenti sociopolitici dominanti”.

L'**atteggiamento dell'analista** viene **trasposto nel rapporto** in cui la posizione di consenso sociopolitico diventa la **regola tecnica** della neutralità analitica che presuppone e impone l'**a-politicismo** come referente normale della situazione analitica, “la sua velocità di crociera”. “La neutralità produce l'apolitico come il panettiere produce il pane”⁸.

E' in questo senso che la psicanalisi tralascia completamente il problema del suo significato extranalitico. “Tuttavia questo non cancella le conseguenze politiche ma le conserva” (ibidem), consolidando lo status quo e impedendo analisi in termini extraclinici della neutralità che impone e della neutralizzazione che opera. “**Tecnicamente parlando la neutralità analitica è la condizione di possibilità del transfert, politicamente parlando è incarnazione politica dell'apoliticismo**”.

Inconscio sociale e violenza simbolica

La critica di Castel alla psicanalisi non è volta a ciò che questa è, ma alla **mancanza di consapevolezza** di quello che è, alla pretesa di essere ciò che non può essere: neutrale. La psicanalisi, come corpus teorico-pratico, implica, come condizione della propria possibilità, “ciò che esclude per esistere”, definito da Castel il suo “**inconscio sociale**”: i punti ciechi nelle condizioni di possibilità del rapporto, misconosciuti per fornire una rappresentazione prestigiosa e non prosaica di sé.

Suonano attualissime le riflessioni di Castel quando sostiene che “il **denaro** in psicanalisi conserva un potere economico reale che fa della psicanalisi, il più delle volte, un'attività di lusso tra partner privilegiati. L'esistenza di alcuni marginali con cui stipulare un contratto addolcito, ossia gratuito, non muove affatto la situazione oggettiva in cui continua a muoversi la situazione analitica. Come tutti i ricchi, lo psicanalista ha i suoi buoni poveri” (ibidem). “Il denaro non è solo la realtà economica che bisogna possedere per accedere all'analisi, è anche ciò che

rilevanza e l'ineludibilità della dimensione politica per la psicanalisi è la Seconda Guerra Mondiale.

8 L'analogo con il panettiere evoca immediatamente Adam Smith, in *La ricchezza delle nazioni*: “non è dalla benevolenza del macellaio, del birraio o del panettiere che ci aspettiamo il nostro desinare, ma dalla considerazione del loro interesse personale. Non ci rivolgiamo alla loro umanità, ma al loro egoismo”.

funziona nell'analisi stessa e produce effetti a livello dell'economia inconscia. Colui che deve pagare la sua psicanalisi di persona conducendo per parecchi anni una vita assurda non avrà lo stesso rapporto con l'analisi, con l'analista, e quindi nemmeno con il proprio inconscio, di un altro che ha venduto qualche ettaro di terra per diventare eminente didatta" (ibidem).

Oggi, così come nella psicanalisi trattata da Castel, prima dell'avvio del rapporto clinico e della stipula del contratto terapeutico che sancirebbe la soglia oltre cui sarebbe possibile considerare valido e legittimo l'utilizzo di discorsi e categorie intrapsichiche, tale interesse economico viene trasformato: l'interpretazione (o la ricategorizzazione), in un'azione che Castel, riprendendo Bourdieu, definisce di **violenza simbolica**, riduce il denaro esclusivamente a supporto simbolico individuale invalidandone la verità materiale e con questo il valore sociopolitico della transazione e delle reali condizioni economiche dei cittadini, occultando altresì il posizionamento sociopolitico del clinico con le proprie responsabilità.

Ma la violenza simbolica che, come ogni violenza simbolica, necessita di un potere, in questo caso quello analitico, non agisce esclusivamente sulla risignificazione del denaro. Impone significati legittimi, apolitici, dissimulando i rapporti di potere che stanno alla base della propria forza. Il potere del dispositivo analitico viene "rafforzato dal consenso che gli vale la **dissimulazione del meccanismo della propria efficacia e del proprio funzionamento**". "Riduce tutta la minaccia che comporta (nei termini di spiegazioni delle azioni nel mondo ndr.) alle minaccia che spiega", reinterpretata come "difesa" in una sorta di "**totalitarismo analitico**" che agisce, senza un'autorità manifesta, attraverso **manipolazione e persuasione** sul corretto sentire a partire dalla definizione, anche materiale, di un **contratto la cui definizione non presenta spazi di contrattualità** (ibidem).

Pur partendo da presupposti epistemologici molto distanti dal soggettivismo sartriano le conclusioni sul potere e sulla violenza simbolica nella relazione terapeutica di Castel sono molto vicine alle considerazioni dell'esistenzialista a partire dalle vicende dell'"uomo con il magnetofono": "il capovolgimento operato da Abrahams⁹ dimostra chiaramente che la relazione analitica è di per se stessa

9 "L'uomo con il magnetofono" è Jean-Jacques Abrahams che torna, dopo tre anni dall'interruzione da lui voluta, dallo psicanalista con cui fu per quindici anni in cura. Abrahams decide di portare con sé un magnetofono dichiarando la propria intenzione di registrare la seduta e porre sotto esame il suo analista. Il dott. Van Nypelseer inizialmente si oppone alla richiesta affermando che la seduta non sarà svolta in presenza del magnetofono con cui però di fatto, Abrahams, stava già registrando. Durante tutta la scena Abrahams, con una violenza di segno opposto a quella che lo aveva relegato ad essere oggetto di studio, si appropria del ruolo di clinico, interrogando il clinico. "Che cos'è la realtà?" gli domanda Abrahams. L'analista invece di entrare nel merito delle questioni poste da Abrahams, non parla. Si limiterà ad additare il suo comportamento come violento perché impone, contro la sua volontà, uno strumento di registrazione dimenticando di averlo obbligato alla posizione sdraiata di spalle che, sostiene Abrahams, impedisce qualsiasi possibilità di guardare negli occhi la realtà, quindi guarire. Abrahams, che accusa l'analista di non essere capace, in realtà, di guarire le persone, viene accusato di essere "pericoloso perché misconosce la realtà". Durante la scena, un po' commedia, un po' satira e un po' tragedia, lucidamente afferma che non commetterà alcuna violenza verso il dottore, come questo (forse)

violenta, qualunque sia la coppia medico-paziente” (Conserva, 2017).

Castel situa la psicanalisi, posizionando il suo (non) posizionamento entro il quadro delle **ideologie dominanti**. Si riferisce esplicitamente all’“ideologia tedesca” marxiana. Questa, prodotto di intellettuali che si credono in opposizione alla tradizione, illusi che la liberazione dell’uomo possa costituire un’avventura intellettuale, speculativa, risultato dell’“avvenire di un’idea”, avrebbe occultato le contraddizioni specifiche della società tedesca contribuendo al suo mantenimento. La psicanalisi agirebbe allo stesso modo nel contesto francese e tale effetto ideologico che conserva e riproduce l’ordine esistente sarebbe tanto più pervasivo ed efficace quanto più il sostrato di classe sembra e si presenta (e pretende di essere) indefinito.

Medicina mentale, psicologizzazione e cambiamento

Uno dei meriti del lavoro di Castel è senza dubbio la collocazione dell’analisi della teoria e della pratica **psicanalitica** nella storia dello **sviluppo della medicina mentale** e del suo rapporto con le scienze e le pratiche psichiatriche, classiche e moderne¹⁰.

La giustapposizione psicanalisi-medicina mentale e psicanalisi-psichiatria permette di definire con maggior chiarezza alcune funzioni ideologiche, di cui la psicanalisi assicurerebbe la permanenza, solitamente ascritte in via esclusiva alle pratiche psichiatriche, di cui questa costituirebbe una prosecuzione logica.

Tale giustapposizione consente di mettere in luce, per interrogarli, il **ruolo e il mandato sociale dello psicanalista** in un processo di **decostruzione** analogo a quello che costituì il minimo comun denominatore di quella critica sociale, pratica e teorica, del ruolo e del mandato sociale della psichiatria, della quale gli psicanalisti, aumentando il proprio prestigio, hanno indubbiamente giovato.

Castel misura lo sviluppo della medicina mentale attraverso due movimenti: da una parte l’**allargamento del margine di intervento** (dal “pazzo furioso” al “normale”) e, dall’altra, a questo correlato, lo **sfaldamento della struttura istituzionale** che veicolava tali brutali interventi rieducativi. All’interno di tali movimenti Castel suggerisce che il rapporto tra psicanalisi e psichiatria classica possa essere inteso, entro una certa scala e con le dovute cautele, come un **anta-**

vorrebbe per poter vedere confermate le sue aspettative e legittimare il suo potere. Curiosamente, ma forse neanche troppo, Abrahams sarà internato e, fuggito dal manicomio, spedisce la registrazione alla redazione del giornale diretto da Sartre insieme a Pontalisi e Pingaud. Sartre, che decide di pubblicare il lavoro contro il parere dei colleghi, commenta l’accaduto ricostruendo i rapporti di potere entro cui possono essere letti i fatti: l’analista dall’alto dell’autorevolezza che gli viene dalla mancata reciprocità della relazione terapeutica, dal fatto di essere un dottore sano e non un paziente malato “decide da solo, sovranamente, di quel che è il reale”.

10 Lo Psicanalismo è “un libro radicale perché, per la prima volta, la psicanalisi viene specificata solo all’interno del potere psichiatrico” scrive Foucault nelle note alla lezione del 7 novembre 1973.

gonismo reale: a livello individuale la morbida psicanalisi, una volta istituzionalizzata, agisce realmente in maniera diversa, in opposizione alla violenza della psichiatria classica. Tale antagonismo reale, le reali differenze nelle modalità di trattamento degli individui proposto dalla psicanalisi rispetto alle pratiche psichiatriche, sarebbe funzionale ad un **antagonismo ideologico**, mascherandolo. A partire dalle esigenze sociali di divisione funzionale del lavoro (psiciatra cattivo vs. umano analista) la presunta discontinuità della psicanalisi con i dispositivi di tutela della salute, a livello sociale, continuerebbe ad esercitare le funzioni legate al mantenimento dell'ordine sociale tipiche delle pratiche psichiatriche. La psicanalisi consentirebbe un'inflazione dello schema medico, il superamento delle soglie fisiche del manicomio e diagnostiche (con e per un ampliamento dei casi cosiddetti "trattabili") che limitavano l'azione medica¹¹. Elasticizzando le categorie, sfaldando i criteri che dividono sani da malati e permettendo al pensiero medico una maggiore capillarità all'interno della società, la psicanalisi diventa un "operatore dello spostamento della modalità di intervento medico accrescendone l'efficacia sociale" (Castel 1975). Tale analisi permette a Castel di svelare il ruolo complice della psicanalisi alla **politica del "settore"** - oggetto di molte delle critiche anche di Basaglia - che avvicina la medicina ai luoghi della comunità e ai contesti di vita delle persone conferendo un volto buono, più umano, ad un corpus teorico e pratico la cui realtà della pratica quotidiana resta inalterata. Castel attribuisce un ruolo specifico della psicanalisi nella diffusione di una "psichiatria di settore" che volendo essere "una nuova politica della salute mentale diventa una nuova strumentazione tecnica di una politica di cui non riesce a ridefinire gli scopi" (ibidem).

In questa operazione di estensione degli schemi di intervento (bio)medici, la capillarizzazione della psicanalisi agisce anche educando e socializzando, amabilmente e sotto una coltre soffice di incondizionata accettazione, il vissuto degli individui ad una particolare visione delle interazioni individuo-mondo-sofferenza-cambiamento che ne fortifica le funzioni ideologiche. Se la **sofferenza costituisce il prodotto dell'interazione dell'individuo con il proprio contesto** all'interno di determinati assetti economici e culturali, la psicanalisi ieri, così come buona parte della psicoterapia oggi, non propongono che un'azione di trattamento individuale. Le possibilità di cambiamento dei processi interattivi e reciproci tra individui e il contesto sono relegate entro la sfera delle strutture soggettive, personali e private. Castel sottolinea che nello schema medico esteso per mezzo della psicologia l'eventuale riconoscimento della "dimensione sociale" della sofferenza non si traduce in analisi e azioni all'interno di tali strutture oggettive con interventi volti al cambiamento degli assetti sociali, ma assume la maggior parte delle volte la forma di un ampliamento, all'interno di questi

¹¹ Una grande parte dell'inflazione dello schema medico a cui si riferisce Castel, oggi si accompagna all'"inflazione diagnostica" (Frances 2013), alla sovradiagnosi, al sovratrattamento, e ai fenomeni di "disease mongering", la creazione di nuove "patologie" al fine di aumentare il bacino di trattabilità.

contesti di vita, dei luoghi sempre nuovi in cui verrebbe agita una presa in carico funzionale all'azione terapeutica individualizzata, privata. L'analisi di Castel evidenzia le responsabilità della psicanalisi nella diffusione di una **psicologizzazione delle strutture oggettive** delle istituzioni entro e a fianco di cui opera, oltre che **delle strutture e dei processi sociali** che contribuisce a difendere e mantenere. Questa psicologizzazione è da ricondursi alla violenza simbolica in favore del discorso dell'inconscio e del desiderio, sempre individuali, e della reinterpretazione di strutture e istituzioni sociali, dei loro processi e funzioni, attraverso l'utilizzo delle categorie analitiche che, più o meno implicitamente, delegittima e invalida le possibilità di concepire e attuare azioni sul campo collettivo delle strutture sociali¹². La psicanalisi, afferma Castel, imporrebbe una **“rivincita dei rapporti umani sull'oggettività delle strutture”** (ibidem). La dimensione sociale, pubblica (non in quanto vissuto soggettivo ma in quanto spazio di possibile azione collettiva trasformativa) e le strutture oggettive delle istituzioni verrebbero ridotte ad un sistema teso ad assicurare uno “scambio tra individualità [...] La psicologia è il recupero di quei problemi umani nel linguaggio esclusivo dell'individualità e della soggettività e la delega di un terzo a risolverli” (ibidem).

Castel riconduce il rischio dell'azione psicologica all'utilizzo trasversale del sapere-potere psicologico che per molte professioni ne rappresenterebbe il valore. L'azione psicologica funzionerebbe da collante, trasversalmente, per i diversi specialisti nelle diverse istituzioni. Se è possibile **trattare tutto con la psicologia**, questa svuoterebbe di significato la differenza tra diversi ambiti di intervento professionali e la diversità delle istituzioni.

Per quanto il discorso sulla psicologizzazione sia generalizzabile tout court agli effetti delle pratiche psicologiche, occorre porre in luce una differenza fondamentale tra il contesto a cui Castel si riferisce e quello attuale. Tale differenza consentirebbe non solamente di riconoscere la validità delle analisi in relazione al contesto di cui sono il prodotto ma, anche e soprattutto, renderebbe possibile valutarne le condizioni di applicabilità a quello attuale. Questa premura metodologica vale soprattutto per le affermazioni circa la generalizzazione dei processi di psicologizzazione veicolate dall'“istituzionalizzazione del rapporto privato come modalità sociale di controllo e gestione dei problemi sociali” (ibidem). In altre parole la psicologizzazione istituzionalizzata o l'istituzionalizzazione della psicologizzazione a cui si riferisce Castel come “pubblico servizio” (in cui

12 Ad esempio, riconoscere nell'istruzione un fattore determinante per la salute degli individui è cosa ben diversa dalla presa in carico psicologica all'interno del contesto scolastico delle persone che l'attraversano. Azioni psicologiche sugli individui, nel contesto scolastico, e azioni strutturali su questo e sul sistema scolastico presentano differenti implicazioni. Analogamente, la proposta di pratiche di mindfulness per la riduzione dello stress nei luoghi di lavoro si accompagna a numerosi e pericolosi, seppur remunerativamente vanitaggiosi, effetti. Alcuni di questi sarebbero riconducibili alla neutralizzazione di analisi e azioni sulle strutture oggettive dei luoghi di lavoro che producono sofferenza della popolazione in favore di un'azione psicologizzante, individualizzante e soggettivizzante sulla sofferenza prodotta.

il trattamento psicologico diventa la forma di trattamento imposta dal servizio pubblico per l'insieme dei problemi che emergono nel campo sociale) sarebbe da intendersi come conseguenza soprattutto dell'insediarsi dell'azione psicologica all'interno delle istituzioni pubbliche.

Il contesto a cui Castel si riferisce è caratterizzato sia da una pervasività della psicanalisi entro le istituzioni pubbliche, sia dal monopolio del paradigma psicanalitico tra le scienze cliniche. Il fatto che tali condizioni non sussistano negli attuali assetti istituzionali, medici, scientifici e culturali italiani, se da una parte obbliga alla cautela nell'applicazione dei discorsi sull'istituzionalizzazione della psicologizzazione al contesto italiano, dall'altra non può che misurarsi con i mutati assetti globali indissolubilmente legati allo sviluppo del sistema neoliberista che indebolisce la forza delle istituzioni pubbliche a beneficio del libero mercato entro cui e dal quale prendono le mosse molte dinamiche di potere anche per mezzo dell'azione psicologica. Alcune delle critiche mosse da Castel alla psicanalisi sono il prodotto di particolari assetti storici, profondamente mutati. Se la psicanalisi, come intesa da Castel, dotava il potere istituzionale di uno strumento aggiuntivo di controllo e subordinazione, oggi l'istituzione su cui si giocano dinamiche assimilabili è quella del libero mercato che occupa ogni spazio della vita pubblica, colonizzandola.

