



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO-BICOCCA**

**DOTTORATO DI RICERCA IN  
ANTROPOLOGIA DELLA CONTEMPORANEITÀ: ETNOGRAFIA DELLE  
DIVERSITÀ E DELLE CONVERGENZE CULTURALI**

**Prendersi cura della cittadinanza:  
Politica, Intimità e Ironia  
in un Servizio di Salute Mentale dell'Avana**

**Coordinatore: Chiar.mo Prof. Ugo Fabietti  
Relatore: Chiar.mo Prof. Roberto Malighetti**

**Candidato: Concetta Russo**

**XXII CICLO A.A. 2010-2011**

*Para mi arquitecto, fotógrafo y loco*

## Indice

Introduzione	4
<i>Parte prima</i>	
<b>PSICOTERAPIA E IDEOLOGIA: PENSARE LA SALUTE MENTALE IN UN CONTESTO SOCIALISTA</b>	
<b>1. Dal medico di clinica al medico di comunità</b>	19
Il sistema sanitario nazionale	22
Il consultorio della dottoressa Brook	24
<i>La ficha familiar</i>	28
Il consultorio della dottoressa Susana	32
Il consultorio della dottoressa Ramirez	33
La formazione psichiatrica del medico di famiglia	35
<b>2. Il concetto di Salute Mentale</b>	39
Il concetto di <i>salud mental</i> e il movimento psichiatrico latino-americano	42
Modelli d'importazione e pratiche situate	47
Psicoanalisi e socialismo: vecchi e nuovi problemi	50
Psichiatria e istituzioni	58
<b>3. Nazionalizzare la diagnosi</b>	64
Note sull'adozione di un sistema diagnostico unificato: il <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>	65
Per una tassonomia nazionale	70
Diagnosi e terapia: una relazione complessa	74
Nosografia e diagnosi	77
<b>4. La Modificazione delle attitudini. Il metodo psicoterapeutico cubano</b>	80
Il metodo psicoterapeutico: principi teorici e finalità pratiche	82
Curare l'individuo, curare la comunità	85
Centro Comunitario di Salute Mentale dell'Habana Vieja	89
Il soggetto nevrotico	94

*Parte seconda*

**SAPERI, PRATICHE E RELAZIONI: ANALISI ETNOGRAFICA DI UN DISPOSITIVO TERAPEUTICO**

<b>5. La medicalizzazione del quotidiano</b>	100
Il consultorio del dott. Aramis	101
Il programma nazionale di medicazione	108
La consulta medica come “filtro”	111
Il mercato grigio dei farmaci	113
Farmaci senza diagnosi	115
<b>6. Fabbricare terapeuti</b>	118
Il setting terapeutico	120
La formazione dei terapeuti	124
La produzione di conoscenza	129
Il Centro di Salute mentale come dispositivo terapeutico	131
<b>7. Come si costruisce un paziente</b>	134
Nelson	136
Costruzione sociale di un paziente	143
“Non stai funzionando bene”	146
Apprendimento e <i>ipseità</i>	149
<b>8. Scrivere per osservare</b>	153
La postura etnografica	154
Il quaderno come oggetto indiziario	161
<i>Parte terza</i>	
<b>POLITICA, INTIMITÀ E IRONIA</b>	
<b>9 Il terapeuta come guaritore ferito</b>	165
Setting, intimità e gestione degli spazi	167
Il lavoro dello psichiatra	171
Entrare fuori	178

<b>10</b>	<b>Ironia e politica nella pratica terapeutica</b>	184
	Ironia e inversione dei ruoli nella sessione terapeutica	186
	Ironia e prassi	189
	Ironia e rottura del <i>set apart</i>	192
	Ironia e politica	197
	Ironia è movimento	200
<b>11</b>	<b>Da pazienti a cittadini e ritorno</b>	204
	Cittadinanza, parola flessibile	207
	Nevrosi e uomo collettivo	211
	<i>Aprender a vivir</i>	215
	<b>Un caffè con Nikanor</b>	220
	Soggettivazione e cittadinanza	225
	Prendersi cura della cittadinanza	227
	<b>Bibliografia</b>	230
	<b>Appendice Fotografica</b>	237

## Introduzione

*E se fosse vero che scrivere è mentire? (...) come si fa a trasmettere tutte le emanazioni che contemporaneamente ci arrivano dai testimoni? (Genet, J. 1983) si chiede disperato. Per di più sente la piattezza delle scene che rappresenta. Possono trasudare amore; possono trasudare amicizia; ma possono trasudare contraddizioni? (...) Qualcosa di quello che succedeva e che non avevo mai potuto descrivere sottilmente anche se è sottilmente che avevo cercato di comprenderlo. Anche io infatti ho scelto di considerare l'atto di scrivere importante quanto le cose che scrivo.*

M. Taussig  
*My Cocaine Museum*

Quando sono partita per la prima volta per Cuba, il 20 ottobre del 2007, avevo una vaga idea di quella che sarebbe diventata la mia ricerca. Il problema da cui partivo, oggetto del mio interesse in uno sguardo da lontano, era la costruzione del vincolo terapeutico nell'unico paese in cui la medicina è completamente gratuita e statalizzata. Il progetto iniziale consisteva nell'analizzare le interazioni medico-paziente, cercando di non tralasciare la complessità delle dinamiche che entrano in campo nella costruzione dei dispositivi terapeutici, in modo da non appiattire la mia analisi nella dicotomia, già sufficientemente ricorsiva, fra struttura e capacità di azione degli individui (*agency*) (Sheper-Hughes, 1999). L'ipotesi, infatti, era quella di poter analizzare il sistema sanitario cubano come un'arena politica (De Sardan, 1995) all'interno della quale istituzioni, professionisti, pazienti o semplicemente cittadini, negoziano quotidianamente il proprio posizionamento, contribuendo a costruire un orizzonte di senso che struttura relazioni e pratiche sia mediche che sociali (Schirripa, 2005).

Ma ogni ricerca contiene una certa dose d'imprevedibilità. Così, cominciando la mia etnografia all'interno dei consultori dei medici di famiglia, e seguendo le modalità discorsive fin qui delineate, sono approdata al Centro di

Salute Mentale Comunitario dell'Habana Vieja. Il mio primo avvicinamento al Centro aveva lo scopo di rendere conto di quella che mi sembrava una fetta sostanziale dell'assistenza primaria, ovvero quella parte che coinvolgeva nella costruzione del concetto di benessere la salute mentale dell'individuo. Avevo incontrato nei discorsi sulla formazione del medico di famiglia una certa ridondanza nell'idea che al medico condotto non dovessero mancare cognizioni di psicologia e psichiatria, e riscontrato come lo psichiatra fosse una delle figure chiave nei *policlinici* (unità sanitarie di base dove sono presenti vari specialisti e che non prevedono l'ospedalizzazione dei pazienti). Sapevo che i pazienti psichiatrici a Cuba sono istituzionalizzati all'interno di Ospedali Pschiatrici o di Reparti Pschiatrici all'interno di strutture ospedaliere generali. Mi chiedevo dunque che genere di utenza avesse un Centro di Salute Mentale e in che modo potesse qualificarsi come Comunitario.

Il mio Virgilio all'interno della struttura fu un'assistente sociale che pattuì con un operatore del Centro che avrei potuto assistere a una seduta di psicoterapia di gruppo tenuta dal dott. Isidoro Baly, uno psichiatra che successivamente scoprì essere uno dei fondatori del Centro.

La seduta cui presi parte ebbe come effetto di moltiplicare le mie domande. Non solo non mi era chiaro quali fossero gli utenti del Centro, ma neppure quali fossero i metodi utilizzati, con quali modalità e quali scopi. Nel colloquio che seguì la sessione terapeutica ebbi modo di farmi una prima idea di come fosse composta l'equipe medica e di quale fosse l'iter di accesso di un paziente, ma soprattutto decisi di dedicare del tempo a quel luogo.

Così cominciai a prendere parte alle attività del Centro, innanzitutto facendo una sorta di rotazione di tutte le attività per farmi un'idea di massima delle pratiche terapeutiche e delle varie professionalità messe in gioco. Partecipai così alle sedute di psicoterapia a tema (come quelle per alcolisti), ai colloqui di psichiatria infantile con bambini e genitori; fino a concentrare la mia attenzione sull'*Hospital de Día* [letteralmente: ricovero diurno], principale attività dell'istituto. Nell'*Hospital de Día* partecipavo alle consulte di "evaluación de ingreso" [interviste di valutazione per il ricovero], primi colloqui in cui l'equipe valuta se il paziente necessita o no di essere "ricoverato" (nel centro diurno il ricovero è parziale,

diurno appunto, in una fascia oraria che va dalle 8.30 alle 16.00, e con una durata media che oscilla fra i 3 e i 5 mesi) e alle attività psicoterapeutiche. Oltre a partecipare alle attività, ebbi la possibilità di realizzare una serie di interviste approfondite con lo staff del centro e con i pazienti. Inoltre, durante uno dei miei soggiorni, ebbi modo di osservare un'esperienza peculiare. Lo psichiatra responsabile del Centro Diurno aveva avviato, su richiesta dei suoi collaboratori, un gruppo di psicoterapia *docente*, ovvero un gruppo di training terapeutico che si riuniva successivamente alle sessioni terapeutiche. In questo training sarebbero stati discussi il metodo terapeutico e gli strumenti teorici utilizzati di volta in volta durante la psicoterapia.

Il metodo in questione, che mi venne rappresentato come specificatamente nazionale, è stato elaborato da uno psichiatra Cubano, Hiram Castro-Lopez, autore di diversi testi di psichiatria e psicoterapia, nonché fondatore dell'esperienza dell'*Hospital de Día* a Cuba. Poiché il dott. Baly, lo psichiatra responsabile dell'*Hospital de Día* dove mi trovavo, era stato suo allievo diretto gli era stato richiesto di intraprendere quest'attività di formazione. Mi fu così accordato di partecipare come osservatrice alla psicoterapia e al gruppo-docente che la seguiva e di raccogliere le storie di vita dei pazienti che vi partecipavano. Mi sembrò una situazione fertile: sostengo la possibilità di mettere tra parentesi la malattia mentale per analizzare invece i rapporti con il contesto sociale in cui si sviluppa, la costruzione dei discorsi e delle pratiche terapeutiche. Non è mia competenza analizzare ciò che accade da un punto di vista psicologico, ma piuttosto osservare le rappresentazioni messe in atto dai soggetti narranti e come tali rappresentazioni costruiscono e ratificano reti di significato che si aggruppano attorno alle pratiche. La modalità in cui si esprimono le emozioni, i valori a cui fanno riferimento, dal mio punto di vista, sostanziano l'azione politica di cui le istituzioni sono il perno.