Così, in un processo di sfaldamento istituzionale analogo a quello identificato da Castel, l'arretramento e l'indebolimento delle istituzioni, sia reale che nell'immaginario collettivo, è determinato da dispositivi soprattutto economici, globali e transnazionali, che nulla hanno a che fare con la psicologia o la psicanalisi ma che agiscono, esattamente come queste rischiano di fare, promuovendo nella cittadinanza una visione di uomo individualizzata e privatistica e una sempre maggior difficoltà a riferirsi alle strutture oggettive che governano la quotidianità a partire da spazi, fisici, reali, virtuali e sociali, pubblici.

PARTE 2

Verso lo Psicoterapismo

Innanzitutto intendiamo superare l'apparente contraddizione tra psicologia clinica e una sua concezione, funzione e pratica politica con la messa in discussione della romantica, o meglio illuministica, idea della neutralità del sapere psicologico (così come più in generale della scienza e delle pratiche di cura) e delle sue articolazioni pratiche, per sviluppare una critica funzionale al superamento degli effetti iatrogeni derivanti da tale apparente irriducibilità. Proponiamo quindi l'utilizzo del termine **“psicoterapismo”** per indicare l'insieme degli effetti sociopolitici e delle funzioni sociali delle pratiche psicoterapeutiche come estensione del campo semantico e di applicazione del concetto di “psicanalismo” proposto da Castel.

L'uso del termine “psicoterapismo”, pertanto, non può essere disgiunto dal campo epistemologico da cui è stato mutuato, nè dai suoi presupposti impliciti: aspetti extraclinici, clinici e politici, oggettivi e soggettivi, sociostorici e personali, di potere e di benessere, sono sempre compresenti, insieme distinguibili ma inseparabili. La possibilità di articolare tale complementarietà non può che misurarsi sul terreno delle pratiche reali e della loro capacità di mutare, sul terreno della storia, l'organizzazione sociale e i rapporti tra forze entro cui questa si sviluppa.

La proposta del termine “psicoterapismo” non si limita all'ampliamento del concetto di “psicanalismo” verso una sua comprensione delle pratiche psicoterapiche bensì implica la possibilità e la necessità, non sviluppata in Castel, di analizzare il **rapporto circolare tra l'insieme delle pratiche cliniche individuali e i loro effetti sociopolitici, da una parte, e tra questi ultimi e i loro effetti sulla salute mentale della popolazione, dall'altra**¹³.

L'analisi di Castel è parziale nella misura in cui rivela le modalità attraverso cui le pratiche cliniche influiscono sull'organizzazione del campo sociale trascurando gli effetti di questa trasformazione sulla salute mentale della popolazione limitandosi alla diffusione dell'ideologia psicanalitica. Tuttavia, non solo le pratiche psicoterapeutiche hanno effetti sia materiali che simbolici sull'organizzazione sociale da cui sono prodotte ma anche questa, reciprocamente, influisce in maniera più o meno diretta sulla reale salute mentale e sul benessere dei cittadini, in ottica di popolazione.

La scelta di usare la salute mentale, a livello di popolazione, come criterio per l'analisi del fenomeno dello "psicoterapismo" risponde a ragioni, in primo luogo, epistemologiche e metodologiche. Inoltre costituisce una scelta operativa ed etica tesa a conferire un valore esplicito al ruolo del campo politico (inteso come spazio di azione collettivo e riproduzione sociale) come strumento fondamentale per garantire, tutelare, promuovere, mantenere e prendersi cura di benessere e libertà di comunità e cittadini secondo il paradigma della capacitazione proposto da Sen (2014).

Così come gli psicoterapeuti, in quanto professionisti della salute mentale, maturano la consapevolezza degli effetti sugli individui a cui si rivolgono all'interno del setting clinico, una consapevolezza analoga, relativa agli effetti sociopolitici del proprio operare anche all'interno del campo clinico, in quanto cittadini, non può che maturare all'interno di pratiche e analisi propriamente politiche o politicamente connotate, seppur non necessariamente in relazione diretta con le pratiche cliniche.

Poiché una quota consistente degli effetti dello "psicoterapismo" derivano, oltre che da un'inflazione pratica dell'utilizzo di pratiche cliniche, dalla sovrapposizione di categorie cliniche come matrice forzata di significato a fenomeni che non possono essere a esse ridotti, sarebbe impossibile analizzare proficuamente tali effetti, svelandoli, attraverso le stesse categorie cliniche dal cui cattivo uso sono generati¹⁴. Una migliore comprensione e contrasto del fenomeno dello "psicoterapismo" può avvenire, pertanto, solo attraverso ambiti del sapere e di azione, distinti e complementari rispetto a quelli clinici, quali, ad esempio, **l'antropologia medica, la sociologia e l'epidemiologia sociale**.

Insieme **alla sociologia, l'antropologia medica** fornisce strumenti concettuali e metodologici fondamentali per il decentramento da pratiche e saperi che, supposti neutrali, non sono pienamente comprensibili se non nella relazione biunivoca che intrattengono con il sistema culturale, sempre storicamente determinato, risultato di dinamiche sociali, economiche, simboliche che le stesse pratiche contribuiscono ad alimentare¹⁵ (Pizza, 2005, RSS 2019). Rispetto alla

14 Curiosamente, la stessa psicoanalisi ha coniato un termine per indicare i rischi della tendenza a voler adattare il paziente alle proprie teorie cliniche: il "letto di Procuste", un'immagine piuttosto cruda proveniente dalla mitologia greca, in cui il brigante Procuste rapiva incauti viaggiatori e li adagiava sul proprio letto, procedendo poi ad allungargli o scorciarli le membra a seconda che essi fossero troppo alti o troppo bassi per adattarsi perfettamente alla forma del giaciglio. Nonostante questa ammonizione clinica, per la verità non sempre applicata, la psicoanalisi e le psicoterapie in generale sembrano fallire nel farne un uso più metateorico, mettendo in discussione la fitness delle proprie categorie di interpretazione del mondo sociale; rivelando così nuovamente una difficoltà ad uscire dalla ristrettezza interpretazione del mondo sociale; rivelando così nuovamente una difficoltà ad uscire dalla ristrettezza della visione unicamente clinica della realtà.

15 Naturalmente, considerazioni di carattere antropologico e storico si potrebbero applicare alla concezione contemporanea di "scienza" nel mondo occidentale, sia nell'approccio talvolta fideistico dei suoi sostenitori che nel con-

comprensione dello psicoterapismo, tuttavia, l'uso proposto dell'antropologia medica differisce in parte dalla **complementarietà** tra psicologia e antropologia proposta da Devereux il quale ne indica, nel dispositivo etnopsichiatrico, un utilizzo il cui senso è principalmente interno al campo clinico.

Conoscenze e indicazioni derivanti **dall'epidemiologia sociale**¹⁶, consentono sia di catturare gli effetti di determinati assetti sociali sulla salute mentale a livello di popolazione, sia di fugare il dubbio che gli interventi clinici siano da ritenersi più efficaci rispetto ad azioni e politiche tese a cambiamenti strutturali del contesto entro cui gli individui nascono, crescono, lavorano e muoiono (CSDH, 2008). L'apporto dell'epidemiologia consente inoltre di mettere in evidenza l'occultamento della dimensione sociale e delle radici socioeconomiche del disagio di individui e società attraverso un nutrito e solido corpo di evidenze, concordi nell'individuare nella diseguale distribuzione delle opportunità sociali uno dei fattori più determinanti del disagio fisico e psichico (Marmot, 2020, Aillon et al. 2019, Costa 2014, Wilkinson, Pickett 2009, 2018). Fattori a monte degli individui, nei loro contesti di vita e nell'organizzazione societaria, costituiscono "le cause delle cause" della sofferenza nella società incarnata nelle traiettorie di vita individuali e di gruppi sociali in ottica intersezionale. Educazione, istruzione, condizioni di lavoro, reddito, abitazione, stili di vita, politiche fiscali, non possono essere disgiunte da un'azione globale sulla sofferenza. Il rischio è di alimentare quelle condizioni strutturali che contribuiscono alla riproduzione di tale disagio.

Analizzare il fenomeno "psicoterapismo" costituisce condizione necessaria non già per evitare alcuni **inevitabili effetti delle pratiche cliniche** psicoterapiche, ad esse connaturati, ma per limitare quelli evitabili derivanti dal **misconoscimento dei loro concreti effetti politici e sociali e delle ripercussioni di questi sulla salute di individui e società**. Si tratta, entro certi limiti, di una **contraddizione ineliminabile ma che deve essere esplicitata**.

Se gli effetti inevitabili delle pratiche cliniche possono essere ricondotti al loro essere costitutivamente individuali enfatizzando, all'interno del continuum individuo-mondo, il ruolo e l'importanza del primo polo e le formazioni soggettive,

trattare nominato "negazionista" dei suoi detrattori, di recente particolarmente alla ribalta ad esempio in relazione alla pandemia di COVID-19; l'argomento appare tuttavia troppo ampio ed esula dagli obiettivi di questo contributo.

16 Il Glossario di Promozione della Salute dell'OMS riporta: "Per epidemiologia s'intende lo studio della distribuzione di stati o eventi correlati alla salute e dei loro determinanti in popolazioni specifiche, e l'applicazione di questo studio al controllo dei problemi di salute. L'informazione epidemiologica, soprattutto quella che definisce i rischi individuali, di popolazione e/o fisico-ambientali, è stata essenziale per la sanità pubblica e ha fornito le basi per gli interventi di prevenzione delle malattie. Per lo studio delle malattie nelle popolazioni, l'epidemiologia si avvale di classificazioni di tipo sociale (es.: lo stato socioeconomico); generalmente, però, nell'analizzare e comprendere le malattie e la salute delle popolazioni non fa un uso ottimale delle scienze sociali, comprese le informazioni di politica pubblica ed economica. L'epidemiologia sociale si è affermata come disciplina negli ultimi due decenni e consiste nello studio dello stato di salute e di malattia delle popolazioni. Essa utilizza informazioni di tipo sociale, psicologico, economico e quelle riguardanti le politiche pubbliche e se ne avvale nella definizione dei problemi di sanità pubblica e nella proposta di soluzioni. Con il progredire e l'evolversi dell'epidemiologia come disciplina, queste distinzioni in futuro avranno meno importanza". (WHO 1998)

e concentrando il questo campo gli interventi, gli effetti evitabili sono legati alla mancanza del riconoscimento di questo dato, propriamente politico.

Le pratiche cliniche, in questo senso, rischiano di rappresentare uno dei veicoli della globalizzazione del paradigma culturale ed economico neoliberista. In un contesto ideologico e culturale in cui l'individuo è assunto come unità fondamentale dell'esistente sembrerebbe impossibile operare il discernimento necessario tra **psicoterapia individualista**, in continuità con il sentire dominante e su questo obbedientemente appiattito, e una **psicoterapia dell'individualismo** in una posizione di aperta e sofferente opposizione, non conforme e dissidente, rispetto a ciò che mantiene gli aspetti deteriori del reale e dell'esistente. La grammatica, l'intenzione e l'organizzazione dell'atto clinico mutano radicalmente e con questi i suoi effetti sul corpo sociale, sugli individui a cui si rivolge, l'organizzazione entro cui questo si manifesta, il sapere di cui è prodotto, il senso attribuito al cosiddetto sintomo e alla relazione clinica all'interno del più ampio corpo sociale oltre che le azioni più appropriate per la cura dell'individuo e soprattutto del contesto nell'incontro con il quale si genera la sofferenza.

In questa prospettiva, il termine "psicoterapismo" indicherebbe **gli effetti del potere posseduto, agito e riprodotto dalle pratiche psicoteraeutiche**, non solo a livello individuale ma **come corpo di saperi e di pratiche e come oggetto sociale**, in quanto "dispositivo" in senso foucaultiano (Foucault, 1999). Queste generano, inevitabilmente, effetti iatrogeni (Illich 2007), diretti e indiretti, estesi e profondi, a livello sociale, culturale, politico, oltre che individuale.

Alcuni di questi effetti iatrogeni sono stati identificati e analizzati: **la patologizzazione di esperienze di vita "naturali", l'individualizzazione del malessere e dell'esperienza, l'effetto di "victim blaming", la reificazione di condizioni di disagio degli individui, la produzione di stigmi e profezie che si autoavverano.**

Allargando lo sguardo alla dimensione sociale e politica, è possibile identificare altri effetti dannosi sostenuti e prodotti dallo "psicoterapismo": **la commercializzazione e la mercificazione di salute, cura e malattia; l'adozione di una prospettiva privatistica e individualista nella risposta a problemi collettivi; la medicalizzazione di condizioni di ingiustizia sociale, l'invalidazione della sfera politica nell'individuo e dell'ambito politico come spazio di azione; l'indebolimento della lotta per il diritto alla salute collettiva; l'affievolimento del senso di comunità e l'indebolimento dei legami sociali; la delegittimazione del SSN e il potenziamento di meccanismi assicurativi privati; l'azione di stratificazione, esclusione e discriminazione sociale; in definitiva, il contributo al mantenimento delle disuguaglianze sociali e di salute, naturalizzate e riprodotte e dell'ideologia dominante.**

Le pratiche psicoterapiche in quanto dispositivo sociale vengono, in questa prospettiva, analizzate anche per il potenziale conflitto che intrattengono con la salute pubblica della popolazione in quella che sembra rappresentare una contraddizione inaccettabile per i tecnici della cura, spesso negata da riflessioni anche esteticamente apprezzabili, quale ad esempio di Parker in Psicoanalisi e Rivoluzione, che soffre tanto di una certa narrativa nostalgica e idealizzata di una Psicoanalisi, corrotta o impossibile, concepita come originariamente e costituzionalmente rivoluzionaria, provando, a smarcarsi dal resto delle pratiche e delle teorie cliniche psi.

Nel contesto italiano, ad esempio, ciò può essere immediatamente riscontrato a partire dalla semplice constatazione che le pratiche cliniche vengono veicolate, alimentate e governate **dalle logiche dominanti del libero mercato** (che a loro volta rischiano di alimentare). In questo caso, lo “psicoterapismo” prolifera nell'esclusione di prestazioni psicoterapiche dai servizi del SSN, ponendo psicologi e pazienti in una condizione di reciproca “mors tua vita mea”¹⁷ e rappresentando uno dei fenomeni implicati nell'*inverse care law* (Hart 1971) per cui “la disponibilità di una buona assistenza medica tende a variare in modo inversamente proporzionale al bisogno della popolazione servita. [...] Questa legge dell'assistenza inversa opera più profondamente laddove le cure mediche sono in maggior misura esposte alle forze del mercato, e in modo meno rilevante laddove tale esposizione è ridotta.” Partire da questo dato di realtà significa anche inscrivere la psicoterapia nel più ampio campo della lotta per la tutela del diritto alla salute, non solo mentale, **attraverso rivendicazioni** che mirino all'**ampliamento e al miglioramento dell'offerta del SSN**, consapevoli dei limiti e della qualità dell'offerta di cura attualmente disponibile. Declinare tale obiettivo per la tutela della salute mentale della popolazione richiede inoltre un aperto conflitto con il potere medico con cui le pratiche psicoterapiche, all'interno dei servizi, si contendono una quota consistente delle sempre più misere risorse pubbliche disponibili destinate, in ambito sanitario, alla salute mentale della popolazione. Tale potere, inoltre, colonizza e riproduce la narrazione dominante su sofferenza e cure rafforzando la legittimità di analisi e interventi volti alla cura del cosiddetto “squilibrio chimico” offuscando gli “squilibri di potere” impliciti in ciascuna società che determinano servizi e dispositivi di cura discriminatori e poco rispettosi dei bisogni e dei diritti (Pūras, 2020).

Nessun discorso relativo alla salute pubblica della popolazione può essere ridotto ad un discorso ristretto alle politiche sanitarie senza una considerazione delle

17 Lungi dal demonizzare la pratica privata tout court, questo stesso divario fra libera professione e lavoro per la cosa pubblica sembra essere sintomo di un sistema di cui gli stessi terapeuti possono essere ingranaggi più o meno inconsapevoli, finendo talvolta essi stessi per esserne vittime. Tale sistema scinderebbe arbitrariamente individuo e collettività e crescerebbe e costruirebbe i suoi terapeuti – come ogni altro cittadino, del resto – nell'illusione che la vita sia riducibile al solo piano individuale (così apparentemente controllabile), escludendo di fatto il collettivo da ogni discorso e tramutandolo in un cestino dei rifiuti in cui finiscono gli scarti derivanti da un'individualità ripulita e ordinata.

quali qualunque discorso sulla salute pubblica, rischia di diventare ideologico. Nel nostro caso, pur non rientrando negli obiettivi di questo contributo occorre sostenere con forza la necessità di politiche sanitarie che avvicinino gli interventi clinici al contesto di vita dei cittadini, prevedendo una gradualità dell'intensità il cui livello zero non può che essere costituito dall'istituzione della psicologia di base, una psicologia delle cure primarie.

Ad ogni modo, tali rivendicazioni non possono essere disgiunte dall'opera di ricostituzione, seppur a partire dalle sue manifestazioni frammentarie e disomogenee, dell'istituzione "psicoterapia", in quanto **oggetto e corpo sociale e politico agente nello spazio pubblico, sottratto, per via del suo privatismo costitutivo, dalla possibilità di un pubblico controllo.**

L'istituzione del dispositivo clinico come dispositivo politico

Per quanto **un'azione nello spazio clinico sulle e con le strutture individuali costituisca sempre anche un'azione indiretta sulle strutture oggettive all'esterno di questo**, tale spazio, seppur politicamente connotato, è condizionato da ineludibili vincoli costitutivi che rendono l'insieme delle possibili azioni cliniche prodotte al suo interno **non sempre sufficienti o efficaci, anzi talvolta inappropriate o in aperto contrasto** con la creazione di contesti giusti e quindi sani.

La riattualizzazione dell'analisi di Castel sullo psicanalismo o del processo di liberazione dall'oppressione dal sapere e dalle pratiche mediche di Basaglia (1968, 1975), Barò (2018) o Fanon (1961) implica un **cambiamento delle modalità attraverso cui vengono intese, praticate e organizzate le pratiche cliniche anche in rapporto ad altre azioni, di gruppo, sulla comunità, nella comunità, con la comunità e per questa.**

Molti degli effetti dello "psicoterapismo" sono funzione, a livello strutturale, dell'**occultamento degli interessi materiali dei clinici** all'interno dello spazio clinico e dell'**immagine** che, all'esterno di questo, la psicoterapia propone di sé.

Tale occultamento può essere spiegato anche per mezzo del processo, che può agire negli individui che appartengono alla categoria, di un particolare *habitus* (Bourdieu, 1980), inteso come predisposizione ad agire, insieme strutturato dal contesto e di questo strutturante¹⁸, funzionale alla riproduzione della cultura do-

¹⁸ Bourdieu sottolinea la natura pratica dell'*habitus* e ne comprende aspetti percettivi ("i criteri di visione e divisione del mondo"), legati al sentire ma soprattutto elementi connessi all'azione. Viene inteso come interiorizzazione

minante in quella categoria che, a sua volta, svolge un ruolo fondamentale nella riproduzione delle strutture sociali.

Il contesto sociale - né naturale né tantomeno imm modificabile, entro cui tale interesse è maggiore, si occulta con maggior forza e produce i suoi effetti deteriori - è caratterizzato dalla prevalenza della **distribuzione della psicoterapia all'interno dello spazio definito dal libero mercato. Libero mercato e psicoterapia**, agendo l'uno per mezzo dell'altra e viceversa, si configurano come dispositivi diretti di **stratificazione sociale e mantenimento delle disuguaglianze sociali** con effetti sulle disuguaglianze di salute della popolazione.

Il misconoscimento della motivazione economica e l'occultamento degli inevitabili interessi materiali dei clinici presenti nelle pratiche di cura si accompagna ad almeno due ordini di fenomeni concomitanti.

Il primo è la sistematica negazione che tali interessi concreti abbiano, rispetto alle supposte esigenze tecniche, un'influenza determinante e altrettanto concreta nell'opera di **selezione sociale**. L'istituzione psicoterapica nel libero mercato agirebbe come forza di selezione sociale attraverso la definizione delle condizioni economiche che stabiliscono **le condizioni di accessibilità sia al percorso formativo che al dispositivo clinico** (Bessone 2020).

Il secondo è una diffusa incapacità da parte dei clinici di riconoscere, in filigrana tra le trame dei **contenuti teorici e delle modalità di svolgimento pratiche di cui sono portatori**, il soddisfacimento e il mantenimento di tali interessi materiali come motore del processo storico attraverso cui il corpus teorico-pratico che istituisce la cura come pratica professionale **viene (ri)prodotto**. Non soltanto gli interessi economici selezionano attivamente fasce di popolazione limitando l'accesso alle propaggini cliniche e formative del dispositivo psicoterapico; strutture e processi di tali propaggini sono altresì determinati dai medesimi interessi materiali che ne determinano le forme simboliche, probabilmente in misura maggiore di quanto comunemente clinici, formatori e cittadini non riconoscano.

In entrambi i casi il misconoscimento non ne cancella gli effetti ma, al contrario, contribuisce a fornire una **rappresentazione sociale e un'immagine più appetibile, vendibile e spendibile, tendenzialmente buona, di categorie professionali** e gruppi sociali che da una parte, letteralmente quanto inevitabilmente, guadagnano dalla sofferenza di individui e società, dall'altra si espandono nel corpo sociale.

Laddove le forme del potere sono sempre più sottili è cruciale, per una psicoterapia critica, sviluppare uno sguardo attento alle proprie ombre, affinché queste

dell'esteriorità e insieme come esteriorizzazione dell'interiorità abbracciando fenomeni di incorporazione e riproduzione sociale.

divengano accessibili dialogicamente sia nello spazio “privato” (primo fra tutti quello fra terapeuta e paziente) che in quello pubblico. Nel primo, fra le ombre del potere generate dai differenti ruoli e saperi, gli interessi materiali del professionista sono il primo e più evidente nodo a venire al pettine che – se occultato e dissimulato – rischia di agire uno squilibrio gerarchico indicibile e silenziosamente violento. Laddove riconosciuto questo può divenire dato di realtà prezioso nell’indagine, sempre dialogica, di un campo complesso. Anche in questo spazio, parlare di interessi e bisogni materiali, della funzione, materiale e simbolica del denaro, può diventare un’occasione, spesso poco riconosciuta, per far rientrare nello spazio clinico quel “collettivo” che ci si illude di separare da ciò che è “individuale”.

La definizione e la collocazione degli spazi reali entro cui avviene l’incontro tra curato e curante può aiutare a definire caratteristiche e strutture del suo funzionamento. La dislocazione geografica di molti studi di psicologia e psicoterapia nella **cartografia urbana** è sovrapponibile ad una specifica collocazione all’interno della **geografia sociale**: una **posizione di dominio** che deriva dall’accumulazione di capitale simbolico, economico e culturale (Bourdieu 2015). Gli studi degli psicoterapeuti proliferano nel **centro, fisico e simbolico**, dello “spazio geografico socialmente organizzato” (Bourdieu 1979), segnalati da targhe dorate, spesso arricchiti al loro interno di segni e segnali che ne certificano e consolidano la posizione di privilegio. L’indicibilità e il misconoscimento di bisogni e interessi materiali, economici e prosaici che avvicinerebbero paziente e terapeuta opera attivamente come lavoro di **distinzione sociale** (Bourdieu 1979) dei primi, apparentemente non coinvolti nelle volgari esigenze umane spesso negate dei secondi.

Contenuti, registro e lessico utilizzati dai tecnici costituiscono causa e conseguenza di tale distinzione, e, quando sovrapposti ad una certa discorsività diagnostica, vanno ad inserirsi in quella che, con Basaglia (1968), può essere definita “**violenza tecnica**” che riproduce la violenza strutturale, istituzionalizzandola e bonificandola sotto la morbida copertura dell’ideologia della cura, del contesto più ampio.

La trasformazione del politico in intrapsichico: il Setting

La trasformazione di tali dinamiche e la riduzione della dimensione politica ad una prettamente tecnica vengono veicolate in psicoterapia da un elemento del dispositivo che costituisce il fulcro del suo funzionamento. Tale trasformazione viene infatti agita attraverso l'insieme di regole, norme e consuetudini che disciplinano l'incontro e la pratica: il **setting**.

Tali prescrizioni, parte fondamentale della teoria della "tecnica" oggetto di formazione, hanno, tra gli altri, lo scopo di tutelare i confini della psicoterapia, mantenendola in uno spazio definito e "sospeso" che permetta l'emergere del materiale psichico garantendo il buon funzionamento del dispositivo.

Le regole del setting comprendono anche aspetti estremamente concreti: tariffa corrisposta e termini di pagamento, lunghezza delle sedute, il corrispettivo per le sedute saltate (solo nel caso in cui siano saltate dal paziente, naturalmente) e così via. Il senso di tali obblighi viene raramente ricondotto alla tutela dei bisogni materiali e del reddito del clinico vincolato, insieme al paziente, in una relazione economica e di cura.

Le cosiddette "aggressioni al setting", ovvero la messa in discussione di tali regole, definite a priori, imposte al cittadino e solo raramente co-costruite, vengono spesso (sovra)interpretate dal clinico come funzione esclusiva di determinate dinamiche intrapsichiche e relazionali del cittadino che dovranno essere, clinicamente, chiarite e analizzate. Il setting non subirà alcuna modifica. Quello che dovrà cambiare sono le dinamiche interne del paziente che portano ad una messa in crisi di tali regole. Tali violazioni o qualsiasi azione o domanda che ne riveli il carattere artefatto e il legame con gli interessi anche economici del terapeuta deve essere reintegrato nello spazio comune, neutralizzando la minaccia che costituisce per il potere e il sapere del clinico, attraverso un'interpretazione psicologizzante sovradeterminata.

Nella maggior parte dei casi, come oggetto di formazione, anche per quanto concerne la gestione della tariffa, **la questione economica viene affrontata sul versante intrapsichico come "resistenza", "scarsa motivazione", "tentativo manipolatorio" da parte del paziente**. La lente clinica viene violentemente sovraimposta per interpretare e dare forma ad una realtà che la rende possibile o la ostacola. Non fanno eccezione alcuni autori che hanno più esplicitamente sollevato questo aspetto negli scritti sulla tecnica psicoterapica (per la psicoanalisi, ad esempio, Mc Williams, 2006) i quali si limitano solitamente ad una esortazione all'autolegittimazione del clinico della dimensione economica del lavoro terapeutico, per contrastare una certa tendenza che porta il clinico a provare imbarazzo per il proprio bisogno di sostentamento materiale, di nuovo riducendo la questione ai suoi termini clinici e individuali.

Il riconoscimento di variabili materiali consente immediatamente di aprire alla dimensione collettiva dell'incontro tra paziente e terapeuta; ciò è ben illustrato da un'abitudine che, tra i terapeuti del settore privato, viene spesso presentata come un "andare incontro" ai bisogni materiali dei clienti. Nel nostro paese, infatti, è prassi consumata tra i liberi professionisti proporre che la tariffa, quasi universalmente percepita dagli utenti come ostacolo, difficile da sostenere, possa essere ridotta a fronte di un **pagamento in nero**. Si tratta di una consuetudine che non definisce i contorni della categoria professionale, ma che deriva piuttosto da una più profonda ed estesa prassi culturale, puntualmente riprodotta. Il risultato netto, per quello che concerne la psicoterapia, è che **il mercato privato si alimenta anche sottraendo risorse al SSN e al Welfare nella forma di un mancato gettito fiscale**. La sanità pubblica, già sottofinanziata nell'ambito della salute mentale, ne risulta ulteriormente impoverita con le difficoltà conseguenti nel rispondere ai bisogni dei cittadini, costretti a cercare le soluzioni ai propri problemi all'interno del libero mercato. Se il retropensiero del danno alla sanità pubblica derivante da un mercato privato sregolato e ipertrofico non sfiora davvero gli psicoterapeuti, questo costituisce un allarmante segnale dello scollamento dal concetto di bene comune da parte della categoria professionale. Facendo un passo indietro, prima di essere istituiti dalla stipula del contratto terapeutico nel loro ruolo di clinici, e forse esattamente per il timore della propria in-esistenza professionale, per molti psicoterapeuti la **manca di denaro del cittadino che si rivolge loro** costituisce con estrema rarità **un fatto reale** capace di interrogare prima, nella pratica, il rapporto tra classi e di sapere-potere, per diventare poi una ragione sufficiente a mettere in discussione il dispositivo tecnico di cui è veicolo, il suo significato politico e gli iniqui assetti sociali riprodotti.

La differenza tra denaro richiesto da un cittadino all'altro per poter essere selezionato ad assumere il ruolo di paziente (consentendo contemporaneamente al primo di esistere in quanto terapeuta) e quella effettivamente posseduta, costituisce **un fatto reale** nella misura in cui il clinico lo **pone fuori dal rapporto terapeutico**, prima o dopo di questo, conservando il funzionamento del dispositivo. Se il paziente non può corrispondere la cifra richiesta, il problema - agli occhi del clinico - non è nell'insieme di regole, esplicite o tacite, che disciplinano il proprio gesto e le condizioni di tale possibilità, ma, molto spesso, **nel paziente, del paziente, nella società o della società, sempre intesa come esterna all'ambito clinico**. Così, mentre **il setting clinico si tramuta in una lama che stratifica la società, riproducendo disuguaglianze** (D'Elia, 2020, Bessone e Sarasso 2019, BPS, 2018; Liu 2013, Prillentelesky 2008, Cohen. Timimi, 2008 Liu et al. 2007), la differenza reale tra denaro richiesto e denaro

disponibile, laddove il secondo sia minore del primo, nasconde ancora troppo spesso, per gli occhi già psicologizzanti di molti tecnici, la **supposta realtà colpevole di limiti e responsabilità soggettive ascrivibili**, a seconda degli orientamenti, a una scarsa motivazione o all'assenza di un autentico desiderio di profondo cambiamento. Gli interessi materiali del clinico e della categoria che rappresenta, nuovamente, scomparsi, evaporati. Si tratta di un'azione vissuta come pienamente legittima da parte dei clinici, frutto anche del processo di **inculturazione e socializzazione professionale** dei percorsi formativi (Kaiser e Prieto 2018), responsabile però di processi di esclusione e selezione sociale che hanno **effetti concreti sui vissuti di disagio di molti cittadini e sulla divaricazione tra differenti strati sociali**.

Per molti psicoterapeuti il dispositivo clinico sembra essere estraneo al rapporto tra classi, scevro di implicazioni su questo e sugli assetti sociali che, puntualmente, riproduce, naturalizza e mantiene, insieme al proprio privilegio. Le risposte, afferma tra il rassegnato e l'indifferente il clinico allontanando da sé il campo di agibilità politica, non possono né devono coinvolgere il funzionamento del dispositivo il quale appare non implicato né implicabile nell'azione di attiva stratificazione o di un suo contrasto. Tale mancanza di implicazioni funziona nella maggior parte dei casi in una sola direzione, **invalidando nella pratica il movimento necessario ad un contrasto dell'amplificazione del divario tra classi. Le responsabilità**, le azioni possibili per contrastare questa concreta manifestazione di disuguaglianza, vengono concepite, **iniziano e si concludono ovunque purché fuori dal dispositivo**. Nel medesimo istante, le rivendicazioni per la tutela del diritto alla salute mentale della popolazione da parte dei clinici si palesano per quello che troppo spesso sono: il prodotto esclusivo di un legittimo bisogno occupazionale che si risolve però all'interno di dinamiche corporativistiche. La salute mentale della popolazione costituisce un valore da proteggere nella misura in cui i clinici ne possono trarre un guadagno immediato, come testimoniano tristemente i rari slanci di entusiasmo da parte della categoria nei confronti delle iniziative istituzionali. Ne è un esempio la proposta dei voucher psicologici o del "bonus psicologici": se da una parte i clinici sembrano generalmente non riconoscere la distribuzione della sofferenza mentale lungo il gradiente sociale, dall'altra accolgono e promuovono la proposta di un supporto economico statale che fornirebbe alle famiglie più svantaggiate risorse sufficienti per superare le barriere economiche all'accesso, aumentando la platea di chi può pagare "tariffe adeguate". Da parte della grande maggioranza della categoria dei clinici, tuttavia, qualsiasi discorso relativo a misure strutturali, quali il rifinanziamento del SSN o l'introduzione nel SSN della psicologia delle cure primarie, viene ancor più accantonato, offuscato dall'urgenza di misure ti-

picamente neoliberiste.

Perché non riconoscere che, all'interno del dispositivo di cura, esistono elementi posti a tutela di interessi e bisogni del clinico e che questi possono determinare il campo della cura? Si vuole credere che il clinico, vestiti i propri panni professionali, smetta magicamente di essere anche un padre o una madre, una donna, un uomo, un cittadino – con desideri, progetti e necessità come chiunque altro – e divenga un santo, un asceta o una creatura votata all'amore incondizionato, all'abnegazione e all'altruismo ad oltranza? E come non riconoscere l'implicito messaggio di svalutazione della dimensione anche sociale del bisogno, di affermazione della dimensione di potere del ruolo del curante, in questo posizionamento apparentemente accudente e insieme escludente?

Riconoscere gli interessi concreti del clinico significa simultaneamente poterne cogliere una parte di umanità e poterlo ricollocare su quella dimensione collettiva che condivide con pazienti e comunità. È peraltro qualcosa che, forse ingenuamente, ci si aspetta gli psicoterapeuti sappiano fare molto bene: adoperarsi per rendere dicibile l'indicibile, al fine di non renderlo più immutabile, inevitabile, ingiusto. Evidentemente, non è sempre così. Se è vero che è più facile vedere la biblica pagliuzza nell'occhio dell'altro, piuttosto che la trave che sta nel nostro, è inaccettabile che una parte degli psicoterapeuti e degli psicologi clinici restino ciechi di fronte a sé, magari mascherando dietro a presunte motivazioni teoriche o tecniche elementi che semplicemente andrebbero ripensati e ridisegnati alla luce della contemporaneità e di assetti sociali più desiderabili, giusti, sani.

Un dispositivo non democratico: consumo e riproduzione di tecniche di dominio e liberazione

L'azione di occultamento degli interessi materiali può essere compresa riferendo alla psicoterapia il **processo estrattivo della conoscenza** che Castel, riprendendo Foucault, attribuisce alla psicanalisi. Il corpus teorico-pratico psicoterapico è stato, di fatto, distillato a partire dal rapporto privilegiato tra i tecnici con una fascia di popolazione specifica. È sufficiente un'osservazione dei casi clinici riportati su un'ampia maggioranza dei testi: le caratteristiche demografiche sono tutt'altro che eterogenee. Si tratta di una fascia di popolazione selezionata che, fatta oggetto di studio, diventa la base empirica a partire da cui la conoscenza viene prodotta e riprodotta. Nell'ambito delle ricerche accademiche ci si riferisce a tale popolazione, sovrarappresentata, con l'acronimo **WEIRD (Western, Educated, and from Industrialized, Rich, and Democratic countries)**. A differenza di molte delle teorizzazioni psicologiche sulla sofferenza e la sua genesi, prodotte nell'incontro con fasce svantaggiate della popolazione¹⁹, il corpus di conoscenze teorico-pratiche relative alla psicotera-

¹⁹ Basti pensare, ad esempio, alla teoria dell'attaccamento. Bowlby sviluppò buona parte della sua teorizzazione a partire dalle circostanze dei bambini all'interno degli orfanotrofi, in risposta ad una prassi consumata che vedeva,

più è tratta preferenzialmente da, a beneficio di, e utilizzabile nel rapporto con alcune fasce sociali, che a sua volta influenza, diventando così a pieno titolo uno strumento a disposizione di ciò che Pollack definiva una “medicina del capitale” (1972).