Mi chiedevo dunque quale azione potesse essere messa in atto dallo psichiatra e dal resto dell'equipe nei confronti dei pazienti, quali fossero le richieste dei soggetti nei confronti della società rappresentata dal contesto istituzionale in cui si muovevano, quale il mandato della società allo psichiatra e in



quanta parte i processi di produzione di salute potessero essere analizzati come processi educativi.

Osservare una sessione psicoterapeutica attraverso una postura che vuole essere etnografica, ovvero che non contiene in se stessa nessuna tensione verso il dovere della clinica, mi ha portato a non soffermarmi sulla efficacia sul piano terapeutica del metodo psicoterapeutico cubano. Ma a considerare piuttosto, seguendo l'idea sostenuta dall'antropologo statunitense Vincent Crapanzano, il modo in cui le scienze *psi* hanno costruito il proprio vocabolario in maniera culturalmente situata per nominare le articolazioni del sé, e come questa costruzione possa entrare in tensione dialettica con la costruzione della soggettività nella Cuba di oggi (Crapanzano, 1975).

In sintesi l'oggetto della mia analisi è la costruzione del metodo psicoterapeutico cubano e del dispositivo terapeutico cui appartiene, e delle relazioni complesse che esistono fra tale dispositivo terapeutico e il contemporaneo ordine socio-politico cubano.

Un lavoro etnografico che abbia come oggetto una pratica psicoterapeutica ha necessitato una notevole contaminazione lessicale con le discipline *psi*. Conoscere e imparare a maneggiare alcuni concetti e vocaboli della psicologia, in particolare della scuola sistemica, è stato ritenuto necessario per tentare di affrontare quella che Clifford Geertz ha definito *thick description*. (Geertz, 1973) Una descrizione densa che ha cercato di tener conto della polisemanticità del discorso terapeutico, del suo essere oggetto culturale oltre che, seguendo la scuola foucaultiana, pratica socio-politica.

Il presente lavoro non contiene un'introduzione teorica delle categorie euristiche utilizzate nel testo, poiché la sfida che si è cercato di accogliere è quella di costruire all'interno di un tessuto unitario una dialettica fra dati raccolti, riflessioni elaborate, letteratura scientifica di riferimento, e nei passaggi in cui si è reso necessario, digressioni di carattere storiografico sulle discipline prese in analisi. Questo tentativo ha caratterizzato lo stile del testo che volutamente contiene nella scrittura cambi di registro. L'idea che soggiace a questa scelta è che il prodotto testuale potesse accogliere la sfida di essere polifonico non solo nel

contenuto, in quanto raccoglie la voce di diversi attori sociali, e ovviamente, del suo autore, ma che fosse polifonico anche nella sua struttura discorsiva (Malighetti, 2004). Forse in alcuni passaggi questa scelta stilistica potrà sembrare audace e condurre il lettore su sentieri spezzati, su traiettorie che portano a due o a più cammini, piuttosto che lungo un percorso pianeggiante e lineare. Ma il campo di ricerca all'interno del quale mi sono mosso mi è parso talmente denso di contraddizioni, che non mi figuro di poterlo rappresentare che così. L'asperità del percorso di scrittura fa parte di ciò che può essere considerata la restituzione della mia esperienza etnografica, poiché se è vero che, come sosteneva Glukman (Glukman, 1965), che la realtà è sempre complessa e renderla semplice è piuttosto compito dello scienziato, restituirne nella scrittura almeno parzialmente la complessità potrebbe essere considerato uno dei tentativi di non occultare tale processo di semplificazione.

Poiché ho considerato il racconto impersonale come un tentativo di occultamento del soggetto scrivente, ho scelto una modalità di racconto di tipo personale, che non nasconde la prima persona e che può in certi passaggi suggerire una commistione con cifre stilistiche proprie della scrittura narrativa (Pratt, 1986 *trad. It.* 2001).

Ho scelto di dividere il testo in tre parti, di cui la prima costituisce la *pars destruens* del lavoro, dove si evidenziano le differenze fra la strutturazione dell'offerta sanitaria in campo psi a Cuba e quelle individuate dalle fonti e dalla letteratura locale (Castro-Lopez, 1980; Avenasturi, 1981) come i principali antagonisti di tale strutturazione: la psicoanalisi da una parte e la logica della specificità diagnostica legata al DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali), dall'altra. La seconda e la terza parte costituiscono altresì la *pars costruens*, dove le caratteristiche individuate vengono discusse attraverso l'analisi dei dati etnografici raccolti.

Entrando nel dettaglio, la prima parte intitolata *Psicoterapia e ideologia: pensare la salute mentale in un contesto socialista*, contiene un excursus sulla formazione dell'offerta sanitaria cubana con particolare attenzione all'organizzazione dei servizi nel campo della salute mentale e alla formazione del metodo psicoterapeutico cubano. Partendo dall'idea che sia impossibile scindere la

relazione di cura dal contesto socio-politico nella quale essa si dà, esploro le modalità in cui l'attuale offerta sanitaria è stata costruita nel corso degli ultimi trent'anni cercando di indagare quali ideologie sottendono alla formazione del pensiero terapeutico cubano.

Nel primo capitolo, *Dal medico di clinica al medico di comunità*, illustro la strutturazione del Sistema Sanitario Nazionale della Repubblica Cubana contemporanea, con particolare attenzione alla figura del *medico di famiglia*, che rappresenta, come sostengo nel testo, un personaggio chiave nell'impresa medica cubana e di conseguenza un passaggio imprescindibile per la comprensione della strutturazione e della fruizione del resto dei servizi sanitari. Ciò che sostengo è che il medico rappresenti una delle figure di mediazione tra il cittadino e lo Stato. Questa tesi sarà ripresa nel quinto capitolo, dove si affronterà la condotta farmacologica della popolazione.

Nel secondo capitolo, *Il concetto di Salute Mentale*, descrivo la strutturazione dell'offerta sanitaria nel campo della salute mentale e rifletto sulle basi filosofiche che sottendono all'articolazione dei servizi. In tale capitolo ho cercato di analizzare attraverso quali traiettorie, talvolta lineari talvolta complesse o spezzate, le politiche sanitarie della psichiatria cubana si siano confrontate dialetticamente da una parte con le politiche degli altri paesi dell'America Latina, e in particolare con il movimento della *Salud Mental*, dall'altra con le correnti di studi della psichiatria e della psicologia sovietica. Uno dei punti centrali di quest'archeologia del discorso psichiatrico cubano è stato la necessità di analizzare l'esclusione della psicoanalisi, che pure tanta fortuna ha avuto nel resto dell'America Latina, tanto dai *curricula* di studi quanto dall'offerta sanitaria, in un'ottica che tenga conto non solo dell'impianto ideologico ma anche della situazione economica della Cuba contemporanea.

Nel terzo capitolo, *Nazionalizzare la diagnosi*, affronto il tema dell'adozione da parte del Sistema Sanitario Nazionale Cubano di un sistema tassonomico per la classificazione e la diagnosi dei disturbi legati alla salute mentale. Partendo dall'ipotesi di poter considerare la diagnosi come un atto politico oltre che come parte dell'iter terapeutico, faccio riferimento al modo in cui il sistema diagnostico più comunemente usato nel mondo occidentale, il *Diagnostic and Statistical Manual*

*of Mental Disorders* (DSM), sia stato elaborato e aggiornato in che modo lo sviluppo della ricerca scientifica e gli investimenti economici delle grandi case farmaceutiche siano da considerare importanti fattori in tale aggiornamento. Allargando il focus dall'elaborazione del sistema diagnostico come linguaggio medico alla sua elaborazione e applicazione come atto politico e di grande rilevanza economica, ritengo sia possibile analizzare quali siano i fattori che abbiano indotto il Governo cubano a rifiutare l'adozione del DSM. Esaminando così quali contraddizioni interne tale scelta abbia prodotto e quali conseguenze abbia avuto, tanto nel discorso politico quanto nella prassi terapeutica, quest'opera di nazionalizzazione della diagnosi.

Malgrado l'enfasi posta dalle fonti sull'elaborazione di un Sistema Diagnostico Nazionale, ciò che sostengo successivamente è che il metodo psicoterapeutico cubano non preveda un'impostazione del tipo diagnosi e cura. Ovvero che, al di fuori dell'istituzionalizzazione in strutture manicomiali o reparti psichiatrici, l'utilizzo di un metodo diagnostico lasci spazio a una pratica terapeutica trans-nosografica: il *metodo di modificazione delle attitudini*, elaborato dallo psichiatra cubano Hiram Castro-Lopez negli anni '80 e attualmente in uso nei Centri di Salute Mentale Comunitaria. Nel quarto capitolo, intitolato *La modificazione delle attitudini: il metodo psicoterapeutico cubano*, cerco di ricostruire le basi scientifiche e filosofiche che hanno portato alla costruzione del metodo psicoterapeutico cubano e di analizzare la dialettica fra tale metodo e le politiche nazionali.

Partendo dalle basi filosofiche esplicitate dallo psichiatra che ha elaborato tale modello terapeutico e redatto il manuale attualmente in uso nelle Università cubane, le metto a sistema con le interviste svolte con i miei interlocutori. Lo scopo è quello di discutere la relazione da una parte fra fondamenti teorici e prassi terapeutica in questo specifico contesto, dall'altra fra le politiche di cura e l'organizzazione politica in senso più ampio. A tal fine in questo capitolo vengono introdotti alcuni concetti del vocabolario foucaultiano, che diverranno gli strumenti d'analisi della seconda parte del lavoro.

La seconda parte del testo s'intitola *Saperi, pratiche e relazioni: analisi etnografica di un dispositivo terapeutico*, ed è dedicata all'analisi degli attori sociali

coinvolti nel campo della salute mentale a Cuba e in particolare nel Centro di Salute Mentale “Francisca Panchita” dell’Avana Vieja che costituisce il caso di studio del mio lavoro. Il Centro di Salute Mentale è così analizzato come un dispositivo. Intendendo per dispositivo la rete che si stabilisce fra discorsi, istituzioni, edifici, leggi, misure di polizia e preposizioni filosofiche; rete che ha sempre una funzione strategica concreta e che s’iscrive nell’incrocio di relazioni di potere e relazioni di sapere (Foucault, 1977).

Si analizzano qui tutte le figure che entrano in gioco nel dispositivo terapeutico preso in analisi: i terapeuti, i pazienti e il ricercatore che osserva. A ciascuna di queste figure è dedicato un capitolo diverso, rispettivamente il sesto, il settimo e l’ottavo. A precedere l’analisi degli attori sociali coinvolti, il quinto capitolo, che riguarda le traiettorie terapeutiche che non attraversano i servizi di salute mentale ma che, poiché coinvolgono l’uso di psicofarmaci, si trovano ai latere di tali servizi.