Oltre ad essere applicabile in via preferenziale su quegli individui appartenenti e provenienti da strati sociali già privilegiati che beneficerebbero del suo utilizzo, consolidando o migliorando la propria posizione sociale attraverso un **mitigamento del circolo vizioso** che, con forza e probabilità differente a seconda della posizione sociale, legherebbe reciprocamente **svantaggio di salute e svantaggio sociale** (Marmot 2015, Costa 2014).

Teorie e pratiche cliniche costituiscono il prodotto di questo incontro, al tempo stesso **tecnicamente legittimato e volto all'autolegittimazione della tecnica**, troppo spesso poco spendibile (quando non direttamente inaccessibile) per fasce materialmente svantaggiate e sprovviste dei medesimi codici culturali, linguistici e simbolici, relazionali nei confronti dei quali è impossibile per il dispositivo psicoterapico nutrire un reale interesse se non nell'ottica di un **ampliamento della platea di consumatori**.

Pazienti “gravi”, “psichiatrici” (cioè rispetto ai quali il setting tradizionale, anche emotivo, del terapeuta, risulta inefficace) o cittadini materialmente svantaggiati (da cui non è possibile trarre profitto) hanno arricchito solo incidentalmente e in maniera poco rilevante riflessioni e pratiche psicoterapiche né rappresentano, storicamente, la fascia di popolazione a partire da cui la psicoterapia si è costruita. Questo accade in evidente contrasto con il solido e nutrito corpo di evidenze che certifica lo svantaggio sociale come fattore di rischio rilevante per lo stato di salute mentale di specifici gruppi di popolazione (come già evidenziato da Hollingshead e Redlich nel '58) e le disuguaglianze sociali e la stratificazione della società come fattore di rischio che minaccia la salute fisica e mentale di tutta la popolazione (Marmot 2020, 2015, Aillon et al. 2019, Wilkinson Pickett, 2009, 2018, WHO 2014, Costa 2014, CSDH 2008).

La **costruzione di pratiche e teorie** nel processo estrattivo con determinate fasce sociali di popolazione è in rapporto biunivoco con **il processo di selezione sociale che determina l'accesso alle cure**.

Visto che gli strumenti clinici sono stati prodotti nel rapporto con alcune fasce di popolazione, inizialmente selezionate, questi sono stati calibrati su tale sottogruppo. Per funzionare correttamente ed essere in qualche modo efficaci, devono

fino a quel momento, nella povertà, nel cattivo stato della casa o nella monogenitorialità condizioni sufficienti per affidare un bambino ad un istituto separandolo dalla propria casa familiare nel periodo successivo alla Seconda Guerra Mondiale. Gli effetti del suo lavoro, in cui l'analisi delle dinamiche intrapsichiche costituivano uno strumento di cambiamento politico ed istituzionale, furono molteplici. I bambini ospedalizzati, fino ad allora, godevano delle visite dei genitori per un'ora a settimana. Da allora cambiarono i criteri di visita degli ospedali, che garantirono così pieno accesso ai genitori. E gli orfanotrofi, basilari nei Paesi che venivano da due guerre mondiali, cominciarono a cedere il passo alle adozioni sistematiche e agli affidi.

riprodurre costantemente la selezione da cui sono stati generati, contemporaneamente limitando l'accessibilità ad altri gruppi sociali. Tuttavia questo non dice nulla sul potenziale beneficio che altri gruppi di popolazione potrebbero trarre da tale dispositivo, né sull'appropriatezza del dispositivo nel rapporto con questi gruppi.

La libertà di accesso ai dispositivi psicoterapici è evidentemente ristretta soprattutto per due gruppi sociali²⁰ che hanno costituito in misura minore "materiale umano" per la costruzione del dispositivo clinico. Il primo, come abbiamo detto, è costituito da quell'insieme di persone a cui gli psicoterapeuti si riferiscono con il termine "psichiatrici". L'utilizzo di questo termine rende evidente il tentativo maldestro di collocare fuori dall'ambito di propria competenza quella platea di persone che, spesso dopo aver attraversato i servizi di salute mentale, riceve una diagnosi severa. Per quanto esistano sporadici esempi di clinici il cui lavoro si estenda ai pazienti considerati gravi è innegabile una certa e di gran lunga maggioritaria tendenza ad allontanarli dai dispositivi clinici, seguendo un'esortazione derivante dal percorso formativo che chiede al terapeuta di assecondare il proprio sentire, evidentemente turbato da presenze relazionalmente scomode come quelle di chi soffre profondamente e, in maniera scomposta, chiede aiuto. Il secondo gruppo è caratterizzato invece da condizioni di deprivazione socioeconomica, svantaggio materiale e povertà, relativa o assoluta. Nel primo caso la "gravità del disturbo" (che per un ironico gioco di parole sembra riferirsi più al disturbo arrecato al terapeuta) e nel secondo la necessità di privilegiare il soddisfacimento dei bisogni materiali sembra escludere la possibilità dell'accesso ad un percorso psicoterapico e di cura. In entrambi i casi gli psicoterapeuti **ascrivono a ragioni oggettive e tecnicamente legittimate il vuoto entro cui vengono lasciati questi gruppi sociali**. Il lavoro psicoterapico viene presentato come inappropriato. La mente, in questa prospettiva, sembrerebbe eccessivamente adombrata dallo spettro della malattia nel primo caso e troppo dal corpo e dai bisogni materiali nel secondo.

Partire da questo dato non nega la possibile necessità di interventi integrati multidisciplinari che contemplino la presa in carico delle dimensioni sociali nel caso del primo gruppo, né la necessità di misure politiche e azioni non riduttivamente sanitarie nel secondo.

Affermare che l'accessibilità al dispositivo terapeutico non costituisca un'opportunità reale per ciascuna parte del corpo sociale significa denunciarne la **natura non democratica**. Tale strumento di **possibile liberazione individuale** diventa, nel medesimo istante, strumento di **sicura oppressione sociale per i**

²⁰ Per quanto anche per i migranti la psicoterapia possa rappresentare un dispositivo di stratificazione non è infrequente imbattersi in pratiche etnopsicologiche ed etnopsichiatriche che diminuiscono il divario nell'accesso di tale gruppo sociale rispetto agli altri. Anche in questo caso l'accesso alla psicoterapia è da intendersi non come valore universale da sovrapporre alle differenti concezioni di salute, malattia e cura quanto come metro di misura dell'equità di una pratica prodotta all'interno di uno specifico contesto socioculturale.

gruppi che ne vengono esclusi.

Per altro la rimozione delle barriere che ostacolano l'accesso al dispositivo non può essere disgiunta dalla rimozione di quegli ostacoli che, nel contesto di vita, limitano le possibilità di individui e gruppi, di condurre una vita dignitosa.

Il dispositivo terapeutico rappresenta uno strumento di liberazione individuale che allarga i gradi di libertà sulle traiettorie biografiche **solo per quella fascia di popolazione dotata, già in partenza, di maggiori opportunità e capacità personali** (Nussbaum 2012) e **minori vincoli, oltre che inserita, con ogni probabilità, in contesti meno dannosi e limitanti.**

Denunciare questo tuttavia è molto diverso da sostenere la necessità di un accesso incondizionato, per tutti e tutte, alle pratiche psicoterapiche intese come auspicabili, prioritarie, incondizionatamente appropriate e sostitutive di altri tipi, più efficaci, di intervento.

Contemporaneamente all'esclusione delle fasce più vulnerabili il dispositivo psicoterapico sembra protendersi ed estendersi verso un ventaglio sempre più ampio di problemi vissuti dalla fascia più benestante della popolazione.

Tale estensione **alimenta ed è alimentata da un mercato delle psicoterapie** che finisce spesso per costituire una risposta ad alcuni degli **effimeri ma più remunerativi bisogni delle classi avvantaggiate** (ad esempio "come affrontare il lutto di un animale domestico") oltre che essere naturale conseguenza del **mercato di corsi e corsetti, iperspecialistici e iperspecializzanti** determinati soprattutto da interessi commerciali²¹.

Attraverso una modalità che **scarica il dispositivo psicoterapico di qualsiasi responsabilità sociale e sanitaria e qualsiasi velleità di cura del corpo sociale**, la sua incapacità nel rapporto con alcune fasce di popolazione (paradossalmente quelle che potrebbero trarne un beneficio maggiore) funziona da scudo che cela un **utilizzo poco proporzionale rispetto ai reali bisogni di salute** della popolazione.

E' talvolta sorprendente constatare la mancanza di consapevolezza del **processo di attribuzione a cause esterne dell'incapacità del dispositivo di**

²¹ Per evitare indebite generalizzazioni è possibile abbozzare una distinzione fra due diversi approcci alla pratica clinica. Da una parte vi sono quei professionisti provenienti dalle più differenti scuole e visioni del mondo che si collocano esplicitamente nello spazio della cura mossi da intenzioni volte alla tutela del bene comune. Questi, seppur più o meno consapevoli delle proprie ombre e del proprio operato, possono trovarsi o meno a riprodurre, inavvertitamente, alcune nocive dinamiche sociali. Dall'altra parte vi è quella pratica clinica che si posiziona consapevolmente all'interno di una concezione mercantilistica della salute e della cura in cui diventa, insieme alla psicologia che la rende possibile, uno strumento asservito al denaro, alla capitalizzazione dell'essere umano ed a illusioni di onnipotenza più o meno spinte, configurandosi così come riproduzione e "braccio destro" di un sistema sociale che nega dolore e morte, teso allo sfruttamento di sé e del prossimo e ad un efficientismo che rischia di sfiorare ciò che alcuni clinici chiamerebbero maniacalità. Tale distinzione - necessariamente semplificatoria - ha la funzione di mantenere una speranza verso una professione di cura che possa curarsi del mondo in cui agisce a partire dal proprio fondamento etico e del proprio mandato di cura.

rivolgersi a gruppi sociali diversi da quelli nel rapporto con cui si è costruito e che ne consentono una riproduzione conservando gli assetti sociali.

Il problema politico, di conseguenza, non si pone esclusivamente rispetto alla collocazione interna o esterna della **psicoterapia** al SSN (unico e vero dispositivo per sottrarre la salute della popolazione dalle logiche mercantilistiche e mercificatrici), ma anche, indipendentemente dalla sua collocazione, dalla **possibilità di funzionare per la liberazione delle classi sociali oppresse e marginalizzate**. Il fatto che, all'interno o all'esterno del cosiddetto libero mercato, svantaggio sociale e precarietà economiche costituiscano un ottimo motivo per non disporre del denaro sufficiente per l'accesso ad una psicoterapia o cercare fuori da questa il soddisfacimento dei propri bisogni **non implica che il vantaggio sociale possa costituire il dato che rappresenta la condizione necessaria perché il dispositivo possa funzionare**. Partire dalla constatazione che il problema politico più cogente è legato alla collocazione della psicoterapia fuori dal SSN e, all'interno di questo, al suo sottoutilizzo, non toglie che ovunque sia collocata, in quanto prodotto dall'incontro con determinate fasce di popolazione, essa possa "funzionare" (indipendentemente dall'efficacia) soprattutto con queste, neutralizzando al proprio interno il discorso di classe attraverso cui si è prima costituita e che poi, neutralizzato e oscurato, ha fatto diventare naturale.

Politicizzare il dispositivo non significa, in questo senso, trasformare la clinica in un'opera di persuasione ideologica, bensì trovare strumenti per riaccordarla e tararla facendola diventare una risposta possibile al servizio anche dei bisogni della popolazione a cui non riesce a rivolgersi. **Il problema politico viene così posto anche all'interno del dispositivo**, nelle sue modalità di svolgimento, oltre che esternamente ad esso, nelle strutture e istituzioni in cui è inserito. La psicoterapia concorrerebbe alla costituzione di un parametro di **prototipica "normalità"** all'interno di un implicito "progetto umano" espressione di determinati assetti sociali che mantengono gli interessi di un'élite privilegiata e culturalmente dominante in un determinato periodo storico.

La questione appare come un dilemma, peraltro già ampiamente rilevato e discusso a partire dagli anni '60 (Szasz, 1964; Ryan, 1970; Foucault, 1999, Basaglia 1968): se il dispositivo clinico è espressione dello stesso sistema sociale che produce il malessere, come può essere autentico strumento di cura e non mero veicolo di riproduzione sociale, delle strutture e delle norme della società da cui è plasmato?

L'impasse potrebbe essere più apparente che reale se solo il nodo potesse essere colto con consapevolezza, presupposto necessario per l'adozione di uno sguardo capace di cogliere e muovere la dialettica tra il dispositivo e le strutture sociali assieme ad un movimento dubitativo di autocritica costante - troppo spesso inesistente se non a livello clinico - interno al dispositivo stesso²².

L'antropologia moderna rivela inoltre come ciò che rende fruibile un dispositivo culturale (quale la psicoterapia è) non è il grado relativo di consenso sociale diffuso rispetto ad esso, ma il suo radicamento in un sistema di simboli culturali condiviso da chi ne fa uso, indipendentemente da quanto il dispositivo si ponga in posizione armonica o dialettica rispetto alla struttura sociale dominante (Gertz, 1973). In altre parole, una psicoterapia critica ed autocritica non avrebbe nulla da perdere in efficacia, ma semmai potrebbe beneficiarne.

Limitare lo Psicoterapismo: riconoscere i limiti e politicizzare la clinica.

Nella pratica, è possibile agire per una trasformazione del dispositivo terapeutico limitando alcuni dei suoi evitabili effetti negativi? Come? Innanzitutto chi può costituire il soggetto di tale trasformazione?

Alla seconda domanda rispondiamo: in primo luogo, laddove il dispositivo sia stato costituito come oggetto politico, pubblico, **la cittadinanza intera**, che ne abbia fatto o meno esperienza diretta. Tra tutti i cittadini, i diretti interessati ovvero le persone che ne hanno fatto esperienza diretta, siano esse clinici o pazienti, giocano un ruolo centrale. Dall'esperienza dei **cittadini** che si rivolgono al dispositivo o che ne sono esclusi, può derivare una voce fondamentale per la ricostruzione di un dispositivo realmente democratico, per quanto spesso questa voce rischi di essere invalidata e delegittimata da quella che deriva dal sapere/potere dei tecnici laddove rischi di metterne in crisi il funzionamento ordinario, ne sveli le naturali contraddizioni e ne indichi punti ciechi o criticità.

La trasformazione inoltre non può che avvenire attraverso un'azione **degli psicoterapeuti**. Tuttavia essi, alla luce dell'occultamento degli interessi personali e corporativistici oltre che dell'abitudinaria naturalità con cui vivono la propria pratica, si trovano nella scomoda posizione di doverla decostruire, a partire dal recepimento di un movimento critico, non tanto per esigenze tecniche, ma soprattutto per un bisogno politico ed etico, la cui assenza, nella maggior parte dei casi, contribuisce al mantenimento del dispositivo nelle sue forme attuali.

In tale opera di trasformazione del dispositivo da parte di coloro che lo custo-

22 Due metodi che, per inciso, caratterizzavano fortemente anche le più seminali formulazioni psicoanalitiche prima che si strutturassero in ortodossie.

discono, proteggono, riproducono e tramandano, un ruolo fondamentale spetta alle **Scuole di Psicoterapia** e alle istituzioni formative, per la maggior parte private.

Prima di abbozzare una risposta al primo interrogativo occorre definirne con chiarezza le finalità. Tale scopo non è allargare la platea dei potenziali consumatori del prodotto psicoterapia, proporre una nuova tecnica o salvarne e rilanciarne l'immagine snaturandone finalità e funzioni ma, partendo dall'assunzione che la istituisce, immediatamente e necessariamente, anche come strumento implicitamente politico e storico con effetti concreti sul campo sociale, proporre un'integrazione, fondata sull'esperienza pratica²³, con una dimensione politica che mitighi i rischi e gli effetti di tale misconoscimento. In altre parole, l'obiettivo è **contrastare l'occultamento della dimensione politica, collettiva, del dispositivo psicoterapeutico**, causa e conseguenza di effetti negativi clinici, socio-culturali e politici, attraverso una politicizzazione reale del dispositivo stesso per **promuovere la costruzione di alternative pratiche e reali**.

Sono stati identificati tre campi di azione in cui è possibile, per gli psicoterapeuti, mitigare gli effetti deteriori dello psicoterapismo e contribuire alla costruzione di un dispositivo più democratico. I campi d'azione così come le proposte relative a ciascuno di essi non hanno la pretesa di esaustività ed essendo costituiti per la maggior parte da elementi pratici sono necessariamente provvisori, limitati e contraddittori.

I diversi ambiti di azione non sono stati qui esplorati proporzionalmente all'importanza che ciascuno di essi riveste, ma in misura inversamente proporzionale al grado con cui appare evidente una connessione tra aspetti politici e clinici: molto evidente nel terzo ambito d'azione, quello politico (più propriamente extraclinico), meno evidente nel secondo, organizzativo, e più sottile e occultato all'interno del primo, l'ambito clinico.

In tutti gli ambiti, politicizzare le pratiche di cura, la loro organizzazione e priorità, significa lavorare in direzione di uno **“psicoterapeuta militante”**, il cui ruolo di tecnico e militante politico, ovvero di cittadino consapevole e attivo per la costruzione di rapporti di cittadinanza più sani e giusti (anche per mezzo del proprio lavoro) non solo non si trovano in un rapporto di mutua esclusione, ma si fondono trovando una sintesi all'interno dei tre spazi delineati per promuovere azioni sulle strutture tanto individuali quanto sociali e sui reciproci rapporti.

In questa concezione, **elementi politici** sono identificabili: 1) all'interno della struttura sociale, ovvero nel mondo esterno che influenza ed è influenzato dai contesti organizzativi e dalle pratiche cliniche; 2) nel contesto organizzativo (le

²³ Ogni azione proposta deriva dall'esperienza collettiva dello Sportello TiAscolto, sportello sostenibile di ascolto, sostegno psicologico, counseling e psicoterapia.

politiche interne ed esterne dell'organizzazione) che ospita e plasma determinati tipi di interventi clinici e che è in un rapporto di reciproca influenza con il mondo esterno; 3) nel contesto clinico ovvero nel dispositivo psicoterapico (prodotto da una determinata struttura sia sociale che organizzativa e che su queste influisce).

Gli **elementi clinici** si riferiscono invece alla percezione di benessere tanto dei singoli individui quanto della popolazione e dei diversi gruppi sociali da cui è composta e che attraversano i differenti contesti di vita, in misura differente capaci di ostacolare o promuovere il benessere dei cittadini, secondo quanto proposto, ad esempio, dalla psicologia della liberazione (Martin-Barò 2018, Arcidiacono 2012): dal setting clinico, all'organizzazione che l'ospita, al mondo esterno.

Politizzare lo spazio clinico

Il primo campo d'azione è interno allo spazio clinico.

Ogni azione clinica, nella sua privatezza, moltiplicata per il numero di spazi reali (fisici o virtuali) entro cui viene agita, ha di per sé effetti politici.

L'introduzione di elementi "sociali" e "politici" all'interno dei trattamenti clinici individuali non abolisce, contrariamente a quanto sostenuto da Castel, la possibilità per gli attori di distinguere tra elementi psicologici e sociali né tra i luoghi entro cui vengono trasformate strutture individuali e strutture sociali, né tantomeno suggerisce inevitabilmente, di per sé, lo spazio clinico come luogo privilegiato e unico di cambiamento, per quanto questo, nella pratica, accada con grandissima frequenza.

- E' possibile politicizzare lo spazio clinico innanzitutto intrattenendo un **rapporto critico con le categorie e i costrutti** utilizzati (soprattutto ma non esclusivamente alcune categorie nosografiche o personologiche) capace di vederne, attraverso uno sguardo anche antropologico, il carattere socialmente costruito, storicamente determinato, e **riconoscendo con franchezza** e senza timore, nello spazio clinico, insieme al cittadino, **i limiti e le contraddizioni connaturate all'epistemologia della pratica psicoterapeutica**, alla diffusione di alcuni costrutti, oltre che le sue implicazioni, i suoi possibili effetti iatrogeni e il rischio di inappropriatezza rispetto ai bisogni del cittadino.

- E' possibile politicizzare lo spazio clinico attraverso la selezione e l'utilizzo di **teorie esplicative e descrittive sulla formazione dell'uomo, della sofferenza e del mondo che contemplino attivamente la dimensione socioculturale e politica dell'esistenza** (ad esempio le teorie sui determi-

nanti sociali della salute mentale (WHO 2014) o il Power Threat Meaning Framework (BPS 2018): le condizioni di lavoro, abitative, l'istruzione, la trasmissione intergenerazionale delle disuguaglianze, l'influenza della cultura della felicità a tutti i costi; etc.) e della sofferenza senza ridurla a funzione intrapsichica esclusiva del soggetto, implicitamente suggerendo lo spazio clinico, individuale e soggettivista, come unico luogo per la sua risoluzione. All'utilizzo di tali teorie che contemplino le determinazioni sociali e multifattoriali della sofferenza, il clinico deve poter far seguire un mutamento delle pratiche ad esempio affiancando un *set* di strumenti e risorse che consentano al soggetto che gli si rivolge di **aumentare le opportunità di rispondere all'esterno della relazione clinica**, nel contesto di vita che entrambi abitano, anche ai propri bisogni più esteriori e che solo attraverso un'interazione con il contesto possono essere soddisfatti. La conoscenza astratta di teorie che contemplino il contesto nella generazione della sofferenza degli individui rischia di essere superflua (Saraceno 2017) in assenza della possibilità per il terapeuta di essere un **ponte reale tra il territorio con i suoi vincoli, opportunità e risorse e il cittadino con i propri vincoli, opportunità e risorse**. Tale opportunità costituisce inoltre, soprattutto per i pazienti con un basso reddito (e quindi, come evidenzia l'epidemiologia sociale, dotati di minori risorse), un fattore che influisce positivamente sul loro benessere sia attraverso la mediazione della **percezione di supporto sociale** che attraverso un **rafforzamento dell'alleanza terapeutica** (Thompson, Cole, Nitazarim, 2012). Molti approcci psicoterapici non contemplano o sono riluttanti ad interventi di questo genere considerati forieri di un'inaccettabile invasione dello spazio reale in quello fantasmatico e intrapsichico della psicoterapia, di uno sbilanciamento del terapeuta in posizioni non sufficientemente neutrali o, peggio ancora, di un declassamento verso figure considerate meno prestigiose come ad esempio quella dell'educatore. Numerose esperienze pratiche, tuttavia, supportano l'efficacia di questo approccio legittimando il dubbio che l'origine di tali obiezioni sia da ricercarsi anche nel maggior impegno richiesto.

- E' possibile politicizzare lo spazio clinico utilizzandolo per supportare gli individui nella socializzazione della sofferenza. L'"Identità" di ciascun individuo è costituita anche da molteplici esperienze e narrazioni su di sé. Ciascuna esperienza, con la narrazione che l'accompagna, è funzione dell'insieme di appartenenze ai differenti gruppi sociali con cui condivide le medesime esperienze e differenti identità sociali (ad esempio "essere donna", "essere neolaureato/a", "essere disoccupato/a"). Ogni individuo, in quanto membro di un soggetto collettivo, un gruppo, una categoria o una classe sociale, al di là delle irriducibili differenze, condivide oggettivamente una serie di esperienze, vissuti, con gli altri membri dei gruppi con cui condivide determinate appartenenze. A partire da tale assunzione, è possibile per lo psicoterapeuta politicizzare lo spazio clinico

collettivizzando la sofferenza che gli individui, spesso, vivono e credono essere funzione esclusiva di un sé separato dal corpo sociale e illusoriamente indipendente dalla molteplicità delle sue identità sociali, con conseguenze penose sulla percezione di isolamento oltre che sulla frammentazione del corpo sociale. Si tratta di promuovere, a partire dai vissuti soggettivi individuali, un'opera di consapevolezza della condizione condivisa con altri esseri umani che a questi li accomuna. Un'opera di coscientizzazione (Freire, 1971; Fanon, 1961) dei processi oggettivi, presenti nel contesto prima ancora che nel Sé che ne viene plasmato, che gravano in maniera differenziale su determinati gruppi sociali, alcuni dei quali marginalizzati e oppressi.

Tale processo consente di attenuare la costrizione derivante da attribuzioni esclusivamente interne e sperimentare con concretezza la consistenza del legame sociale che, attraverso la sofferenza, lega diversi individui in quanto appartenenti al medesimo gruppo sociale, liberandoli da vissuti di solitudine e isolamento. Si tratta della scoperta di una nuova famiglia.

Sia l'utilizzo di modelli descrittivi ed esplicativi della sofferenza che abbraccino variabili sociali (lavoro, reddito, casa, etc.) che l'introduzione di variabili riferite alle identità sociali più o meno marginalizzate ("io" come parte del gruppo "donne in una società patriarcale", "io" come parte del gruppo "persone di seconda generazione", "io" come parte del gruppo "giovane lavoratore precario", etc.) possono orientare il clinico nell'**identificazione di spazi, azioni e rivendicazioni politiche, complementari** a quelle cliniche.

- E' possibile politicizzare lo spazio clinico **legittimando e promuovendo**, anche all'interno della relazione diadica, **azioni collettive** all'esterno di questa, in una non-contraddizione tra *cura di sé, cura dell'altro e cura del mondo* che promuova una visione e un'esperienza di Sé intimamente, praticamente e responsabilmente connessa al contesto e al tessuto sociale ove i soggetti vengono influenzati dal e influenzano il mondo esterno. Alcuni autori, per altro, sottolineano l'importanza, per la relazione terapeutica, la motivazione e la percezione di benessere, di interventi che promuovano, anche all'esterno di questa relazione, un ventaglio di azioni collettive e di *advocacy* (Thompson, Cole, Nitzarim, 2012).

- E' possibile politicizzare lo spazio clinico **evitando la tentazione di sottrarsi ad un confronto sul terreno delle posizioni e concezioni politiche, aprendosi ed esponendosi a tale temuta possibilità**. Nell'attuale letteratura italiana sulla teoria della tecnica la condivisione di aspetti di vita personale da parte del terapeuta (*self-disclosure*) rappresenta un elemento tutto sommato ricorrente e ritenuto, a determinate condizioni, efficace e appropriato. Tuttavia nella letteratura sulla *self-disclosure* sembra esserci una "macchia cieca" ri-

guardante le convinzioni etico-politiche: tale condivisione sembra poter e dover essere limitata ad aspetti cosiddetti emotivi della vita personale del terapeuta e non riguardare contenuti di carattere politico per quanto questi siano, necessariamente, sempre emotivamente connotati e intimamente connessi all'esperienza di vita del terapeuta (Amerio, 2004).

Alcune evidenze internazionali suggeriscono che, a fronte di eventi politici rilevanti, il clima politico e i discorsi politici tendono ad entrare con maggior frequenza e rilevanza nello spazio clinico, influenzandone processi e contenuti (Solomonov, Barber, 2018). Riuscire a rimanere con il paziente all'interno di discorsi strettamente politici, soprattutto in determinati periodi storici, può avere effetti rilevanti, rafforzare l'alleanza terapeutica oltre che facilitare, per il terapeuta e il paziente, la comprensione di quest'ultimo (Farber 2018). Peraltro se l'alleanza terapeutica è influenzata positivamente sia dalla scelta di apertura da parte del terapeuta che dalla somiglianza delle posizioni politiche degli interlocutori (Solomonov, Barber 2019), eventuali differenze possono non costituire un ostacolo per la bontà della relazione (Yourman 2018).

- E' possibile politicizzare lo spazio clinico partendo dalla profonda consapevolezza **delle condizioni reali, oggettive, che, nel contesto, a livello micro e macro, locale e nazionale, rendono possibile - costituendone i presupposti spesso impliciti - l'incontro terapeutico** (l'erogazione di prestazioni all'interno del Sistema Sanitario Nazionale? Assicurazioni sanitarie o welfare aziendali? Il pagamento di una tariffa ad un singolo libero professionista percepito dal paziente come politicamente "neutro"? La presenza di soggetti collettivi mutualistici, più o meno politicamente connotati e attivi, inseriti nel territorio? Associazioni di volontariato?) per portare, esplicitandola, tale realtà all'interno dello spazio del trattamento, nella relazione clinica, su cui inevitabilmente riverbera, influenzandone modalità, funzionamenti, finalità, rappresentazioni, etc. Tali **condizioni reali** possono riferirsi tanto allo **spazio fisico** che rende possibile l'incontro quanto allo **spazio sociale o simbolico** che ospita, rendendola possibile, la relazione terapeutica ovvero - riprendendo Castel - **la posizione che occupa politicamente lo spazio**, fisico e simbolico, **che istituisce la relazione clinica**.

- E' possibile (e doveroso) politicizzare lo spazio clinico attraverso **l'introduzione e la valorizzazione della variabile e della categoria "classe sociale" o "status"**. Questo significa, nella pratica, riconoscere la qualità e l'entità dell'influenza della classe sociale degli attori nello spazio clinico, riconoscere il modo in cui differenze o somiglianze tra queste incidono sul funzionamento del dispositivo e sulla qualità dell'alleanza terapeutica. Tale influenza, a livello

individuale, ha effetti sostanziali nel plasmare il modo in cui gli individui strutturano la propria esperienza e identità nell'interazione con il mondo, con gli altri e con se stessi.

E' noto come e quanto la classe sociale della famiglia di origine influenzi in maniera determinante (e maggiore all'interno delle società più diseguali e con minor mobilità sociale) la probabilità di crescere in ambienti e contesti più o meno protettivi già a partire dalle esperienze intrauterine, oltre che la probabilità di vivere esperienze più o meno rassicuranti e protettive nei primi anni di vita, con esposizioni differenziali a fattori ambientali, psicosociali (e famigliari) di rischio o protezione per la salute mentale. La classe sociale, sia famigliare che individuale, influenza la possibilità di sviluppare i ventagli di capacità e risorse personali (sociali, cognitive, emotive, relazionali e materiali) oltre che le modalità attraverso cui gli individui si costruiscono, vivono, interpretano e agiscono nell'interazione con il mondo esterno e con sé.

In ottica clinica la rilevanza della posizione sociale è maggiore alla luce dell'impatto che, rispetto alla posizione oggettiva (SES, Socioeconomical Status misurata attraverso indicatori quali reddito, istruzione), la percezione di questa (SSS, lo Subjective Social Status) ha sulla salute fisica e mentale degli individui, sul loro modo di strutturarsi, di dare senso e forma alle esperienze e di influire sulle traiettorie di vita.

Tuttavia la classe sociale, sia oggettiva che percepita, e le modalità attraverso cui queste, tramite meccanismi di incorporazione di eventi e vissuti, plasmano la vita degli individui sono quasi del tutto assenti dei programmi formativi (Kaiser e Prieto 2018, Liu 2013, Thompson, Cole, Nitzarim, 2012).

Questo accade nonostante all'interno del setting terapeutico le differenze relative alla classe sociale possano essere sistematicamente rilevate sia dal paziente che dal terapeuta (Thompson, Nitzarim, Cole, 2012, Frost, Ramirez Stege & Vue, 2015) e vissute con vergogna dai primi (ibidem) i quali condividono con frequenza la sensazione di appartenere ad una "classe inferiore" rispetto ai secondi (Thompson, Cole, Nitzarim, 2012). I terapeuti sono percepiti usare un "codice [linguistico, ndr.] elaborato" (Kaiser e Prieto 2018). Il fatto che non venga data sufficiente attenzione a classe sociale, classismo e le loro relazioni con le pratiche psicologiche (Liu, Pickett, Ivey, 2007) e che manchi una "consapevolezza di classe" (Liu 2013) tra gli operatori è testimoniato anche dal fatto che molti, indipendentemente dal livello di esperienza e dagli orientamenti (Thompson, Nitzarim, Cole, Frost, Ramirez Stege & Vue, 2015), sono portati a sottostimarne l'importanza per il buon andamento della relazione e dell'alleanza terapeutica e per la sua efficacia (Trott & Reeves 2018, Thompson, Nitzarim, Cole, 2012, Frost, Ramirez Stege & Vue, 2015, Liu 2013 Kim e Cardemil 2012), mentre i pazienti spesso considerano la classe sociale un elemento significativo attraverso cui

vengono plasmate le esperienze di consulenza psicologica (Liu 2013, Thompson, Cole, Nitzarim, 2012). La mancanza di consapevolezza dell'importanza della classe sociale da parte dei terapeuti può portare a comportamenti, atteggiamenti e dinamiche relazionali involontariamente oppressivi e/o classisti (Trott & Reeves 2018).

●E' possibile (e doveroso) politicizzare lo spazio clinico attraverso **l'esplicitazione degli interessi materiali, sempre naturalmente presenti, che soggiacciono a qualsiasi relazione lavorativa e professionale tecnica**. Verbalizzare l'implicito che costituisce la condizione di possibilità ed esistenza del rapporto significa presentificare, nella sua concretezza pratica, nel qui ed ora, in quel momento di quella seduta di quella relazione terapeutica, una delle motivazioni reali che, al di là del maggiore o minor autentico interesse umano o tecnico per il bene del paziente, ne plasma struttura e processi. Esplicitare i propri interessi materiali, oltre a infrangere un tabù (tanto clinico quanto, spesso, sociale), un non-detto dato reale e valido in quella specifica relazione, costituisce per il paziente una possibilità importante per sviluppare una maggior consapevolezza nell'opera di significazione della relazione terapeutica, di sé, del mondo e del rapporto tra sé e il mondo. Tale operazione avrebbe un valore clinico-politico maggiore all'interno di una società, quella neoliberista, che tende a "naturalizzare" rendendo abituali, attraverso l'incorporazione di specifici habitus (Bourdieu 1980), strutture personali, relazionali, culturali, valoriali, antropopoietiche e determinati processi e strutture sociali direttamente e realmente influenzate da interessi economici con precise ricadute sulla vita, la salute e le relazioni di tutti e tutti.

In maniera simile è possibile per il clinico esplicitare un altro conflitto d'interessi, che si gioca sulla scena della relazione terapeutica. Tale conflitto d'interessi, tutto interno al clinico, è costituito da una parte dall'interesse, coincidente con quello del paziente, per il suo benessere, dall'altra, al di là dell'interesse materiale, è sempre presente un **interesse simbolico**, legato a dinamiche identitarie che concernono l'identità lavorativa. Se l'interesse del clinico per il paziente e l'interesse di questo per sé spingono verso la sua indipendenza e "guarigione" che renderà superfluo il ruolo del terapeuta, dall'altra, in un interesse opposto, il clinico è sempre dipendente dalla presenza di un paziente per poter esistere in quanto tale: un clinico senza pazienti non esiste in quanto clinico.