Nel quinto capitolo, *La medicalizzazione del quotidiano*, dedicato alla condotta farmacologica della popolazione e in particolare all’uso di psicofarmaci da parte di chi non partecipa a un precipuo iter psicoterapeutico, s’intende ragionare sulla politica di presa in carico della salute del cittadino. E sul modo in cui la produzione e la vendita dei farmaci possa essere considerata marginale rispetto alle politiche sanitarie in campo psichiatrico, ma fondamentale rispetto ai processi di soggettivazione. Analizzando, infatti, il rapporto fra richiesta dei farmaci e assegnazione di un diagnostico, s’intende mostrare come tale relazione risulti riconfigurata dalla mancanza di partecipazione delle grandi case farmaceutiche nella produzione delle terapie. In mancanza dei grossi investimenti finanziari, che negli altri paesi producono ricerca scientifica fino a collaborare alla creazione di vere e proprie categorie diagnostiche (Rose e Novas, 2005), la richiesta dei farmaci da parte dei pazienti rimane legata ai quadri sintomatologici, e in certi casi, a problematicità della vita quotidiana, che sembrano essere considerate dagli stessi medicalizzabili. Ciò che sostengo, riprendendo quanto detto nel primo capitolo in merito alla figura del medico di famiglia, è che attraverso la richiesta della prescrizione del farmaco vincolata a una problematicità del quotidiano più che a un’entità nosografica, i pazienti richiedano

il coinvolgimento, nelle loro vite, dei propri medici e attraverso di loro dello Stato che coordina l'offerta sanitaria. In breve essi utilizzerebbero la richiesta dei farmaci per attrarre e deviare lo sguardo medico che si posa su di loro (Ong, 2003).

Sostenendo l'idea che nel dispositivo è in gioco non solamente l'interazione fra gli attori sociali che vi partecipano, ma anche la costruzione degli stessi, nel sesto capitolo s'intende analizzare la formazione del personale terapeutico che compone l'equipe del Centro di Salute Mentale preso in esame. Il capitolo s'intitola *Fabbricare terapeuti*, poiché la formazione del terapeuta è intesa come una pratica di fondazione di un soggetto all'interno del dispositivo terapeutico. Nella strutturazione della prassi discorsiva che caratterizza l'agire del terapeuta entrerebbe in gioco la sua costruzione stessa come soggetto: la configurazione del suo ruolo e del suo statuto, la definizione della sua identità di terapeuta. Riprendendo i fondamenti teorici della formazione dei terapeuti cubani così come discussi nella prima parte del lavoro, in cui sono state descritte le scelte epistemologiche praticate dai teorici della psichiatria cubana nella strutturazione dell'offerta sanitaria e nella costruzione del metodo psicoterapeutico, si confrontano tali modelli con la prassi educativa (dedicata alla formazione dei terapeuti) che ho potuto osservare nel Centro di Salute Mentale preso in esame.

Il settimo capitolo, intitolato *Come si costruisce un paziente*, è pensato in maniera speculare rispetto al precedente. Poiché si è sostenuto che il dispositivo terapeutico fabbrica i suoi soggetti, fondando la loro identità, si estende l'analisi dalla formazione dei terapeuti al percorso attraverso il quale un individuo che decida di fare ricorso al Centro di Salute Mentale per affrontare un momento critico della propria vita personale, si trasformi in un paziente. Poiché i processi di soggettivazione sono parte del dispositivo stesso, non è necessario che i soggetti conoscano né tanto meno accettino le regole del dispositivo. Esse risultano infatti incorporate e già insite nella possibilità stessa dei soggetti di esserci e di agire. Così attraverso l'analisi di una storia di vita raccolta durante il periodo di ricerca, e di alcuni frammenti di altre storie di vita di pazienti dello stesso Centro, sostengo che i modelli di narrazione del sé vengono riplasmati dal percorso terapeutico, fino a produrre una nuova modalità dei pazienti di esperire il proprio essere come coscienza, attraverso l'appropriazione da parte degli stessi di lessico esperto. Ciò

che si sostiene è che la mancanza della creazione di una *illness identity*, un'identità nosografica (Lakoff, 2005), dovuta alla mancata attribuzione di una diagnosi al paziente al momento del ricovero in *Hospital de día*, corrobora il vincolo terapeutico. In quanto, in mancanza di un diagnostico, l'essere paziente è esclusivamente determinato dall'esistenza di una relazione di cura.

Nell'ottavo capitolo, *Scrivere per osservare*, si considera la partecipazione del ricercatore al dispositivo preso in esame. Normalmente un capitolo metodologico precede il lavoro di scrittura etnografica, per cui potrebbe apparire insolita la scelta di collocarlo in questa parte del lavoro. La ragione per cui ho operato questa scelta è la volontà di sottolineare come da una parte la costruzione del metodo di ricerca non sia da pensare come un *a priori*, ma come un processo in continua tensione dialettica con la costruzione dell'oggetto di studio. Dall'altra è stata motivata dall'aspirazione a rappresentare anche la figura del ricercatore come parte del processo di osservazione, o meglio come base per l'osservazione, per non occultare la dimensione di autorialità non solo del prodotto testuale, ma della ricerca stessa.

La terza e ultima parte del lavoro, *Politica intimità e ironia*, è stata pensata in contrapposizione dialettica con la precedente. Se, infatti, la seconda parte rappresenta la costruzione del dispositivo di cura, nelle sue parti prese in esame, gli ultimi tre capitoli cercano di sottolineare le contraddizioni, le traiettorie spezzate, le diverse possibilità di azione che sfuggono alla logica precedente. In altre parole in quest'ultimo capitolo ho provato a mettere nero su bianco i punti dove l'analisi s'incepta e le caselle vuote del percorso logico.

Il nono capitolo dal titolo *Il guaritore ferito*, è dedicato alla figura del terapeuta all'interno del centro, ma ne propone una seconda lettura. Mentre nel capitolo sesto si è mostrato il modo in cui si costruisce il *setting* terapeutico, in questo capitolo si mostra in modo in cui lo stesso *setting* viene talvolta spezzato dagli stessi terapeuti, e come esso si contamina di elementi esterni al discorso terapeutico. Ho ivi sostenuto che il terapeuta cubano possa essere pensato attraverso l'immagine, proveniente dalla mitologia classica e rielaborata dal filosofo tedesco Hans Georg Gadamer, del *guaritore ferito* (Gadamer, 1993). Sostenendo la proposta di Gadamer di includere nella categoria di "guaritore" tutti

coloro che operano attraverso gesti di cura; la ferita, nel caso del terapeuta cubano, è stata precipuamente pensata come la difficoltà economica generata dalla scarsa remunerazione della carriera di medico a Cuba, dovuta alla mancanza di contatto con circuiti turistici, unita con l'alto grado di impegno nei confronti dello Stato che tale carriera richiede. Ciò che sostengo è che la condivisione fra medici e pazienti cubani del progetto sociale e delle difficoltà economiche che tale progetto comporta generi talvolta una contaminazione morale fra le sofferenze del paziente e quelle del terapeuta. E che tale contaminazione sia una delle principali cause del carattere d'intimità della relazione fra terapeuti e pazienti che ho potuto osservare presso il Centro di Salute Mentale dove si è svolta la ricerca. L'intimità della relazione stempera i rigidi contorni che solitamente caratterizzano i servizi psichiatrici e rende ulteriormente complesso il discorso sulla soggettivazione prodotta dal dispositivo terapeutico, come analizzata nei capitoli precedenti.

Il discorso sull'intimità non è volto ad affermare che nel Centro di Salute Mentale non esistano differenze di ruoli fra terapeuti e pazienti, o di grado fra psichiatra e co-terapeuti, al contrario. Proprio perché esse esistono e sostanziano il *setting* terapeutico ho ritenuto fondamentale sottolineare i punti di contaminazione morale fra le due categorie, i momenti in cui il lessico terapeutico si spezza per lasciare spazio a quello informale e, talvolta, goliardico.

Nel decimo capitolo, *Ironia e politica nella pratica terapeutica*, ho voluto analizzare un altro punto in cui si assottiglia il confine fra pratica terapeutica e vita dei soggetti che appartengono al dispositivo.

Ciò che si è sostenuto è che l'irruzione del discorso ironico all'interno del frame terapeutico, a differenza dell'intimità, non partecipa a una reale messa in discussione dei ruoli, intesi come separazione fra terapeuti e pazienti, ma a una messa in discussione dei confini del *setting* terapeutico, e dei motivi stessi per cui si dà il gesto di cura. Da una parte, infatti, l'utilizzo dell'ironia dei pazienti verso i terapeuti, ed in particolare verso lo psichiatra può essere interpretata come carnascialesca, come un rituale d'inversione in cui l'inversione momentanea dei ruoli è funzionale alla loro reiterazione. Dall'altra l'introduzione da parte del terapeuta che guida la sessione di un codice comunicativo ironico all'interno del



*setting* terapeutico ha, come sostengo, l'obiettivo di introdurre la dimensione del politico e del sociale all'interno dei confini del discorso terapeutico.

Con l'introduzione della dimensione del politico nel contesto terapeutico intendo che il terapeuta usa il discorso ironico per comparare la sofferenza del paziente a quella del comune cittadino. Ovvero come egli usi l'ironia per guardare alla risposta nevrotica, non già come disagio del singolo individuo, quanto come problema della cittadinanza nel suo complesso.

Il termine "cittadino", emerso nel contesto terapeutico attraverso l'uso dell'ironia, è oggetto di analisi dell'undicesimo e ultimo capitolo. In *Da pazienti a cittadini e ritorno*, ho cercato, dunque, di portare il discorso intelaiato in tutto il lavoro, la relazione fra il dispositivo terapeutico e il rapporto Individuo-Stato, all'interno del dibattito sul rapporto fra gestione della salute e cittadinanza. Il capitolo si apre con una breve esplorazione della letteratura scientifica sull'argomento, e con il tentativo di definire, attraverso l'esperienza etnografica, cosa s'intenda per cittadinanza nel contesto preso in esame. Fatte queste premesse, nel terzo paragrafo analizzo la storia di vita di un paziente dell'*Hospital de día*. L'obiettivo è quello di discutere il rapporto fra ciò che localmente s'intende come risposta nevrotica del soggetto e ciò che è considerata difficoltà del comune cittadino. Nel capitolo precedente si è mostrato come, attraverso l'uso dell'ironia, lo psichiatra paragoni la sofferenza del paziente a quella del comune cittadino, invertendo i termini di giudizio che portano a definire ciò che è normale e ciò che è patologico, e suggerendo come sia l'esperienza stessa della cittadinanza a Cuba a portare all'individuo delle risposte nevrotiche. Nell'analisi della storia di vita di un paziente, si è cercato di individuare questa categoria di analisi, e di leggere la personalità nevrotica nei termini di crisi della presenza, utilizzando il lavoro di Gramsci e dell'antropologo Ernesto de Martino.