Questa apparentemente banale verità esercita un influsso determinante nelle modalità attraverso cui ogni psicoterapeuta riconosce (o meno) il limite del proprio operato nella relazione con i pazienti e i limiti del proprio intervento, con quello specifico paziente ma non solo²⁴. Si tratta tutto sommato di riconoscere

²⁴ E' anche all'interno di questa prospettiva che andrebbero analizzate le riflessioni e le pratiche riconducibili al dibattito attorno al tema che costituisce il nucleo di "Analisi terminabile e interminabile" (Freud 1937) sui limiti temporali e di efficacia dei percorsi terapeutici.

l'intrinseca interdipendenza che esiste tra il ruolo di curante e quello di curato per poter esistere entrambi sulla scena sociale. L'effetto politico di tale riconoscimento (o misconoscimento) è mediato dalla rappresentazione dell'estensione entro cui l'intervento clinico può essere considerato appropriato ed efficace, quindi legittimo, in relazione ad altri tipi di intervento; o, in altri termini, dalla possibilità di discernere in che misura la psicoterapia sia un trattamento indicato per determinate condizioni di sofferenza e dove invece la sua applicazione risponda più a un bisogno di riaffermare il proprio campo di esistenza sociale.

In questo senso la pratica clinica può agire, attraverso lo sviluppo di una visione politica incarnata, da **catalizzatore di consapevolezza politica e delle condizioni di oppressione, sfruttamento e alienazione**.

Tale prospettiva non vuole essere di segno opposto a quella della "neutralità", ma costituirne il superamento attraverso una politicizzazione della clinica tesa a liberarla dalle implicazioni politiche misconosciute.

Politicizzare la clinica significa rendere esplicita, trasparente e manifesta la dimensione politica e collettiva che intrinsecamente e inevitabilmente caratterizza le esperienze umane di sofferenza e di cura nonché la responsabilità e il ruolo che ciascuno riveste nella creazione dell'esistente che condivide con altri/e.

Come afferma Basaglia (2000), "nel momento in cui io porto una persona a prendere coscienza delle contraddizioni in cui vive, non sto facendo un'azione tecnica ma politica. È vero però che io esplico così anche il mio essere psichiatra". Vale esattamente lo stesso, o forse di più, per ciascuno psicoterapeuta.

Politicizzare l'organizzazione del lavoro

Il secondo spazio d'azione entro cui è possibile integrare la dimensione politica con quella clinica è quello **organizzativo**, intendendo con ciò il contesto organizzativo entro cui prende vita l'azione clinica. La dimensione organizzativa, intersezione per eccellenza tra dimensione individuale e sociale, e tra dinamiche che intersecano salute e benessere, produttività e potere e socialità, costituisce l'ambito privilegiato di dialogo tra pratiche e discorsi che contemplino le **reciproche implicazioni di dimensioni cliniche e politiche**.

Ciascuna forma organizzativa che istituisce la possibilità di un rapporto clinico è in un rapporto biunivoco, di reciproca influenza, sia con il mondo esterno sia con le pratiche cliniche che contiene al proprio interno e generalmente, nel momento in cui le pratiche cliniche, individuali, vengono inserite in più ampi contenitori organizzativi e istituzionali, con precisi mandati, vincoli e logiche, i

tecnici della clinica tendono a interrogarsi sulla possibile corruzione di natura, funzionamento e funzione della clinica che si troverebbe a dover dialogare con funzioni, coordinate politiche e logiche più ampie che rischierebbe di sovraderminarla.

Rimandando oltre un'analisi di tale difficoltà di dialogo tra il rapporto clinico e organizzazioni più ampie, per quel che riguarda la psicoterapia, è quasi superflua la constatazione che, tra le forme giuridiche possibili, **la libera professione**, costituisca la forma organizzativa prevalente, oggi, in Italia, anche quando esercitata, in convenzione, internamente al SSN.

Concentrandoci su quanto accade esternamente al SSN, date le premesse sopraindicate, la forma giuridica della libera professione, che regola lo scambio monetario tra paziente e tecnico influenzandone profondamente e sottilmente il rapporto, rappresenta solo una particolare forma di organizzazione del lavoro, caratteristica della società neoliberista e di quella divisione del lavoro e del corpo sociale, che non escluderebbe la possibilità di altri tipi di organizzazione e auto-organizzazione.

Tralasciando il fatto che la scelta della libera professione non costituisca, a tutti gli effetti, una scelta realmente libera, ma più spesso una necessità legata agli attuali assetti sociali, il lavoro in regime di libera professione, oltre a essere supposto libero da coordinate politiche e ininfluente rispetto al campo sociale, nei fatti, oltre alla libertà da vincoli o legami con un'organizzazione, condanna spesso i liberi professionisti allo stesso isolamento e alla medesima frammentazione dei pazienti che vorrebbero curare. Forse, insieme, **altro non fanno che tenersi compagnia, per sentirsi meno soli, reciprocamente necessari, importanti per qualcun altro, stretti dal legame monetario che intrattengono e riproducendo, insieme, uno specifico ordine sociale.**

Come osserva acutamente Byung-Chul Han (2014), nelle società neoliberali il potere agito sui singoli - esercitato sottilmente, tramite una costante promozione del piacere, della soddisfazione e del successo - “fa sì che **gli uomini si sottomettano da sé al rapporto di potere**” (ibid.)²⁵. In un contesto sociale fondato sulla fantasia di poter eludere la negatività della vita, blandito dall'illusione di una massimizzazione senza fine dei processi psichici e mentali, il **mito dell'auto-ottimizzazione permanente diventa una forma efficace di dominio e di sfruttamento dell'individuo**, il quale - convinto di migliorare e padroneggiare autonomamente la propria vita - non fa altro che riprodurre un ordine sociale perverso, di cui rischia di essere inconsapevolmente la vittima compiaciu-

²⁵ Questa tecnica vuole rendere attivi, motivare e ottimizzare, e non impedire o reprimere [...]. Invece di rendere docili gli uomini, cerca di renderli dipendenti [...]. Si impegna a suscitare emozioni positive e a sfruttarle. Seduce, invece di proibire” (ivi).

ta. Come conclude il filosofo coreano: “la tecnica di potere del regime neoliberale ha una forma subdola [...]: si preoccupa che l’individuo agisca in autonomia su se stesso così da riprodurre in sé il rapporto di dominio e, di conseguenza, da interpretarlo come libertà” (ibid.). Proseguendo su questa strada, c’è il pericolo che la psicologia si tramuti in una “tecnica di potere del regime neoliberale”: da un lato vincolando gli stessi professionisti (cittadini come tutti e come tutti bisognosi di un reddito, di un ruolo e di una prospettiva) a ineludibili percorsi lavorativi di autosfruttamento, a fronte dell’isolamento e della frammentazione; dall’altro lato, impoverendo lo stesso pensiero psicologico, che da strumento di conoscenza e trasformazione di sé e del mondo diventa meccanismo di controllo sociale e imprigionante dittatura della positività.

Che fare, allora? Il regime di libera professione rischia di corrispondere, nella pratica, ad un impoverimento delle possibilità di reale costruzione di un orizzonte di significato e azione comune. La presenza della **dimensione gruppale**, resa possibile da forme organizzative differenti, costituisce uno degli ingredienti più preziosi per la salute a livello individuale e sociale, ancor più all’interno degli assetti sociali neoliberisti caratterizzati da frammentazione, isolamento, indebolimento dei legami e della coesione sociale, individualismo, crisi della partecipazione, mancanza di fiducia nelle istituzioni e nel prossimo (Wilkinson Pickett, 2009, 2018). Un corpo sociale coeso, partecipato, è un corpo sociale sano che può produrre individui sani, meno soli e isolati, attraverso un maggior supporto sociale. Società sana significa società che produce opportunità e costruzione di un tessuto, alimentando legami sociali e appartenenze (e quindi anche vincoli e responsabilità), ove gli individui possano reciprocamente sostenersi e sperimentare progetti di vita meno isolati, frammentati e autoreferenziali. La presenza di reti sociali assume un ruolo fondamentale per la promozione del capitale e della coesione sociali, con una funzione sia preventiva che curativa sulla salute mentale della popolazione, mediato principalmente dal senso di fiducia, di supporto sociale e di reciprocità (Wilkinson e Pickett, 2009, 2018, McPherson 2014 Bassett 2013, Costa, 2014, Cullen 2001 DeSilva 2005 Poortinga 2012). A livello individuale, solo attraverso **la partecipazione ad un progetto e un processo collettivo più ampio di quello realizzabile dal sé e da sé** è possibile esperire il significato profondo del benessere sociale e di un’integrazione di aspetti professionali, sociali ed etici, clinici e politici, oltre che trovare un orizzonte di significato profondo dell’esistenza.

Nell’interazione con il contesto organizzativo che le rende possibili, le differenti pratiche cliniche individuali possono essere ibridate in virtù di bisogni, funzioni e progettualità che pongano le proprie basi e i propri orizzonti **al di là del principio della sacralità dell’individualismo e dell’individualità**.

Ad esempio collocare un dispositivo all'interno del SSN significa arricchirlo del mandato sociale ricoperto dall'istituzione deputata alla tutela della salute pubblica entro cui viene erogato oltre che assoggettarlo ai vincoli che l'organizzazione, aziendalistica, impone. Collocare il dispositivo psicoterapeutico - luogo privilegiato di incontro tra individualità - in uno spazio di azione e riflessione esplicitamente organizzato, collettivo e condiviso, inevitabilmente sempre (seppur con gradi diversi di consapevolezza) politicamente significativo, vuol dire arricchire **il dispositivo individuale con il set collettivo e condiviso di valori, funzioni, bisogni, immaginari, dell'organizzazione che lo precede e lo rende possibile agendo, anche per tramite di questa, nel campo sociale.** Ad esempio, un intervento erogato da un libero professionista in regime di libera professione, il cui intervento non è esplicitamente riconducibile ad alcun corpo sociale organizzato, è possibile abbia caratteristiche molto differenti dall'intervento erogato dal medesimo operatore nel suo impegno come membro di una ONG in termini di focus, durata, obiettivi, finalità, posizionamenti.

Il medesimo soggetto avrà inoltre uno spazio di agibilità politica notevolmente ridotto che lo condanna all'irrilevanza politica, se isolato, in confronto all'apporto che può dare in quanto membro di un soggetto collettivo.

Tuttavia l'incontro tra il dispositivo, individuale, e la dimensione organizzativa, gruppal, crea inevitabili frizioni e i tentativi di ibridazione del dispositivo ne mostrano alcuni **elementi costitutivi che resistono a questo movimento trasformativo di socializzazione.** Questi elementi costitutivi emergono nella reazione che si scatena nel momento in cui il dispositivo, estratto dal suo ambiente naturale, viene posizionato su (ed entra in contatto con) il nuovo contesto possibile. Essendo il frutto dell'esperienza il luogo dell'individualità, resiste alla sua socializzazione, se non nei contorni definiti dalle scuole di appartenenza. Lo spostamento tuttavia permette di definire con maggior chiarezza le invarianti della pratica e il loro legame con il contesto "naturale" dotato delle proprie coordinate politiche. In Italia, oggi, il contesto naturale su cui si sviluppa la psicoterapia è il mercato privato: uno spazio dove un insieme di liberi professionisti a partita IVA (tutt'al più associati nella condivisione di uno spazio fisico) alimenta un **sistema economico basato sulla crescita fine a se stessa nella competizione che questo propone.** In questo spazio ciascun professionista gode della massima libertà e autonomia: l'unica regola del gioco è il profitto, il terreno comune su cui costruire progettualità lavorative e di vita frammentate. Così la relazione con il paziente è subordinata in via esclusiva al rapporto "singolo psicoterapeuta- singolo paziente", le regole del cui funzionamento sono detenute dal solo terapeuta.

Spostare la pratica all'interno di una cornice gruppale ne può mutare significati e prassi: la relazione terapeutica diventa una particolare configurazione di un più ampio rapporto **“gruppo di curanti - paziente” o “gruppo di curanti - gruppo di cittadini”**. Il “gruppo di curanti” in quanto corpo sociale e politico è dotato delle proprie norme, valori, scopi, obiettivi, bisogni, funzionamenti che possono non essere sovrapponibili a quelli del libero mercato. Il terapeuta, prima libero nel suo isolamento, può perdere una parte della libertà di agire secondo la propria esclusiva discrezionalità. **Il gruppo a cui appartiene fornisce a tutti i suoi membri vincoli clinici e organizzativi che egli contribuisce a costruire, ma a cui è contemporaneamente e continuamente assoggettato**²⁶. La definizione di una parte del funzionamento del rapporto clinico che coinvolge quella specifica coppia di lavoro viene arricchita dalla presenza del gruppo e dai suoi posizionamenti, esplicitamente o implicitamente, politici.

In questo spostamento il dispositivo tende a resistere all'intrusione della dimensione collettiva che sembra limitare l'autonomia e la libertà individuale del clinico. La lunghezza delle sedute, la durata dei percorsi, i prezzi, la comunicazione con il pubblico, gli obiettivi terapeutici, diventano campi ove si gioca la possibilità di questa ibridazione del dispositivo, possibile solo a patto che le diverse individualità possano cedere il passo al dialogo con ed entro una più conflittuale ma generativa dimensione collettiva.

In questo processo, parallelamente, le conoscenze, esperienze e sensibilità dei **terapeuti, modellate da lunghi anni di inculturazione nelle scuole di psicoterapia**, rischiano di ostacolare la creazione e l'utilizzo di nuovi strumenti di lavoro comuni, concettuali e pragmatici, che trascendano l'appartenenza ad un paradigma teorico. Se l'identificazione con un paradigma teorico di riferimento rischia di ostacolare il processo generativo e la ricerca di un terreno comune nello spazio della nuova organizzazione, tale appartenenza può costituire, spesso, un motivo di discriminazione per alcuni gruppi di lavoro che tramutano l'appartenenza in condizione necessaria per la collaborazione, di fatto secondo logiche esclusive. In questo modo talvolta alcuni paradigmi teorici e le organizzazioni che da questi direttamente derivano assumono **connotati settari** rispondendo e alimentando **processi di competizione e accaparramento** caratteristici delle società neoliberali.

All'interno della sfera organizzativa, la dimensione individuale assume un duplice significato. L'organizzazione da una parte influisce, direttamente, sulla relazione tra individui all'interno dello spazio clinico, di cui costituisce il contenitore, e dall'altra, indirettamente, attraverso questa, sul cittadino a cui è rivolta. In secondo luogo influisce in maniera diretta sul terapeuta, in quanto membro dell'orga-

26 Il termine “assoggettamento” viene qui utilizzato riprendendo la concezione “positiva” di potere proposta da Foucault ovvero come attiva forza attraverso cui vengono inevitabilmente prodotte “soggettività”.

nizzazione, costituendone uno dei contesti di vita, lavoro, impegno politico ed eventualmente lotta.

Le scelte di “**politica interna**” di un’organizzazione, che riverberano su salute mentale e benessere degli individui (sia quelli che l’abitano che tutti quelli a cui si rivolge anche attraverso le attività cliniche) sono in un rapporto di reciproca determinazione con fattori a questa esterni e interni.

Esternamente, il mondo e il contesto influenzano, con i loro ritmi, accadimenti e bisogni, le politiche interne dell’organizzazione da cui vengono a loro volta plasmati.

Internamente invece le politiche organizzative hanno un rapporto di reciproca influenza con quanto contenuto: le modalità attraverso cui sono strutturati i dispositivi clinici, carichi di lavoro, risorse e vincoli dei soggetti, dinamiche e processi decisionali e partecipativi, di potere e, in generale, di gruppo.

Analogamente scelte più propriamente politiche riguardanti il senso dell’esistenza dell’organizzazione nel suo rapporto con il mondo esterno, la sua funzione sociale, trovano la loro ragion d’essere sia fuori che dentro l’organizzazione.

Analogamente scelte più propriamente politiche riguardanti il senso dell’esistenza dell’organizzazione nel suo rapporto con il mondo esterno, la sua funzione sociale, trovano la loro ragion d’essere sia fuori che dentro l’organizzazione

In questo senso, a partire dalla consapevolezza dell’importanza cruciale dei contesti di lavoro per il benessere, è sempre possibile adottare una lente, in senso lato, clinica - ovvero che valuti gli effetti sulla salute mentale degli individui da cui è attraversata e a cui più o meno direttamente si rivolge – di determinate configurazioni politico-organizzative.

Saraceno, già Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze dell’OMS, sottolinea la rilevanza della dimensione organizzativa, di servizio, che rappresenta, laddove contemplata, **uno dei più potenti determinanti di salute**. La qualità del contesto organizzativo, afferma, è il trattamento (Saraceno 2018).

Ad esempio, riprendendo uno studio condotto con Barbato (1992) teso a studiare l’impatto dell’organizzazione dei servizi psichiatrici sugli esiti di salute a livello di popolazione, Saraceno sottolinea che “la tipologia del servizio [...] che aveva in carico il paziente influisce in maniera determinante sul rischio di riospedalizzazione il quale più che dipendere da fattori clinici dipende da fattori legati alle politiche e alle strategie organizzative dei servizi” (Saraceno 2017). In questa prospettiva è il contesto, con la sua cultura, le sue pratiche, il suoi valori, il fattore realmente terapeutico, più che il singolo gesto clinico, adottato dal singolo professionista.