Foucault nei corsi tenuti al College de France che sono stati raccolti nel volume *Il potere psichiatrico*, proponeva di comprendere il meccanismo della psichiatria attraverso lo studio del potere disciplinare. Ciò che vorrei fare in questo testo, attraverso l'analisi dei dati etnografici, è l'operazione inversa a quella proposta da Foucault negli anni '70. Ciò che sostengo dunque è che attraverso lo studio del dispositivo psichiatrico, e in particolare di un Centro di Salute Mentale

Comunitario sito all’Habana, sia possibile analizzare quelli che sono i rapporti che intercorrono fra Stato e Individuo nella Cuba di oggi. Per descrivere tale rapporto ho utilizzato un concetto che, la filosofa Judith Butler, prende a prestito dalla psicologia: *l’attaccamento appassionato* (Butler, 1997). Tale concetto mi è sembrato utile a mostrare il carattere di duplicità del processo di soggettivazione e la sua paradossale produzione di coscienza critica.

Ho lasciato in lingua originale nel testo le parole delle quali ho ritenuto non efficace la traduzione. E’ il caso in particolare dei nomi che facevano riferimento a strutture sanitarie o a esperienze terapeutiche peculiari del contesto. In questi casi ho posto fra parentesi la traduzione letterale. In molti passaggi ho dovuto fare riferimento al diario, citato nel testo, poiché non è stato possibile registrare le sedute terapeutiche, né i dialoghi fra i miei interlocutori che avvenivano in sede clinica. Le interviste citate sono invece frutto di trascrizione letterale di documento sonoro.

### **Ringraziamenti**

Il lavoro che qui presento è il frutto di un percorso, durato poco più di quattro anni, che ha visto coinvolte molte persone, senza le quali, per vari motivi, non avrei potuto scrivere questo testo. A queste persone vanno i miei più sinceri ringraziamenti.

Ringrazio il mio referente scientifico, il professor Roberto Malighetti, per la fiducia accordatami, per la ricchezza delle sue domande e per avermi mostrato sempre il rovescio della medaglia. Il professor Ugo Fabietti e agli altri docenti del dipartimento, per la fertilità degli stimoli e per gli spunti critici ricevuti.

Ringrazio i membri del *Centro di Ricerche sulla Salute e il Benessere Umano* dell’Università dell’Avana per aver reso possibile la mia ricerca etnografica attraverso l’appoggio formale della mia presenza sul campo, e in particolare la professoressa Milagros Niebla per il suo attento e affettuoso tutoraggio. Ringrazio il Centro di Salute Mentale Comunitario “Francisca Panchica” per aver ospitato la mia ricerca, e in particolare il dott. Isidoro Baly e Gladys Perez per il tempo che mi hanno dedicato, per l’appoggio e l’entusiasmo mostrati verso il mio lavoro.

Ringrazio con loro i medici che mi hanno ospitato nei loro consultori, e tutti coloro che sono stati miei interlocutori durante questa ricerca. Un ulteriore ringraziamento va a Nelly Esposito, per avermi insegnato non solo la grammatica, ma le metafore e i proverbi cubani.

Ringrazio i miei genitori e le mie sorelle, Silvia ed Elena, per aver appoggiato le mie scelte e sostenuto i miei sforzi, per essere sempre stati presenti ben oltre le distanze. Massimo per essere da sempre una fonte di energia e ispirazione. Alessandro per l'ascolto loquace. Frank per tutte le volte che mi ha aiutato a guardare oltre l'ostacolo. Caterina per la grazia e l'acutezza dei suoi consigli. Giovanna per essere stata una buona compagna di viaggio, a Cuba come a Milano. Manuela per avermi insegnato l'ottimismo della volontà. Michele per avermi ricordato che i sogni non hanno solo ali, ma anche piedi e testa.

Ringrazio miei compagni di dottorato Luca, Matteo, Isa e Sara per i momenti condivisi, lo scambio d'idee e la leggerezza. Gli amici del Seminario permanente *Bateson-Deleuze-Foucault* e in particolare Pietro Barbetta, Enrico Valtellina e Andr e Bella, per la vivacit  intellettuale, il contagioso entusiasmo e la preziosa consulenza per il lessico psi di questo testo.

Un grazie va infine a mio marito, al quale   dedicato questo lavoro.

*Parte prima*

**PSICOTERAPIA E IDEOLOGIA:**

**PENSARE LA SALUTE MENTALE IN UN CONTESTO SOCIALISTA**

## Dal medico di clinica al medico di comunità

*El medico tiene que tener un componente distinto de otros profesionales que es el sentido del servicio y la paciencia, porque' el medico es como el cura. Tu tienes un problema con tu esposo y ¿a donde tu vas? Vas al medico. Tu tienes un problema de conflicto con tu hijo o con tu suegra, y ¿a donde tu vas? Al medico! Porque la visión que hay del medico es que es una persona muy entregada al próximo, a la otra persona, solidario, con ese sentido de ayuda, discreto y paciente.*

Beatriz Argota, segretaria municipale<sup>1</sup>

Sono passati più di cinquanta anni da quando il sociologo americano Talcott Parsons con il suo testo *Struttura sociale e processo dinamico: il caso della pratica medica* ha inaugurato una tradizione di studi che ha indagato l'agire sociale del medico. Questo mezzo secolo ha ospitato la nascita di discipline come l'antropologia medica e la sociologia della salute, dibattiti e posizionamenti critici, e nuovi stimoli per la ricerca sociale in campo sanitario. Parsons aveva sostenuto che la pratica medica, in quanto comporta un certo numero di giudizi di valore rispetto a ciò che è buono, desiderabile, normale affinché lo stato di salute sia soddisfacente, sia da considerare una pratica sociale. La malattia, nella tesi del sociologo di Chicago, costituirebbe, infatti, un'alterazione delle condizioni normali di esistenza sul piano sociale, mentre le cure mediche rappresenterebbero il meccanismo di controllo appropriato per ristabilire l'equilibrio sociale che essa minaccia (Parsons, 1951).

Negli anni settanta il sociologo Eliot Friedson, rielaborando le pioneristiche tesi di Parsons, rivalutò il ruolo del paziente come attore nell'impresa medica,

---

<sup>1</sup> Intervista a Beatriz Argota, segretaria municipale, 6 Novembre 2007 Traduzione: «Il medico deve avere un qualcosa di diverso dagli altri professionisti, che è il senso del servizio e la pazienza. Perché il medico è come il sacerdote. Tu hai un problema con tuo marito e dove vai? Vai dal medico! Tu hai un problema di conflitto con tuo figlio o con tua suocera e dove vai? Vai dal medico! Perché l'immagine che si ha del medico è di una persona molto dedicata al prossimo, agli altri, solidale, con un senso di aiuto, discreto e paziente».

spostando così l'oggetto dell'indagine dall'*azione* terapeutica alla *relazione* terapeutica. La dimensione della devianza, nella tesi di Friedman, non risiedeva nella malattia quanto nella produzione della diagnosi. Poiché il procedimento diagnostico assegnando un significato alla malattia, in qualche modo la giustifica, creando la possibilità stessa di comportarsi "da malato" (Friedson, 1970; Carricaburu e Menoret, 2007).

Se a Friedson è da attribuire il merito di aver posto l'accento sulla relazione, che negli anni successivi è divenuto uno dei temi centrali del dibattito dell'antropologia medica, il riconoscimento dell'intervento di altri attori all'interno dell'impresa medica si deve all'introduzione del concetto di sistema medico.

Il dibattito antropologico attorno alla definizione di Sistema Medico è cominciato nella metà degli anni settanta, in connessione con i già avviati studi delle medicine così dette "tradizionali". Ragionando sulle possibili diversità delle interpretazioni eziologiche della malattia, George Foster, nel 1976, definì il sistema medico come «l'insieme delle istituzioni sociali e delle tradizioni culturali legate al perseguimento consapevole di un miglior stato di salute» (Schirripa e Zuniga Valle 2000: 212). La malattia, scevra dello statuto di fissità che la biomedicina le attribuirebbe, dovrebbe essere dunque considerata in ogni suo stadio (sintomo, stato di malattia, diagnosi, processo terapeutico...) come un qualunque oggetto culturale: soggetta a una serie di variabili determinate dal luogo, dal periodo storico e dalla società, oltre che dalla imprescindibile unicità del malato. Allo stesso modo, secondo la lezione di Foster, possono essere considerate come "pratiche di cura" tutte le prassi volte al conseguimento di un miglior stato di salute, siano esse strettamente biomediche o più specificatamente culturali (Schirripa, 2005).

Nel 1980 l'antropologo americano Arthur Kleinman propose un modello interpretativo dei sistemi medici intesi come sistemi culturali, partendo dall'ipotesi che fosse possibile trattare il sistema sanitario (*health care system*) come qualunque altro sistema simbolico. Con la sua proposta Kleinman intendeva che i sistemi medici non costituiscono solamente sistemi di significato e di norme comportamentali, ma che quei significati e quelle norme sono connesse a particolari relazioni sociali e contesti istituzionali. Credenze e attività mediche risulterebbero così ancorate a peculiari contesti sociopolitici. A partire da questa

considerazione, Kleinman individuava tre diverse aree che messe a sistema, appunto, producevano il discorso medico: l'arena specialistica (tutte quelle forme di medicina la cui pratica è legittimata dalle istituzioni), l'arena popolare (specialisti non professionisti), e l'arena familiare (contesto familiare e rete sociale). Riflettendo su questi ambiti come dimensioni diverse, ma dialetticamente in tensione tra loro, attraverso le quali è possibile esperire la malattia e trovare delle soluzioni di cura, l'antropologo propose una definizione di Sistema Medico come interazione complessa di diversi piani: il piano sociale, psicologico, biologico e fisico (Kleinman, 1980).

Il contributo più interessante fornito da Kleinman è quello di aver messo in luce l'inadeguatezza del tradizionale modello che vede una relazione ostensiva fra l'incontro fra medico e paziente e il processo di cura. Questo per più ragioni, innanzitutto perchè parlando di "arena familiare", Kleinman sottolinea come non solo la relazione medico-paziente, ma anche le relazioni medico-famiglia e paziente-famiglia possano essere a buon diritto considerate relazioni terapeutiche.

Il medico infatti, è coinvolto in un rapporto plurale con la società oltre che in uno duale con il paziente, e un ragionamento non del tutto dissimile è applicabile al paziente. Le arene di cui parla Kleinman sono da intendersi come arene politiche, campi di forze all'interno dei quali gli attori sociali negoziano il proprio posizionamento (Kleinman, 1980).

Utilizzando il pensiero di questi autori e mutuando parte delle loro riflessioni, vorrei analizzare la costruzione del vincolo terapeutico e delle tecnologie di cura in campo psichiatrico, in particolare la psicoterapia, come pratiche situate. Attraverso gli elementi fornitemi dal periodo di ricerca svolto a l'Avana, in questo primo capitolo intendo affrontare alcune questioni concernenti le politiche sanitarie cubane, di modo da chiarire in quale contesto socio-politico si è svolta la ricerca, e il lessico locale necessario alla chiarezza espositiva dei capitoli a seguire. A tale scopo mi soffermerò preliminarmente sulle politiche sanitarie dello Stato Cubano, e in particolare sul *medico de familia*, figura chiave dell'impresa medica inaugurata dalla *Revolución*.

*Il sistema sanitario nazionale*

Il Sistema Sanitario Nazionale è strutturato in tre livelli amministrativi che riflettono la divisione politica del paese, *nazionale, provinciale e municipale* e in tre livelli di *atención* [attenzione al paziente, presa in carico]. A livello nazionale il settore salute è rappresentato dal Ministero di Salute Pubblica (MINSAP), organo che compie funzioni metodologiche, normative, di coordinamento e di controllo. A livello provinciale si trova la Direzione Provinciale di Salute Pubblica, cui sono affidati dal MINSAP compiti amministrativi, che vengono svolti sul territorio attraverso i *Consejos de Administración Provincial del Poder Popular* [lett. Consigli di amministrazione provinciale del potere popolare]. Il livello Municipale è costituito dalle *Direcciones Municipales de Salud Pública*, subordinate all'amministrazione provinciale e costituite da *Consejos Populares*, piccoli gruppi che formano un organo di coordinamento con alcune funzioni esecutive. La *Ley de Salud Pública*, votata dal parlamento nel 1983, dichiara che la salute del cittadino è totalmente in carico allo Stato e definisce le azioni che dovranno essere sviluppate per garantire la protezione della salute dei cittadini, dei servizi che saranno messi in campo.

La trasformazione del sistema mutualistico pre-rivoluzione in un sistema che promuove la cura gratuita e globale dei cittadini, è solo il primo dei cambiamenti messi in atto dalla politica castrista. Il secondo aspetto, ugualmente in linea con il progetto socialista, consisteva nel portare i servizi sanitari all'interno della comunità, con l'ambizioso scopo di integrare al concetto di salute il benessere psico-sociale della popolazione. In questo modello di gestione dell'offerta sanitaria, l'ospedale non costituisce più la forma centrale di presa in carico, e al medico di clinica si sostituisce il medico di comunità: una figura che lavora in maniera ambulatoriale e risiede nella comunità in cui opera.

Nel 1979 fu avviato il così detto programma *Medico y enfermero de familia*. Vennero create unità locali chiamate *consultori*, allocate in ogni quartiere (*barrio*) dove prestano opera un infermiere e un medico, e a cui erano affidati, fino al febbraio 2008, una media di 700 abitanti. Un discorso di Fidel Castro datato 3 dicembre 1982 spiega la creazione della specializzazione in Medicina Generale Integrale (MGI), considerata una delle idee di punta della rivoluzione. Il medico di



famiglia non sarebbe un medico generico che non ha praticato nessuna specializzazione, bensì un “medico plastico” la cui specializzazione prevede piccole quote di ogni percorso. Con il crollo dell’Unione Sovietica e le conseguenti politiche di restrizione cui l’isola fu sottoposta, il governo cubano decise di investire maggiormente su questo programma, elaborando nel 1992 un piano strategico<sup>2</sup> che aveva come obiettivo una maggiore presa in carico del cittadino e un notevole investimento di risorse umane sulla medicina preveniva e predittiva.

Nel febbraio 2008 è stata introdotta una riforma interna ai consultori. Per fronteggiare il sempre maggiore numero di medici cubani che prestano servizio all’estero, e la conseguente scarsità di personale su territorio nazionale. Il numero medio degli abitanti destinati a ciascun consultorio è salito da 700 a 2300 persone. Nello specifico è stata creata una distinzione fra consultori di tipo A e consultori di tipo B: nel primo c’è l’equipe regolare formata da medico e infermiere; nel secondo vi è un’equipe formata da una coppia d’infermieri che fanno comunque riferimento a un consultorio di tipo A per qualunque azione sanitaria che non risulti di loro pertinenza<sup>3</sup>.

Oggi, con una popolazione media di cui occuparsi che oscilla fra le 2300 e le 2500 persone, il medico di famiglia, che nella maggior parte dei casi vive accanto al consultorio in cui lavora e rimane a lavorare nello stesso consultorio per tutta la durata della sua carriera, vale a dire dal VI anno di medicina all’età della pensione, sembra costituire una figura emblematica nella vita quotidiana della popolazione.

Durante le mie prime permanenze all’Avana ho trascorso molto tempo all’interno dei consultori medici. Mi presentavo come una dottoranda italiana che stava svolgendo ricerca a Cuba per la sua tesi di antropologia, occupandosi della relazione medico-paziente. Trascorrevo il mio tempo durante le visite osservando e scrivendo, seguendo per quanto possibile il medico sia durante le visite in loco, sia durante le domiciliari. Avevo scelto i consultori, fra quelli dove vi era disponibilità dei medici ad accogliermi, sulla base di una mappa del territorio, che aveva il difetto di lasciarmi preda di grandi differenze (caratterizzazione del tessuto abitativo, distanza dalle zone turistiche), ma il pregio di consentirmi di fare

---

<sup>2</sup> *Objetivos, propositos, para incrementar la salud de la poblacion cubana 1992-2000*, MINSAP.

<sup>3</sup> Circolare della Dirección Provincial de Salud, febbraio 2009.

esperienza di situazioni urbane distinte seppure all'interno della stessa città. L'Avana è una città estesa e molto variegata divisa in quindici Municipi, dove è possibile incontrare zone ad alta densità abitativa con un forte impianto di urbanizzazione, come il *Municipio del 10 Ottobre*; come zone rurali, meno antropizzate, come il *Reparto Martí* (un *barrio* del *Municipio del Cerro*), zone molto turistiche, come i *barrios* del *casco histórico* del *Municipio dell'Habana Vieja*, e zone di marginalità sociale come il *barrio Jesus Maria*.

### *Il consultorio della dottoressa Brook*

La dottoressa Ivia Brook lavora da diciassette anni come medico di famiglia nel consultorio di *Calle Aguila*, la parte più periferica del *barrio Jesus Maria*. Nonostante sia a solo una trentina di minuti di cammino dal centro storico il paesaggio urbano è completamente differente: *calle Aguila* è una via lunghissima che giunge fino ai binari della vecchia ferrovia, un cammino stretto di case, che sembrano stringersi a fatica l'una accanto all'altra. Su molti usci ci sono pennacchi di palme secche, segni dell'appartenenza degli abitanti della casa alla Santeria, e la mia presenza per la strada non passava inosservata come nelle vie più battute da turisti.

La mia esperienza presso questo consultorio si è svolta durante il mio secondo soggiorno all'Avana. Avevo dunque già un po' di familiarità con il territorio, e una conoscenza di massima della vita di un medico di famiglia. Ho intervistato la dottoressa Ivia dopo alcune settimane di osservazione nel suo consultorio, costituito da un corridoio molto stretto culminante con due piccole stanze, una adibita a infermeria e l'altra dedicata alle consulte, addobbata solo del dipinto di un paesaggio mesto dai colori violacei, e dal volto sorridente di Chavez (fig. 1 e 2).

Durante la nostra intervista ho chiesto a Ivia come fosse cominciata la sua carriera universitaria, perché avesse scelto di studiare medicina, e come valutasse il suo lavoro attuale nel consultorio. Rispetto a questo ultimo argomento mi raccontò di "rimpiangere il lavoro di una volta". Quando le chiesi cosa intendesse con "lavoro di una volta" mi rispose:

Vedi, quando qui cominciammo a lavorare, quando si creò il medico di famiglia, il medico aveva 120 famiglie. Ora, non so se te ne sei resa conto, con 120 famiglie il lavoro era molto più semplice, tu le conoscevi completamente da tutti i punti di vista, sia dal punto di vista organicista sia, quanto dal punto di vista delle malattie, ma anche dal punto di vista psicologico e sociale. (...) adesso io ho in carico una popolazione di quasi 3000 persone, è stata la riforma dei consultori che ci ha fatto arrivare a questa quantità. E mantenere con tutti il tenore di lavoro che avevamo prima non è semplice. I bambini, ad esempio, che hanno meno di un anno devi visitarli ogni 15 giorni, in consulta o nel *terreno*, le donne gravide, i pazienti che hanno malattie croniche... sono persone che devi vedere regolarmente, e se non vengono loro al consultorio devi andarli a cercare e chiedere "che succede?" e garantire che stiano bene. A tutti questi aggiungi chi semplicemente viene a farsi visitare o si ammala...<sup>4</sup>

Dal racconto della dottoressa Ivia, e dall'esperienza di osservazione diretta, emerge il modello di presa in carico cui il medico di famiglia è tenuto nei confronti dei suoi assistiti. La dottoressa descrive il suo dovere di medico come una costante e capillare presa in carico dello stato di salute della popolazione a lei assegnata, ben al di là delle spontanee richieste di intervento dei singoli assistiti. Ciò può essere ritenuto informante rispetto alla strutturazione dei modelli di presa in carico all'interno dell'offerta sanitaria cubana.

Entrando nello specifico, nell'elenco dei doveri del medico, così come descritti dalla dottoressa, trovano un posto di rilevanza i doveri di monitoraggio verso le categorie definite a rischio dal piano sanitario (gestanti, neonati, anziani, portatori di cronicità), e solo in secondo luogo vengono nominate le persone che "semplicemente" si ammalano o chiedono una visita. I programmi di monitoraggio delle categorie a rischio possono essere considerati un buon modello per analizzare come il Governo cubano abbia pianificato l'offerta sanitaria secondo l'asse della così detta medicina preventiva.