In sintesi è **possibile politicizzare la pratica clinica istituendo una dimensione organizzativa, gruppale, collettiva, quindi politica, entro cui inscrivere e con cui farne reagire gli elementi costituenti.**

In tale dimensione gruppale, teorie e pratiche cliniche precostituite, prodotte da strutture ad essa esterne (in primis le scuole di psicoterapia), possono interagire con la funzione organizzativa, la sua struttura, processi, obiettivi, il suo set di norme, valori e pratiche, **generando sia pratiche cliniche inedite risultanti da un riappropriazione critica dei dispositivi sia pratiche propriamente politiche.**

All'interno di tale dimensione organizzativa, la dialettica tra partecipazione ed efficienza, struttura e funzionamento, rapporti di potere - la reale capacità trasformativa del contesto esterno - costituiscono alcuni degli assi attraverso cui valutarne la bontà (Bessone 2020) nella consapevolezza che ciascun gruppo e organizzazione rischia, in ogni momento, di riprodurre, internamente, gli aspetti deteriori dell'esistente.

Per altro, pur rimanendo nell'ambito esterno al SSN, il riconoscimento del fatto che dal punto di vista giuridico, la libera professione a P.IVA. (con le agevolazioni fiscali derivanti dal costituire legalmente professione sanitaria) costituisca l'unica forma giuridico-amministrativa di lavoro possibile per le professioni dotate di un'ordine professionale non significa necessariamente limitare l'operato all'interno della forma libero professionale.

La presenza di un gruppo di lavoro consente di utilizzare e sviluppare pratiche redistributive e di socializzazione del denaro in entrata ed uscita che di fatto sanciscono un superamento dell'equiparazione tra soggetto e impresa individuale. L'obbligo della fatturazione individuale non indica l'impossibilità di inserire tale vincolo all'interno di altre forme organizzative anche costituite a partire da forme inedite e autogestite di gestione economica in senso redistributivo.

E' quindi possibile politicizzare la pratica clinica socializzando nella pratica l'aspetto del denaro in ottica redistributiva, uscendo dai vincoli imposti dalla libera professione individuale e utilizzandolo come strumento di verifica per la bontà politica del progetto e dell'organizzazione gruppale. E' possibile costruire forme organizzative che facciano convivere il regime della libera professione dei membri con forme di socializzazione della gestione economica per le quali è possibile non esistano forme giuridiche prestabilite.

Politicizzare le azioni

Il terzo campo d'azione, complementare al primo, è rappresentato **dallo spazio pubblico**, esterno alla relazione clinica e all'eventuale organizzazione che la istituisce, **con effetti determinanti sul modo in cui vincoli, opportunità, sofferenza e cure si distribuiscono nel corpo sociale e nei diversi gruppi di individui.**

In questo ambito la dimensione dell'identità professionale passa sullo sfondo rispetto a quella più ampia e inclusiva, con cui è in relazione, che deriva dall'appartenenza alla comunità di cittadini. Questa seconda dimensione identitaria, l'“**identità politica**” che, sempre esistente, può essere vissuta con maggior o minor consapevolezza da parte dei clinici, informa inevitabilmente le modalità attraverso cui l'attività professionale si manifesta, viene vissuta e praticata.

Anche in questo caso il rifiuto o l'assenza di consapevolezza della propria identità politica, a livello tanto individuale quanto categoriale da parte di molti psicoterapeuti, non implica che gli effetti che derivano dalle azioni siano assenti, politicamente irrilevanti o innocui.

Analogamente una maggior consapevolezza dei clinici, sia individuale che di gruppo, relativa alla propria identità politica, pur costituendone una condizione necessaria, non conduce linearmente a pratiche, cliniche o sociali, politicamente consapevoli, all'interno o all'esterno di soggetti collettivi, né ad azioni pubbliche nello spazio comune a tutela della salute mentale della popolazione.

Tuttavia l'azione sul terreno politico può essere facilitata, per gli psicoterapeuti, dalla presenza di un gruppo di lavoro, di un lavoro di gruppo o di un'organizzazione consapevole della propria funzione propriamente sociale ed eventualmente inserita in percorsi collettivi professionali o civici.

Se nel primo ambito d'azione, quello clinico, è stata evocata la figura dello “psicoterapeuta militante” poichè l'identità professionale che rende possibile una sua politicizzazione e ne specifica alcune qualità appariva essere più rilevante di quella politica²⁷, in questo caso possiamo parlare di “**militante psicoterapeuta**” ovvero colui che, **dopo averne riconosciuta l'importanza in relazione alle condizioni di salute di ogni cittadino e cittadina, agisce nel terreno comune dello spazio pubblico per trovare risposte collettive, anche avvalendosi dell'esperienza diretta, nello spazio clinico, delle sofferenze reali che accomunano diverse soggettività.**

”Psicoterapeuta militante” e “militante psicoterapeuta”, pur riferendosi a momenti dell’esperienza differenti - il primo all’interno di contesti primariamente clinici e privati e il secondo all’interno di contesti primariamente pubblici e politici - sono, nella pratica, **inscindibili**.

All’interno di questo spazio di azione, quella che, nello spazio clinico, era l’alleanza terapeutica può diventare, senza venirne esclusa, alleanza civile tra cittadini nella militanza, rivendicazione, lotta. Due soggettività con ruoli differenti e complementari che condividono il medesimo tempo-spazio privato (facendo emergere le strutture personali del paziente che, seduta dopo seduta, assumono e cambiano forma) si possono trasformare in due cittadini che, insieme alla collettività, in essa e come sua parte attiva, condividono il medesimo tempo-spazio pubblico, guardando e agendo sulle strutture sociali che attraversano, da cui vengono plasmati e che attivamente plasmano.

Si tratta della possibilità di vivere una reale reciprocità, per certi versi impossibile all’interno della relazione terapeutica, connotata da inevitabili e strutturali disuguaglianze di sapere e potere. Non più, riprendendo Marx attraverso Sartre (Conserva 2017), l’uno oggetto per l’altro e per sé ma entrambi, insieme, **Soggetti della medesima Storia**.

Tale azione, partendo dal pieno e concreto riconoscimento della dimensione sociale ove viene generata e (ri)prodotta la sofferenza degli individui, **interroga, sia simbolicamente che concretamente, il bisogno di cui i cittadini sono portatori, la qualità clinica della loro domanda, a sua volta clinicizzata dallo specialista**, oltre che il mandato sociale che a questa si accompagna, reindirizzando sul campo sociopolitico la ricerca di possibili risposte condivise con tutta la comunità.

Agire esternamente all’ambito clinico significa, implicitamente, uscire dalla concezione che, troppo spesso, vede nella **psicoterapia** e nella **logica della presa in carico** le uniche risposte legittime fornite dal corpo sociale per la sofferenza dei propri membri e gli strumenti privilegiati, incondizionatamente validi e appropriati, escludendo contemporaneamente, o indebolendo la legittimità, di **un ampio e altrettanto (se non più) valido ventaglio di azioni** meno o affatto remunerative, di pertinenza non strettamente professionale, che pure hanno **effetti diretti e indiretti sulla salute mentale**.

Una parte del problema che accompagna la domanda di cura e delle responsabilità ad esso connesse viene portata fuori dall’ambito che lo circoscrive implicitamente nella sfera delle strutture soggettive per essere ricollocata esternamente

ad esse, nell'interazione con le strutture collettive, nella loro oggettività, e dei contesti concreti, materiali, sociali e culturali con cui queste interagiscono e da cui sono plasmate.

Agire nello spazio pubblico, fuori dallo spazio clinico seppur al fine della promozione della salute mentale dei cittadini attraverso la costruzione di società più eque e giuste, quindi sane, se da una parte permette di sviluppare la consapevolezza politica necessaria per far entrare nello spazio clinico esperienze, sensibilità, conoscenze e valori che contemplino la dimensione collettiva della sofferenza, dall'altra consente di agire in maniera più ampia, seppur meno individualizzata, sui contesti di vita entro cui ogni individuo, in quanto cittadino, vive, sia esso paziente o terapeuta.

Nell'organizzazione sociale letteralmente tutto, seppur in modalità e quantità differenti, influisce sulla salute mentale della popolazione: dalle condizioni abitative alla densità della popolazione, alla mobilità, alle condizioni e alle politiche lavorative alla qualità dell'aria respirata.

Le possibilità d'azione, sia in un'ottica *top-down* che *bottom-up*, sono numerosissime e dipendono tanto dalle inclinazioni individuali quanto, nel contesto, dalle opportunità di mobilitazione e azione collettiva, oltre che dalle contingenti congiunture storiche che rendono determinati temi, in determinati momenti, più o meno rilevanti per la promozione della salute mentale della popolazione attraverso il miglioramento delle condizioni di vita reali e una redistribuzione delle opportunità e dei vincoli.

L'obiettivo delle azioni è la creazione di contesti, fisici e sociali, più sani e giusti per la comunità di riferimento, dal livello territoriale a quello globale nella loro interazione. In questa prospettiva ogni rivendicazione per la giustizia sociale può costituire un terreno di lotta per la tutela della salute mentale della popolazione o di alcune fasce particolarmente svantaggiate e gli esiti sulla salute mentale di determinate strutture sociali possono costituire un importante strumento per la testimonianza delle reali condizioni di oppressione.

In un'ottica radicale, **il principale e crescente ostacolo** per la salute mentale della popolazione sono le **disuguaglianze socioeconomiche** responsabili sia del livello complessivo di benessere e salute fisica e mentale nella popolazione (Wilkinson e Pickett, 2009, 2018, WHO 2014), sia della loro distribuzione differenziale nei diversi sottogruppi di popolazione (Marmot 2020, CSDH 2008). Si tratta di un'affermazione insieme etica e tecnica.

Tuttavia la banale constatazione che la sofferenza mentale si trovi ovunque nelle società e in ciascun individuo non implica 1) che questa sia indipendente dagli elementi materiali e dai differenti contesti con cui gruppi sociali, famiglie ed individui, a partire dalla vita intrauterina, interagiscono; 2) che le diverse società producano ambienti sociali, naturali, economici, culturali e contesti di vita ugualmente protettivi e salutogenici; 3) che all'interno della medesima società differenti classi sociali abbiano la medesima probabilità di condurre una vita dignitosa, libera da malattia e diagnosi, a causa dell'evitabile distribuzione disuguale dell'insieme di risorse, vincoli, opportunità, capacità e contesti lungo la scala sociale che plasmano la salute fisica e mentale.

Le maggiori barriere al contrasto delle disuguaglianze tuttavia sono rappresentate proprio da quei fattori che si accompagnano alle disuguaglianze stesse e le riproducono: bassa coesione sociale, scarsa partecipazione alla vita pubblica e comunitaria che indebolisce il capitale sociale (a livello sia individuale, che ecologico (McKenzie e Harpham 2006, DeSilva et al. 2005)), scarso senso di fiducia nei confronti del prossimo, diffusione di credenze, spiegazioni e vissuti individualistici, discriminazioni, accentramento di potere economico e politico, tutti elementi che indeboliscono le rivendicazioni tese a indirizzare le politiche verso una maggiore equità oltre che il ruolo delle istituzioni pubbliche che lentamente scompaiono dalla scena lasciando uno spazio sempre maggiore alle forze deteriori che si accompagnano a un libero mercato completamente deregolamentato.

Rientrano in questo ambito di azione tutti gli interventi volti al cambiamento del campo sociale che, seppur non intenzionalmente politiche o esplicitamente connesse a determinate politiche sanitarie, agiscono sulla **dimensione culturale della cura**, della salute e della malattia, promuovendo la costruzione di legami sociali e la partecipazione attiva alla vita comunitaria, oltre che tutti gli interventi finalizzati al miglioramento del rendimento dei contesti (Macintyre, A., Ferris, 2018 Costa, 2014) e allo sviluppo delle loro capacità di produrre benessere e libertà (Sen, 2014).

In questo scenario l'inflazione diagnostica, il mercato della formazione e il continuo ampliamento dei casi "trattabili", la medicalizzazione della sofferenza, costituiscono solo alcuni degli elementi che **ostacolano lo spostamento dell'azione dagli individui ai contesti e al corpo sociale** e la possibilità di un'azione politica e militante con un valore, in senso lato, terapeutico. Se esiste un trattamento remunerativo per ogni forma di malessere, quale è la necessità di andare oltre la fornitura di risposte che apparentemente rispondono ad un bisogno?

La mole di evidenze epidemiologiche sull'impatto delle disuguaglianze sociali sulla salute mentale della popolazione e sull'importanza dei determinanti sociali non può che trovare nell'azione politica e nella lotta per la giustizia sociale la forma di intervento più efficace per agire, a livello strutturale, su quei fattori che distribuiscono la salute mentale in maniera diseguale in società e comunità affliggendo molti degli individui a cui la psicoterapia non riesce a rivolgersi. Questo implica uno spostamento del focus dalle condizioni di salute dei singoli individui alle condizioni socioeconomiche di tutta la società.

La proposta psicoterapica, indipendentemente dal contenuto specifico veicolato in ogni singola relazione, sembra implicitamente e naturalmente favorire un ripiegamento di vissuti e azioni in senso privatistico: punto di arrivo per cittadini alla ricerca di senso per la propria vita che si esercita principalmente attorno ad un sé e che, nel momento in cui trova nel clinico un punto di appoggio, rischia di confermare e alimentare tale impalcatura.

Buona parte del lavoro terapeutico si pone inevitabilmente l'obiettivo dell'adattamento dell'individuo al mondo, del cambiamento del mondo interno dell'individuo. Tuttavia, se da una parte un certo grado di adattamento al reale costituisce un momento imprescindibile del suo cambiamento in uno spazio di incontro e relazione con il mondo, dall'altra tale cambiamento non può essere dato senza che gli individui siano messi nelle condizioni di portare nel mondo l'immagine di una realtà più giusta e a misura d'uomo impossibile da trovare se non in un dialogo profondo con l'umanità presente in ciascuno/a di noi.

Uscire dal campo clinico, senza tuttavia necessariamente escluderlo, significa riposizionare il bersaglio del cambiamento nell'interazione tra individui e contesti di vita per evitare il rischio, evocato da Negrognò (2020) di una "psicomedicalizzazione "cosmetica" funzionale all'adeguamento individuale alle norme della produttività e dell'adattamento flessibile". A partire dalle più che mai attuali e legittime critiche legate alla produzione di un immaginario apolitico e de-politicizzato, favorito anche dalle pratiche cliniche, occorre ricollocare e riconsiderare con attenzione la loro funzione, a livello tanto individuale quanto sociale, lungo quella frontiera sottile e terra di confine che sta fra il "cambiare sé" e il "cambiare il mondo". Se è vero che qualsiasi psicoterapia, in quanto lavoro sull'ineliminabile negatività della vita, è necessariamente anche un confronto e una paziente riflessione rispetto ai limiti dell'esistenza, è necessario che le pratiche cliniche sappiano farsi uno dei luoghi in cui - pur partendo da sofferenze individuali - sia possibile interrogare il mondo, nella sua ricorrente realtà, e immaginare presenti alternativi e futuri possibili e agire verso tale cambiamento.

Conclusioni

Sofferenza e follia appartengono alla vita dell'uomo così come questa, per essere tale, si confronta quotidianamente con l'idea della morte. Sofferenze e morti però non si distribuiscono omogeneamente tra le diverse società né all'interno di queste. Accettare che la sofferenza, universalmente e naturalmente, esista nella vita di tutti gli uomini non può condurre all'accettazione di quelle condizioni, socialmente determinate ed evitabili, responsabili della sua distribuzione disuguale.

Tutti gli individui temono allo stesso modo - seppur in misura differente - sofferenza, follia e morte. Così, diverse società nello spazio o le medesime società in tempi diversi, ciascuna animata da differenti rapporti sociali, norme, valori, hanno inventato strumenti per proteggere i propri membri, con l'obiettivo di contrastare le esperienze di sofferenza, follia e morte e per garantire l'ordine sociale. Tali strumenti comprendono elementi di carattere concettuale (ad esempio teorie sull'origine e sul significato della sofferenza e della salute, costrutti diagnostici, teorie sull'uomo, sul mondo e sulla cura) ed elementi di carattere pratico, ovvero i differenti rimedi. Costruiti tali strumenti, una parte della sofferenza vissuta dagli individui all'interno di ciascuna società si trasforma assumendo una forma corrispondente alle cure e agli strumenti disponibili per il loro trattamento in ciascun contesto sociale in un determinato momento storico. Oggi in Occidente una parte della sofferenza viene curata, tra gli altri, anche dagli psicoterapeuti, laddove nel passato, ad esempio, ciò avveniva per mezzo della confessione; altrove, tale cura si manifesta e viene trattata attraverso altri dispositivi rituali culturali, quali ad esempio la magia, il ballo, la divinazione.

Costituendo il prodotto dei sistemi sociali, in maniera analoga al sintomo di un individuo (che costituisce una parte integrante con una precisa funzione evolutiva e omeostatica di un tutto più ampio da cui è contenuto e che contiene) ciascun dispositivo teorico-pratico contiene in sé tutti gli elementi funzionali alla riproduzione e al mantenimento degli assetti e del funzionamento dei sistemi sociali da cui emerge.

Ciascuno strumento di cura agisce, nel medesimo istante, sulla sofferenza degli individui a cui si rivolge e, attraverso e nel rapporto con questi, sull'organizzazione sociale da cui gli individui e gli strumenti sono plasmati e che plasmano. Ovvero, ciascuno strumento di cura produce, oltre all'effetto diretto sulla sofferenza per cui era stato inventato, effetti più o meno diretti ma altrettanto concreti sull'organizzazione sociale, sui suoi valori, sui rapporti di cittadinanza, sulla distribuzione di opportunità e vincoli. L'insieme di questi effetti, a loro volta,

riverbera sulla salute della popolazione e sulla sofferenza degli individui.