Il *Programma di Attenzione alla Maternità e all'Infanzia* (pami), ad esempio, prevede che durante la quattordicesima settimana di gestazione tutte le puerpere vengano schedate dal loro medico di famiglia attraverso il procedimento che viene chiamato di *cartaciòn*. Per "cartazione" (letteralmente) s'intende la registrazione della gestante in un piano di controllo quindicinale attraverso il quale il medico

---

<sup>4</sup> Intervista con la dottoressa Ivia, del consultorio di Calle Aguila, Barrio Jesus Maria, l'intervista si è svolta a casa della dottoressa, il 16 maggio 2008

condotto terrà sotto controllo l'evoluzione del suo peso, la sua alimentazione, gli integratori vitaminici, lo stato di salute generale ed eventuali problemi familiari della donna (fig.3). Queste visite devono ritenersi aggiuntive ai controlli ginecologici trimestrali, e come sottolineato dalla dott.ssa Ivia nella nostra intervista, sono da ritenersi obbligatorie, quanto per il paziente quanto per il medico. I funzionari del PAMI, infatti, controllano gli archivi nei consultori ogni 5 o 6 mesi, per garantire al MINSAP che ogni gestante ed ogni neonato, il quale è sottoposto alla stessa quantità di controlli nel primo anno di età, siano adeguatamente monitorati dal personale medico di riferimento. Un'attenzione così importante alla maternità e alla prima infanzia è spiegabile, secondo l'antropologa statunitense Julie Feinsilver, ragionando sugli indici di benessere e sviluppo costruiti su scala internazionale. Una bassa mortalità infantile sarebbe secondo la Feinsilver, un'ottima modalità di legittimare sullo scenario internazionale la propria politica interna e di far apparire Cuba, come dichiarato da Castro alla fine degli anni '80, una *potenza medica mondiale*. Attraverso la sua aderenza alle quote di salute stabilite dall'OMS, lo Stato Cubano negozierebbe dunque la propria appartenenza ai paesi "sviluppati" (Feinsilver, 1993).

Certamente la costruzione delle categorie di rischio, sulle quali si tara l'offerta dell'impresa medica, risentono degli indici internazionali, per quel meccanismo per cui è l'omologazione a tali indici a stabilire l'immagine del benessere. A Cuba come altrove, infatti, sono le categorie che si utilizzano nella creazione dei parametri statistici (il neonato, la gestante, il paziente cronico) che costruiscono le categorie di vulnerabilità che poi modellano gli interventi sanitari. L'Introduzione del concetto di rischio in medicina, come la nascita dell'epidemiologia, ha rimodellato le politiche sanitarie su scala globale, portando, per dirla con Ivan Illich, a una *medicalizzazione del bilancio*. (Illich, 1976 trad. it. 2005) Da questo punto di vista il concetto di rischio si converte in un prodotto di negoziazione all'interno dell'arena politica che vede come attori l'establishment del potere, gli scienziati e la società nel suo complesso.

L'epidemiologia costruisce il suo discorso attraverso un sofisticato dispositivo tecnico-metodologico, che incrocia demografia, statistiche sanitarie, regolamenti istituzionali, e modelli di ricerca. (Menéndez, 1992) Tutto questo

interfaccia da una parte con il lavoro qualitativo del medico, che per quanto preda del dispositivo assistenziale, gioca la propria soggettività nella relazione, e dall'altra con le pratiche del quotidiano attraverso le quali si modellano in maniera situata le modalità degli individui di esperire i momenti di crisi. Su queste modalità si concentrerà parte del lavoro.

Un secondo fattore d'interesse, non rilevato dalla Feinsilver e che potremmo leggere come localmente rilevante è come la presa in carico appaia improntata verso una modalità olistica: per salvaguardare le statistiche appare immediatamente sensato che ci si occupi del peso della gestante, o delle sue analisi cliniche, ma le considerazioni rispetto alla salubrità non solo fisica ma anche psicologica della sua vita domestica riposano su una concezione della salute non strettamente aderente ai dettami epidemiologici. Se possiamo considerare l'atto di guarire la malattia come terapeutico e quello di salvaguardare la salute come preventivo, l'idea che un medico debba farsi carico dei bisogni della persona rientra in un'ottica di cura globale che potremmo definire un *prendersi cura* più che un *curare*.

Un altro importante aspetto del lavoro del medico è il "terreno". Le visite mediche, infatti, non avvengono solo all'interno del consultorio ma anche nel domicilio dei pazienti, e questo non solo se vi è in campo un'urgenza, o di una particolare incapacità fisica del paziente di recarsi dal medico, ma come naturale prassi di affiliazione e costruzione del vincolo terapeutico del medico con i suoi assistiti. Quando chiedo alla dottoressa Ivia come le persone reagiscano solitamente alla presenza del medico in casa, lei mi risponde:

La gente si sente felice quando vai a visitarla a casa, più li visiti a casa e migliore è la relazione. Perché la gente, per lo meno qui a Cuba, te ne sarai accorta anche tu, ama molto che la gente la visiti, che la guardi. Non lo so se è perché si sente un po' meglio, o se dire che si sente più importante. La nostra relazione (dei medici), con i pazienti è migliore quando andiamo a visitarli in casa loro. Perché dicono: «il mio medico è buono, il mio medico si preoccupa per me, perché è venuto a visitarmi»<sup>5</sup>

Nonostante ci si possa aspettare che il sistema di monitoraggio costante a cui lo Stato invita i cittadini renda questi ultimi diffidenti verso la figura del medico,

---

<sup>5</sup> *ibidem*

nella mia esperienza di ricerca mi è parso che fosse esattamente il contrario. Non solo nelle situazioni in cui ho accompagnato i medici nelle loro visite di terreno, ma anche nelle conversazioni informali con le persone al di fuori di iter terapeutici, ho sempre avuto l'impressione che la dottoressa Ivia avesse ragione a dire che la valutazione dei medici passi attraverso la loro disponibilità a recarsi nelle case dei loro assistiti.

### *La ficha familiar*

Durante una lunga intervista con la dott.sa Ida Inufio, attualmente psichiatra infantile presso il Policlinico Tomar Romay e nel Centro di Salute Mentale Comunitaria dell'Habana Vieja, ma medico di famiglia durante il primo decennio della creazione del programma, la dottoressa mi raccontò di come nei primi anni di sperimentazione del programma del medico di famiglia, prima che la maggior parte dei moderni consultori fossero adibiti a tale uso, lei avesse visitato i suoi assistiti direttamente nelle loro case.

Quando mi sono laureata c'erano varie ubicazioni per i futuri medici che avrebbero intrapreso la specializzazione in MGI (medicina generale integrale). A quei tempi potevi trovare medici tanto nei consultori quanto nei centri d'impiego, negli asili per l'infanzia, nelle scuole (...) a me assegnarono come Policlinico il Tomar Romay, ma il consultorio dove avrei dovuto lavorare non esisteva (...) io non avevo un luogo fisico dove lavorare così me ne andavo con la *fichas* per la strada visitando le persone.<sup>6</sup>

La narrazione di Ida, fa riferimento al 1993, ovvero al *periodo especial*, come viene chiamato il periodo di povertà estrema che ha seguito il crollo del blocco sovietico, quando i medici famiglia hanno cominciato a schedare ogni loro paziente attraverso il metodo della *ficha familiar*. A partire da quegli anni, infatti e ancora oggi, ogni medico è tenuto a visitare almeno una volta all'anno ogni suo assistito *aunque sano* [anche se sano], ciò è realizzato attraverso il metodo della *ficha familiar*: una scheda anagrafica familiare in cui vengono annotate le condizioni fisico-psico-sociali di ciascuno una famiglia e di tutti i suoi membri. Tale scheda deve essere aggiornata dal medico una volta l'anno attraverso una visita

---

<sup>6</sup> Intervista a Ida Inufio, 17 marzo 2009, l'intervista si è svolta nella casa in cui vivo all'Habana

all'abitazione della famiglia in questione. Con "famiglia" s'intende infatti tutti coloro che convivono sotto lo stesso tetto, che si tratti di un gruppo nucleare o allargato.

Si indicano prima le malattie gravi o croniche, se sono molte per la stessa persona in ordine di gravità.

Modulo 54-50 Ministerio de Salud Pública Historia Clínica		HISTORIA DE SALUD FAMILIAR						CENTRO N.º		FAMILIA N.º							
DIRECCION DE LA VIVIENDA: (Calle, entre calles, Número y Apartamento)									NUM. HIST. DE SALUD CIRC. CDR CONS.								
NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA INDIV.	NOMBRE Y APELLIDOS	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	NIVEL EDUCACIONAL	PROFESIÓN U OFICIO	LABOR QUE REALIZA	PROBLEMA DE SALUD										
							GRUPO DISP.	FACTORES DE RIESGO Y/O ENFERMEDADES									
CARACTERÍSTICAS HIGIENICAS DE LA VIVIENDA						FACTORES SOCIO-ECONOMICOS											
FECHA	INDICE DE HACIAMIENTO Y AISLAMIENTO DE LOS HABITANTES	RIESGO ACCIDENTES	CONDICIONES DEL MEDIO AMBIENTE	ANIMALES EN LA VIVIENDA	CONDICIONES ESTRUCTURALES DE LA VIVIENDA	OBSERVACIONES	FECHA	CULTURA SANITARIA			CARACTERÍSTICAS PSICO-SOCIALES			SATISFACCION DE LA NECESIDADES BÁSICAS			OBSERVACIONES
								B	R	M	B	R	M	B	R	M	

Quante persone abitano nella casa in rapporto al numero di stanze  
Animali: B=nessuno; R=1 cane; M=+

Cultura sanitaria: se in casa c'è acqua bollita, i recipienti sono tappati, la casa è pulita.  
Psico-sociale: se la coppia è stabile, e la famiglia è serena: B=buena, M=mala, R=regular

La costruzione della *ficha familiar* venne adottata negli anni Novanta come metodo di censimento e che rimase in uso come forma di monitoraggio della salute e degli individui e della salubrità delle abitazioni. E' tuttavia interessante notare come nella scheda che si utilizza per l'anamnesi non compaiano solo elementi relativi alla salute, e questioni relative all'igiene della casa. Vi trova spazio anche il numero dei componenti e la situazione relazionale presente all'interno della

famiglia. Un'intera parte della scheda è infatti dedicata al "familiogramma", ovvero ad uno schema che renda conto della composizione della famiglia (numero dei figli, figli di seconde nozze, parenti che convivono con la famiglia nucleare), e allo stato relazionale fra i coniugi, fra generazioni di genitori-figli, ed eventuali altre figure. Per semplicità di rappresentazione tale situazione relazionale è schematizzata in un grafico di "tappe di sviluppo" [*etapas de desarrollo*] che individuano se la famiglia è di recente formazione, se sta attraversando un periodo di crisi dovuto all'abbandono del tetto coniugale da parte di uno dei genitori o alla scomparsa di uno degli appartenenti al nucleo, o se si tratta di una famiglia di consolidata formazione (come due coniugi sposati da più di dieci anni con figli).

DESCRIPCION Y FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA									
FECHA	TIPO DE FAMILIA	ETAPA DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA			CRISIS NO RELACIONADA CON EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA				FAMILIOGRAMA
		ETAPA DE FORMACION	ETAPA DE EXTENSION	ETAPA DE CONTRACCION Y DISOLUCION	DESORGANIZACION	DESMEMBRAMIENTO	INCREMENTO	DESMORALIZACION	

●  
 Formacion= matrimonio, formazione della famiglia.  
 Extension= nascita di un figlio, arrivo di un altro familiare nella casa.  
 Contracion= scomparsa di un familiare per morte o divorzio

Tale strutturazione della scheda medica sembra suggerire che il centro dell'impresa medica non sia il paziente (inteso come colui che soffre, il malato), ma il cittadino, la *población* (popolazione, com'è chiamato il gruppo degli assistiti di ciascun medico di famiglia). La responsabilità del medico di famiglia non sarebbe



dunque quella di curare il malato ma piuttosto quella di assicurarsi che il cittadino si trovi in buona salute, e istruirlo affinché lo stato di buona salute venga mantenuto.

Quello che si compie è un interessante salto ontologico dalla sanità pubblica, intesa come politiche che regolano l'offerta dei servizi, alla salute pubblica, intesa come patrimonio sociale di cui lo stato deve farsi garante attraverso la figura del medico.

Durante le osservazioni nei consultori, e ancor di più nei terreni, avevo l'impressione che medici e infermieri trattassero e fossero trattati dai loro assistiti con una grande familiarità. Era frequente che lo staff dei consultori chiamasse il paziente per nome ed era non di meno frequente che ne conoscesse i risvolti della vita privata. Richiamava inoltre la mia attenzione il constatare che non tutti i pazienti che si recavano al consultorio lo facevano per richiedere consigli inerenti alla loro salute fisica. Alcuni semplicemente discutevano i propri problemi personali, e, in generale, la maggior parte di loro non lesinavano narrazioni intime. Inoltre mi è capitato di osservare in più di un'occasione come il medico fosse chiamato a fare da mediatore nei conflitti familiari.

Questo aspetto trova riscontro anche nella *ficha*, in primo luogo poiché il fatto stesso che si chiami "*ficha familiar*" indica che la famiglia è considerata unità fondamentale nella pianificazione dell'impresa medica. Come si è accennato, ciò che è localmente inteso come famiglia coincide spesso in maniera ostensiva con un gruppo d'individui che abitano nella stessa dimora. Varrà sottolineare da questo punto di vista come la scarsità di alloggi e l'organizzazione sociale che prevede che i beni immobili siano distribuiti dallo Stato e non acquistati dagli individui, fanno sì che il modello di convivenza a Cuba sia, anche in contesti urbani, quello della famiglia allargata. La *ficha familiar* rimane dunque uno strumento di monitoraggio della salute che divide la popolazione in unità abitative. Ciò sembrerebbe porre l'accento sulla stanzialità dell'individuo sul territorio. La difficoltà nell'acquistare abitazioni porta spesso gli individui a fare affidamento sull'ereditarietà diretta dell'usufrutto e di conseguenza molti degli abitanti dell'isola trascorrono l'intero ciclo della loro vita sotto lo stesso tetto, di maniera che è usuale che due e a volte tre generazioni condividano la stessa dimora. Ed è proprio la stanzialità a rendere

la pratica del *terreno* (visite mediche domiciliari) un aspetto centrale nella costruzione del vincolo terapeutico fra il medico di famiglia e i suoi assistiti.

### *Il consultorio della dott. Susana*

Il consultorio della dott. Susana Galvez Henry si trova nel Municipio del Centro Habana. Nella stanza dove avvengono le consulte vi è una grossa finestra che affaccia sui portici esterni, di modo che qualunque passante può guardare dentro. Durante la mia permanenza in questo consultorio ebbi modo di constatare come la finestra fosse utilizzata dai pazienti per ottenere in maniera rapida una prescrizione di un farmaco o i risultati di alcune analisi. La dottoressa Susana ha in carico una popolazione quanto mai variegata. Fanno parte della sua *area de salud*, alcune palazzine in stile coloniale, arredate in maniera europea e abitate da persone con un tenore di vita almeno in apparenza un po' più alto della media. Ma anche una *ciudadela*, che come mi spiega la stessa dott.sa Susana mentre siamo lì per una visita di terreno a un neonato, è un grosso edificio con una corte interna suddiviso in piccolissime unità abitative, tutte di una sola stanza che ospita anche tre persone, e con i bagni in comune sul piano.

Durante una delle mie giornate di osservazione nel suo consultorio, ho avuto modo di accompagnare la dottoressa in un *terreno*, riporto qui di seguito un frammento di diario di quella giornata (fig.4).

La dottoressa mi porta da tre pazienti diversi, due lattanti e una signora diabetica. Per strada dopo pochi passi, una donna ferma la dottoressa per chiederle alcuni consigli su come comportarsi con la figlia che pare non voglia darle retta e stia frequentando "brutte compagnie". La dottoressa propone alla signora di portare la ragazza al consultorio perché "le pongano un contraccettivo"<sup>7</sup> e perché lei possa parlarle della sua condotta. Quando ci allontaniamo chiedo alla dottoressa chi fosse la signora, e lei mi risponde semplicemente "una paziente", e poi aggiunge preoccupata "la figlia ha solo tredici anni, bisogna farle un bel discorsetto, ma sicuramente prima informarla sull'uso dei contraccettivi."<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Letteralmente "poner un contraceptivo". L'applicazione di un contraccettivo interno (solitamente la spirale) a ragazze adolescenti è una pratica a cui ho assistito spesso all'interno dei consultori medici.

<sup>8</sup> Visita di terreno con la dott.sa Susana Galvanerz Henrì 17 giugno 2008, ore 9.30

Accompagnando un medico di famiglia durante una delle sue visite di terreno, mi è capitato spesso di assistere a episodi come quello narrato, in cui un paziente approfittava dell'incontro con il medico per chiedere un consiglio personale o l'intervento in una situazione di conflitto familiare. La dottoressa Susana durante l'episodio non sembrava stupita del tipo di richiesta ricevuta. Mostrava piuttosto una preoccupazione per la ragazza in questione oltre che l'intenzione di intervenire nella faccenda.

Negli anni '50 Karl Jaspers discuteva la scomparsa del modello del medico di famiglia, dissoltosi nell'era della tecnica, un medico che aveva una conoscenza della situazione del paziente tale da essere capace di restituire ai suoi assistiti un senso complessivo di relazione che scavalcasse una singola diagnosi. Un medico «che non permette che la visita del malato si risolva in una congerie di risultati e d'indagini di laboratorio, ma è in grado di valutare tutto questo, di analizzarlo e di tenerlo sotto controllo» (Jaspers, 1955 *trad. it.* 1991) Quello che Jaspers non poteva immaginare, era l'idea che nel pieno dell'età della tecnica, paesi come Cuba, Brasile e Venezuela si facessero promotori di un cambio di rotta, lì dove l'accesso ai dettami del sapere tecnico e specialistico rischia di essere troppo caro per essere sostenibile dalla popolazione, si reinvestisse nell'attenzione primaria compensando la tecnologia carente con un'antropologia esaustiva modellata sul buon rapporto interpersonale (Caprara, 1999).

### *Il consultorio della dott.sa Ramirez*

Il consultorio della dottoressa Ramirez è una stanza piccola, con due scrittoi, una finestra, una manciata di sedie, una libreria piena di riviste e opuscoli molto mal ridotti, una lavagna luminosa per lastre, un calendario e un ritratto del Che, informale e sorridente che troneggia alle spalle della dottoressa. Prima della stanza ci sono due piccole anticamere connesse da un corridoio stretto, con poche sedie e molta gente che aspetta. L'ingresso della stanza delle consulte è posto alla destra del medico, dove poi c'è la sedia che ospita il paziente. Attigualmente alla stanza delle consulte c'è una stanza con un lettino, una bilancia, un lavandino, un

fornetto per sterilizzare l'attrezzatura medica, un armadietto con pochi farmaci (fig. 5).

Nei due mesi in cui ho frequentato il consultorio della dottoressa Aurora Ramirez, nel Barrio Jesus Maria, l'ultimo della circoscrizione dell'Habana Vieja, tristemente celebre per marginalità e violenza, la saletta d'attesa è sempre stata gremita di gente e la dottoressa ha sempre salutato per nome le persone che entravano per farsi visitare. A volte dimostrava di conoscerne le vicende personali, informandosi della situazione di questo o quel parente. A volte si preoccupava meno di conversare e si dedicava esclusivamente al check-up, ma in ogni caso si comportava, ripetendo una massima di Che Guevara, senza mai perdere la tenerezza.

Riporterò qui a seguito un frammento di diario di una delle giornate trascorse presso il consultorio della dottoressa Ramirez, per analizzare una parte che mi è parsa centrale nella costruzione del vincolo terapeutico: la restituzione del paziente.

E' martedì mattina e sono da poco arrivata nel consultorio, occupo la mia sedia e mi armo di quaderno e penna. La dottoressa si occupa di una paziente, seduta accanto a lei, le prescrive delle analisi per verificare che sia in stato interessante, poiché lei lamenta nausea mattutine. Terminato il consulto la paziente si alza, ma invece di lasciare la stanza comincia a rassettarla, ordinando carte e rispondendo al telefono che squilla. Nel frattempo entra una nuova paziente solo per misurare la pressione. La paziente successiva è una ragazzina di dodici anni che entra accompagnata dalla madre e da un'altra donna che tiene con sé un bimbo di tre anni. La prima paziente ha finito di rassettare e va via, la dottoressa la ringrazia dicendo «Che dio ti ripaghi con otto nipoti!» e lei ribatte, «Sì, ma *nipoti* non un altro figlio!»<sup>9</sup>

Come nella scena narrata, mi è successo molte volte di assistere a piccoli gesti di attenzione che i pazienti rivolgevano al proprio medico di famiglia. Non era infrequente che un paziente passasse dal consultorio anche solo per portare al medico una tazza di caffè, che alcune pazienti si offrirono di riassettare la stanza delle consulte. I pazienti portavano al medico, che spesso resta seduto per cinque ore di fila nel consultorio senza muoversi, un dolce, un caffè, o una bibita, o semplicemente si fermavano nel consultorio per rispondere al telefono o per

---

<sup>9</sup> Consultorio della dottoressa Aurora Ramirez, 7 novembre 2007, mattina

mettere in ordine le carte. Ciò sembrava suggerire l'idea di una restituzione, operata dal paziente verso il medico, rispetto alla prestazione sanitaria ricevuta.

Il medico si prende cura dei suoi assistiti, non essendo coinvolto solo nei loro processi di ricerca di salute, ma più in generale nelle loro necessità quotidiane. A sua volta il paziente, o sarebbe più corretto dire il cittadino, che non corrisponde un pagamento in denaro alla prestazione che gli viene offerta, si prende a sua volta cura del suo medico attraverso pratiche del quotidiano. I consultori mi apparivano dunque come spazi in cui si costruivano e consolidavano una fitta rete di relazioni e di scambi che scavalcavano il momento terapeutico o comprendevano in esso narrazioni personali, ironia, scambi di doni.