Se la liberazione dalla sofferenza degli individui passa anche attraverso gli strumenti che le società hanno inventato per la cura, il processo di liberazione delle società non può avvenire senza una graduale liberazione dei loro dispositivi di cura da quegli elementi che riproducono un'organizzazione sociale malsana e iniqua o, laddove questo si rivelasse impossibile, una liberazione da questi.

La liberazione sociale attraverso la liberazione dei o dai suoi dispositivi di cura non può limitarsi ad un'azione sottrattiva, critica o decostruttiva, che pure ne costituisce il punto di partenza necessario. Il riconoscimento degli elementi che riproducono un'organizzazione iniqua veicolati dai dispositivi di cura rappresenta il primo passo di un processo dialettico il cui svolgersi implica l'introduzione di nuovi dispositivi e nuovi elementi, necessariamente conflittuali, nel dispositivo o nuovi modi di utilizzarlo, in grado di costruire, affermare e riprodurre nuove e più giuste organizzazioni sociali in un processo di costante cambiamento.

Rispetto alla psicoterapia, trattare anche psicologicamente la sofferenza non esclude, di per sé, la possibilità di partecipare e promuovere percorsi collettivi all'interno dello spazio pubblico. Tuttavia è indubbio che l'enfasi esclusiva posta sull'utilità (che a volte sfiora i connotati dell'imposizione dello stato di necessità) di un trattamento individuale da parte di molti professionisti rischi di indebolire la consapevolezza di certe radici di tali sofferenze e di reindirizzare e neutralizzare le risorse disponibili per azioni collettive dal carattere preventivo (dal punto di vista sanitario) o inserite in percorsi di giustizia sociale (dal punto di vista sociale).

Se la clinica costituisce la conquista di una società che sviluppa conoscenze e pratiche specialistiche e tecniche per rendere più supportabile la sofferenza degli individui che la compongono, questa rischia di costituire un doppio fallimento nel momento in cui inizialmente assume come proprio il mandato di una società malsana che le delega la riparazione e l'adattamento di individui che, dopo aver reso malati, non riesce a riassorbire e successivamente danneggia il corpo sociale attraverso il medesimo strumento con cui s'illude di poterlo curare.

Solo la consapevolezza di tali danni e dei limiti delle pratiche cliniche può avviare un processo collettivo di rinnovamento concreto a beneficio di tutte e tutti.

Bibliografia

Aillon JL, Bessone M, Bodini C (a cura di) (2019), *Un nuovo mo(n)do per fare salute*. Celid, Torino.

Amerio P. (2008), *Problemi umani in comunità di massa. Una psicologia tra clinica e politica*. Einaudi, Torino.

Arcidiacono C, Di Martino S (2012), “Psicologia della liberazione e psicologia critica di comunità come conquista di felicità, libertà ed equità”. In *Psicologia di Comunità*.

Barbato A, Terzian E, Saraceno, B et al. (1992), “Patterns of aftercare for psychiatric patients discharged after short inpatient treatment”. in *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27(1), 46-52.

Basaglia F, Ongaro FB (1975), *Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*. Einaudi, Torino.

Basaglia F, Ongaro FB, Giannichedda MG (2000), *Conferenze brasiliane*. Cortina, Milano.

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

Bassett E, Moore S (2013), “Social capital and depressive symptoms: the association of psychosocial and network dimensions of social capital with depressive symptoms in Montreal, Canada”. In *Social science & medicine*, 86, 96-102.

Bessone M (2020), “Psicoterapia Sociale e Capacitazione. Il problema dell'accesso alla psicoterapia e ai servizi di salute mentale: dati e riflessioni”. in D'Elia L, *La funzione sociale dello psicoterapeuta*, Alpesitalia, Roma

Bessone M (2020), *Mutualismo e Salute Mentale*, in *Saluteinternazionale*, <https://www.saluteinternazionale.info/2020/11/mutualismo-e-salute-mentale/>

Bessone M, Sarasso P (2019), “Il setting clinico come determinante sociale della salute mentale e strumento di produzione o contrasto di disuguaglianze sociali”. In *Comunità imperfette: dalle dinamiche disgregative al decision making comunitario*, 133.

Bessone M, Bodini C (2019), “I determinanti sociali della salute”. In (a cura di) Aillon JL, Bessone M, Bodini C, *Un nuovo mo(n)do per fare salute*, Celid, Torino.

Bourdieu, P. (2015). *Forme di capitale*, a cura di M. Santoro, Armando Editore, Roma.

Bourdieu P (1980), *Il senso pratico*. Tr. it (2005), Armando, Roma.

Bourdieu P (1979), *La distinzione: critica sociale del gusto*. Tr. it (2012), Il mulino, Bologna.

British Psychological Society, Division of Clinical Psychology, Johnstone L, Boyle M (2018), *The power threat meaning framework: overview*. British Psychological Society, Leicester.

Byung-Chul H (2014), *Psicopolitica. Il neoliberismo e le nuove tecniche del potere*, Nottetempo, Milano.

Castel R (2005), “Michel Foucault e le critiche della psichiatria: una lettura soggettiva”. in *Rivista sperimentale di Freniatria*, 129(3), 10.

Costa G et al. (2014), *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Franco Angeli, Milano.

Cohen CI, Timimi S (2008), *Liberatory psychiatry, philosophy, politics and mental health*. Cambridge University Press, Cambridge

CSDH (2008), *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization, Ginevra.

Conserva G, Barbetta P, Valtellina E (2017), *Un singolare gatto selvatico. Jean-Jacques Abrahams, l'uomo col magnetofono*. Ombre corte, Verona.

Cullen M, Whiteford H (2001), *The interrelations of social capital with health and mental health*. Commonwealth of Australia, Canberra.

D'Elia L (2020), *La funzione sociale dello psicoterapeuta*, Alpesitalia, Roma.

De Silva MJ, McKenzie K, Harpham T, Huttly SR (2005), “Social capital and

- mental illness: a systematic review". In *Journal of epidemiology & community health*, 59(8), 619-627.
- Fanon F (1961), *I dannati della terra*. Tr. it (2000) Einaudi, Torino.
- Farber BA (2018), "Clowns to the left of me, jokers to the right: Politics and psychotherapy". In *Journal of clinical psychology*, 74(5), 714-721.
- Foschi R, Innamorati M (2020), *Storia critica della psicoterapia*. Cortina, Milano.
- Foucault M (1999), *Gli anormali*. Corso al Collège de France (1974-1975). Feltrinelli, Milano.
- Foucault M (2004), *Il potere psichiatrico*, Corso al Collège de France (1973-1974). Feltrinelli, Milano.
- Frances A (2013), *Primo, non curare chi è normale: Contro l'invenzione delle malattie*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Freire P (1971), *La pedagogia degli oppressi*. Mondadori, Milano.
- Freud S (1937), *Analisi terminabile e interminabile*.
- Geertz C (1973), *Interpretazione di culture*. Il Mulino, Bologna.
- Goffman E (1976), *Asylums: le istituzioni totali: la condizione sociale dei malati di mente e di altri internati*. Einaudi, Torino.
- Hart JT (1971), "The inverse care law". In *The Lancet*, 297(7696), 405-412.
- Hollingshead AB, Redlich FC (1958), *Social class and mental illness: Community study*. John Wiley, New York.
- Illich I (1977), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*. Mondadori, Milano.
- Kaiser DJ, Prieto LR (2018), "Trainee estimates of working alliance with upper and working class clients". In *Counselling and Psychotherapy Research*, 18(2), 154-165.
- Kim S, Cardemil E (2012), "Effective psychotherapy with low-income clients: The

- importance of attending to social class”. In *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42(1), 27-35.
- Liu WM (2013), *The Oxford handbook of social class in counseling*. Oxford University Press.
- Liu WM, Pickett T, Ivey AE (2007), “White middle- class privilege: Social class bias and implications for training and practice”. in *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 35, 194–206.
- Macintyre A, Ferris D, Gonçalves B, Quinn N (2018), “What has economics got to do with it? The impact of socioeconomic factors on mental health and the case for collective action”. In *Palgrave Communications*, 4(1), 1-5.
- Marmot M (2020), *Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On*.
- Marmot M (2015), *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World*. Bloomsbury, London.
- Martín-Baró I (2018), *Psicologia della liberazione*. Bordeaux.
- McKenzie K. & Harpham T (2006), *Social capital and mental health*. Jessica Kingsley Publishers.
- McPherson KE, Kerr S, McGee E et al. (2014), “The association between social capital and mental health and behavioural problems in children and adolescents: an integrative systematic review”. in *BMC psychology*, 2(1), 7.
- McWilliams N. (1994), *La diagnosi psicoanalitica*. Astrolabio – Ubaldini Editore, Roma.
- Negrognolo L (2020), *Il gesto di Basaglia. Studi sulla questione criminale*. Disponibile su <https://studiquestionecriminale.wordpress.com/2020/12/10/il-gesto-di-basaglia/>
- Nussbaum MC (2012), *Creare capacità: liberarsi dalla dittatura del Pil*. Il mulino, Bologna.
- Parker I e Pavoni I (2021), *Psicoanalisi e Rivoluzione*. Ombrecorte, Milano.
- Pizza G (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Ca-

rocci, Roma.

Polack JC (1972), *La medicina del capitale*. Feltrinelli, Milano.

Poortinga W (2012), “Community resilience and health: The role of bonding, bridging, and linking aspects of social capital”. In *Health & place*, 18(2), 286–95.

Prilleltensky I (2008), “The role of power in wellness, oppression, and liberation: The promise of psychopolitical validity”. In *Journal of Community Psychology*, 36(2), 116-136.

Pūras D (2020), *Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, UN.

RSS, Rete Sostenibilità e Salute, *Appello per una scienza al servizio della Comunità*, 2019. Disponibile su <https://www.sostenibilitaesalute.org/appello-per-una-scienza-al-servizio-della-comunita-la-responsabilita-della-politica/>

Ryan W.(1970), *Blaming the Victim*. Vintage Books, New York.

Saraceno B (2017), *Sulla povertà della psichiatria*. Derive e Approdi Edizioni, Roma.

Saraceno B (2018), “Che cosa è oggi la psichiatria? Luci e ombre della global mental health”. *La Rivista delle Politiche Sociali*, 21.

Sen A (2014), *Lo sviluppo è libertà*. Edizioni Mondadori, Milano.

Smith A (1776), *La ricchezza delle nazioni*.

Solomonov N, Barber JP (2019), “Conducting psychotherapy in the Trump era: Therapists’ perspectives on political self-disclosure, the therapeutic alliance, and politics in the therapy room”. In *Journal of clinical psychology*, 75(9), 1508-1518.

Solomonov N, Barber JP (2018), “Patients’ perspectives on political self-disclosure, the therapeutic alliance, and the infiltration of politics into the therapy room in the Trump era”. In *Journal of Clinical Psychology*, 74(5), 779-787.

Szasz T (1963), *Legge, libertà e psichiatria*. Giuffrè Editore, Milano.

Thompson MN, Nitzarim RS, Cole OD et al. (2015), "Clinical experiences with clients who are low-income: Mental health practitioners' perspectives". In *Qualitative health research*, 25(12), 1675-1688.

Thompson MN, Cole OD, Nitzarim RS (2012), "Recognizing social class in the psychotherapy relationship: A grounded theory exploration of low-income clients". In *Journal of counseling psychology*, 59(2), 208.

Trott A, Reeves A (2018), "Social class and the therapeutic relationship: The perspective of therapists as clients. A qualitative study using a questionnaire survey". In *Counselling and Psychotherapy research*, 18(2), 166-177.

World Health Organization (2014), *Social determinants of mental health*. World Health Organization, Geneva.

World Health Organization (1998), *Health Promotion Glossary*. World Health Organization, Geneva.

Wilkinson R, Pickett K (2009), *The Spirit Level: Why greater equality makes societies stronger*. Allen Lane, Londra.

Wilkinson R, Pickett K (2018), *The Inner Level: How More Equal Societies Reduce Stress, Restore Sanity and Improve Everyone's Well-being*. Penguin Books, Londra.

Yourman DB(2018), "A Marxist therapist treats a Trump-supporting client: A tale of politics and psychotherapy". In *Journal of clinical psychology*, 74(5), 766-773.

Bibliografia Prefazione

Arciero G, Bondolfi G, Mazzola V, (2012), Sé, identità e stili di personalità. Bollati Boringhieri.

Arciero G, Bondolfi G, Mazzola V, (2021), Fondamenti di psicoterapia fenomenologica. Cura di sé e psicologia non razionalista. Bollati Boringhieri.

Basaglia F, (1968), L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico. Einaudi.

Basaglia F, (2000) Conferenze Brasiliane. Raffaello
A cura di Franca Ongaro Basaglia e Maria Grazia Giannichedda.
Cortina Editore, Milano.

Conti V, Arciero A, (2021), Percorsi di cura. Psicoterapia fenomenologica e psicoanalisi: l'impraticabile incontro. Editore Vita e Pensiero.

Nussbaum MC. (2007), Le nuove frontiere della giustizia.
Bologna: Il Mulino.

Saraceno B, La Cura, di <http://www.sossanita.org/archives/14846>

Iipse Lab Aps & Radio 32. Per saperne di più

Radio32 è un progetto dell'associazione Ipse Lab APS

Ipse Lab APS è un'associazione di promozione sociale che sviluppa attività e azioni per i propri soci e per la cittadinanza in generale. L'obiettivo dell'associazione è quello di promuovere la salute, così come intesa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

“Il concetto di “promozione della salute, come codificato nel 1986 dalla “Carta di Ottawa”, che, a distanza di più di vent'anni, costituisce un importante, quanto attuale, documento di riferimento per lo sviluppo di politiche sanitarie legate alla tutela ed allo sviluppo della salute dei popoli e non solo. La Carta di Ottawa, sottoscritta da tutti gli Stati appartenenti all'Organizzazione Mondiale della Sanità, definisce la Promozione della Salute come “il processo che consente alle popolazioni di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla”.

Questa definizione implica:

- la creazione di strutture e di servizi che consentano di offrire un adeguato supporto al perseguimento della salute negli ambienti di vita e di lavoro, attraverso condizioni di maggiore sicurezza e gratificazione;
- il potenziamento delle attività di sostegno alle comunità, nelle scelte e nelle operazioni volte al conseguimento ed al mantenimento della salute dei cittadini che vi appartengono;
- il riorientamento dei servizi sanitari, in un'ottica che sempre di più valorizzi l'interazione, lo scambio e la collaborazione con altri settori che, più o meno direttamente, sono coinvolti nella realizzazione e nel miglioramento delle condizioni di salute.

La Promozione della Salute si propone, tra l'altro, di raggiungere l'eguaglianza nelle condizioni di salute, attraverso la predisposizione e l'attuazione di interventi volti a ridurre le discriminazioni ed offrire a tutti eguali opportunità e risorse per conseguire il massimo potenziale di salute auspicabile.”

(Fonte: Public Health - www.publichealth.it/promozione-della-salute/).

Cosa facciamo?

L'associazione sviluppa attività di formazione e servizi sia per gli operatori della salute (esperti 'per professione'), sia per cittadini che vivono un problema di salute (esperti 'per esperienza').

Gruppi di intervizione professionale (per aiutare i professionisti a gestire le difficoltà e lo stress dovuto a interventi complessi), gruppi di auto mutuo aiuto legati a specifiche problematiche (per aiutare i cittadini ad affrontare tutte le macro difficoltà esistenziali legate a un problema di salute), convegni, eventi, comunicazione sociale e momenti di socializzazione, le principali iniziative che l'associazione porta avanti, anche attraverso un utilizzo intelligente dei social network e del web.

L'obiettivo dell'associazione è quello di promuovere, in modo concreto, la possibilità di 'essere sé stessi', offrendo possibilità e strumenti a persone che vivono un problema di salute e/o una condizione di marginalità sociale.

Perché si chiama Ipse Lab?

Il nome 'Ipse' (pronome latino: 'se stesso'), da cui deriva il termine Ipseità, indica un importante principio filosofico che afferma l'identità dell'essere individuale con sé stesso, attraverso il costante incontro con l'altro e le possibilità che l'altro co-determina.

Il termine Lab si riferisce alle attività di esplorazione e sperimentazione di sé, necessarie per scoprire, vivere e costruire la propria identità.

Recuperare la propria identità a livello personale (ri-appropriazione con la propria storia e con le proprie emozioni) e sociale (attraverso la relazione con gli altri significativi della nostra vita a livello pubblico e privato) è un processo centrale in ogni percorso terapeutico, determinante della qualità di vita della persona, che attraverso questo processo si 'riconosce' e si sente 'riconosciuta' e può esprimere il proprio punto di vista.

Ri-appropriarsi di sé e della propria condizione esistenziale, base per divenire un soggetto attivo della propria cura, e più in generale del proprio progetto di vita.

Il recupero di un buon dialogo con se stessi e con gli altri consente la definizione e ridefinizione della propria identità.

L'identità è un aspetto centrale per le persone colpite da stigma e pregiudizi, per prime vittime dei fattori di rischio (in termini di salute) connessi all'isolamento sociale e all'incomprensione rispetto ad un senso comune non disposto ad ascoltare e ad accogliere.

Attraverso lo stigma, l'identità sociale negata di chi vive un problema di salute mentale e/ o fisica diviene di per sé fonte di disagio che va ad aggravare e amplificare le problematiche di salute vissute e sperimentate.