Così il medico al quale lo stato assegna una qualifica socio-politica all'interno di un'impresa sanitaria che dirige e che pianifica, sembra essere al tempo stesso confidente, amico, persona legata ai suoi assistiti da un vincolo d'intimità. Tale intimità viene rafforzata dalle frequenti visite domiciliari, che rendono il medico una persona "di casa" anche fuor di metafora.

### *La formazione psichiatrica del medico di famiglia*

In una mattina di febbraio<sup>10</sup> arrivo al Centro di Salute Mentale dove ho appuntamento con la dott.sa Ida e in portineria mi indirizzano verso la sala che in genere è deputata alle riunioni, al terzo piano. Quando entro nella sala trovo una ventina di studenti di medicina seduti e vocianti e Ida in cattedra che mi fa cenno di avvicinarmi: questa è la settimana della rotazione di psichiatria degli studenti di MGI (medicina generale integrale). Gli studenti hanno ricevuto una traccia, sintomatologia e storia clinica di un paziente, e devono provare a formulare una diagnosi, a stabilire che genere di condotta sia necessario mettere in atto con il paziente nel *corpo-guardia* [guardia medica], e quali sono le misure che dovrebbe prendere il medico di famiglia nella suddetta situazione. Dopo lo svolgimento del tema, gli studenti seguono Ida nella consulta (colloqui con i pazienti). C'è solo un bambino che aspetta con sua madre. Il colloquio avviene in presenza degli

---

<sup>10</sup> 19 febbraio 2009

studenti, e ne segue una lezione improvvisata sul “*manejo*” [gestione] dei casi. Ida spiega agli studenti che ci sono dei casi che arrivano in consulta che non sono “psichiatrici”, e che a volte si tratta di orientare i genitori su come comportarsi con il bambino. Spiega che in alcuni casi è necessario che lo psichiatra faccia delle domande fuori, nella comunità, soprattutto se si tratta di scoprire se ci sono casi di violenza in famiglia.

La psichiatria è una delle specialità in cui gli studenti di Medicina Generale e Integrata fanno “rotazione”. Le loro responsabilità di medici di famiglia nei confronti dei pazienti prevedrebbe infatti l’attività di prevenzione nelle scuole [*manejo psico-educativo*], la possibilità di gestire in maniera ambulatoriale generiche situazioni di ansia [*manejo en el area*], e la vicinanza alla famiglia quando si renda necessario mettere a fuoco le dinamiche familiari [*manejo familiar*]. Questi compiti, che nella pianificazione dell’offerta sanitaria pertengono in maniera specifica allo psichiatra, rientrano nel raggio d’azione del medico condotto, in quanto tecnico della salute più prossimo al cittadino ed integrato nella vita del quartiere.

Un testo del 1989 della collana editoriale di *Ciencias Medicas* cubana discute la formazione in campo psi del medico di famiglia. L’autore, Miguel Soria, uno psichiatra cubano, perora la necessità che il medico condotto conosca alcune pratiche psicoterapeutiche in modo da poter risolvere in maniera ambulatoriale le situazioni di stress legate a eventi particolarmente comuni, come l’arrivo di un nuovo figlio o la perdita di un caro (Soria, 1989). Nella mia esperienza presso i consultori medici e nei colloqui con il personale sanitario e con la popolazione, ho avuto modo di credere che questo proposito di integrare psicoterapia e medicina ambulatoriale sia rimasto solo progettuale e che il paziente tenda semplicemente, come visto nella parte precedente del capitolo, a coinvolgere il medico nella vita della famiglia.

Quando ho chiesto alla dottoressa Ivia se le fosse mai capitato che qualcuno arrivasse al suo consultorio con un problema non strettamente legato alla sfera della salute, quanto, piuttosto, ad una conflittualità familiare o ad altri problemi che nel gergo medico locale vengono solitamente definiti “psico-sociali”, mi ha risposto:

Certo, come no. Ci sono persone che non vengono con un problema di salute, ma con un problema di stress, con un problema economico o matrimoniale. In quei casi devi conversare, dare un consiglio e cercare di capire se il grado di stress o di depressione è tale da necessitare uno psichiatra. A parte questo, devi aiutarlo, se non devi rimmetterlo a uno specialista devi comunque aiutarlo. Che è la cosa più frequente. In fondo la gente quando ha la possibilità di parlare, di sfogarsi, di contare su qualcuno... soprattutto perché le persone sanno che tu non parlerai con altri del loro problema, vogliono parlare con te. A volte non c'è bisogno di prescrivere nessun trattamento, semplicemente parlando si raggiunge l'obiettivo. A volte le persone non si rendono neppure conto che tu li stai assistendo, passi per casa loro, tre o quattro giorni dopo che sono venuti da te a sfogarsi e chiedi "dimmi come va? Come ti senti". E a quel punto può essere che tutto sia tornato alla normalità, oppure che le cose siano peggiorate. In tal caso li mando da uno psichiatra.

Per quanto ho potuto osservare, le pratiche di intervento del medico di famiglia nel campo psicosociale, sembrano essere il riflesso della costruzione di un buon legame relazionale, più che di una pratica terapeutica consapevole. Lì dove non vi siano prescrizioni farmacologiche, il vocabolario con cui l'assistenza offerta dal medico è descritta sembra rientrare nel lessico amicale più che in quello tecnico, parole come "sfogarsi", "parlare", "aiutare", rimandano infatti all'idea di una buona integrazione del medico condotto nel suo quartiere piuttosto che ad interventi di carattere psicologico.<sup>11</sup>

Come avrò modo di argomentare nel resto del presente lavoro, la strutturazione dell'offerta sanitaria e l'enfasi posta dallo Stato sulla presa in carico della salute dei suoi cittadini, vorrebbero che il medico fosse impegnato in un programma di monitoraggio costante della popolazione e di prevenzione della malattia. D'altra parte la richiesta dei pazienti sembra essere orientata verso una necessità di attrarre lo sguardo medico nella direzione delle proprie difficoltà quotidiane, utilizzando il medico come una figura di riferimento e di ausilio nelle pratiche del quotidiano.

Partendo da quanto teorizzato da Antonio Gramsci, quando scrive che: «*Stato* significa specialmente direzione consapevole delle grandi moltitudini nazionali; è quindi necessario un *contatto* sentimentale e ideologico con tali

---

<sup>11</sup> Quando invece si ricorre alla somministrazione di un farmaco la situazione si arricchisce di altre componenti simboliche, come vedremo nel capitolo quinto.

moltitudini» (Gramsci, 1934, ed. cit. 1975). Ciò che sostengo nel mio lavoro è che questo contatto sentimentale e ideologico fra lo Stato e i suoi cittadini a Cuba, possa essere discusso attraverso una categoria peculiare di relazione, quella che lega il paziente al suo medico, e in particolare quella che lega il paziente psichiatrico al suo terapeuta. Seguendo quanto teorizzato da Clifford Geertz, non intendo trattare l'ideologia come una categoria, reificandola e isolandola dalle pratiche, quanto provare a rintracciare le rotte ideologiche all'interno delle prassi prese in esame, e assieme ad esse le rotte contraddittorie, i tentativi di resistenza e rottura, e le virate inconsapevoli e non iscrivibili all'interno di una tensione dualista fra governamentalità e resistenza (Geertz, 1973). Il discorso ideologico non è, infatti, considerabile come il precipitato teorico dell'azione né come il suo motore immobile, quanto piuttosto un'istanza insita nelle pratiche e soggetta al vaglio del quotidiano, con la costante ridefinizione che esso implica.



## Il concetto di Salute Mentale

*Esta es la pincha nuestra: que la gente sea mas feliz. Mas que tiene a que ver esto con la ciencia?*<sup>12</sup>

Manuel Calviño, Docente di  
Orientazione Psicologica

Un articolo comparso nel 1980 in *American Psychologist*, che porta la firma di Lourdes Garcia Averasturi, allora presidente del Gruppo Nazionale degli Psicologi e Ministro di Salute Pubblica di Cuba, descrive l'orientamento e lo sviluppo del progetto sanitario in campo *psi* elaborato dalla Revolucìon come l'emergere di una concezione della cura che enfatizza la prevenzione e considera la salute come un fenomeno sociale e un diritto di ogni cittadino cubano. A tale scopo, commenta l'autore, i servizi sanitari psichiatrici e psicologici sono stati introdotti all'interno della *atencìon primaria*, nel proposito di offrire «il miglior setting per lo sviluppo di una psicologia preventiva e orientata alla comunit`a» (Avenasturi, 1980: 1091). Nei Policlinici, unit`a sanitarie di base che assistono mediamente una popolazione di 25.000 abitanti, sono stati introdotti programmi di attenzione psicologica rivolti a gestanti, bambini denutriti, adolescenti, pazienti affetti da patologie croniche, anziani e lavoratori che svolgono mansioni ritenute "a rischio".

L'obiettivo della psicologia cubana sarebbe, secondo il suddetto articolo, quello di contribuire a un'attenzione sanitaria che, attraverso un approccio di carattere "cognitivo ed emozionale", possa aiutare ciascun individuo a sviluppare le proprie potenzialit`a e a mantenere il proprio stato di salute.

L'articolo assume i toni del manifesto programmatico nell'argomentare le basi teoriche dell'offerta sanitaria fin qui delineata. Tali ambiziosi obiettivi, secondo il ministro, richiedono: «(a) modificare idee, valori, attitudini, e comportamenti che pongono a rischio la salute tanto dei sani quanto dei malati, e (b) aiutare le persone a gestire i propri problemi emotivi, fisici e caratteriali»<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> «Questo è il nostro compito: che la gente sia pi`u felice, ma cosa ha a che fare questo con la scienza?», frase pronunciata dal dott. Calviño durante la lezione magistrale del 2 dicembre 2009.

<sup>13</sup> *ibidem*, p. 1092

Ciò è reso possibile, nell'opinione del nostro autore, da due fattori: uno di ordine pratico e uno di ordine teorico.

Nella prassi, l'attività degli psicologi cubani sarebbe favorita dalle numerose possibilità che questi possiedono di accedere direttamente alle famiglie, alle scuole e ai centri di lavoro, ovvero ai luoghi dove le persone vivono, lavorano e si sviluppano emozionalmente. Dal punto di vista teorico ciò che garantirebbe l'efficacia di tale prospettiva è il proposito di rivedere in termini Marxisti-Leninisti le tecniche psicoterapeutiche "occidentali" (inclusa la psicoanalisi, la terapia sistemica e il comportamentismo), con lo scopo di disegnare tecniche d'intervento che concordino con la "nuova ideologia cubana".

Come descritto nel manuale di psichiatria in adozione presso la Facoltà di Medicina dell'Università dell'Avana, la concezione marxiana della psiche assume come postulato che essa non sia un'entità ideale, come la *res cogitans* cartesiana, ma un prodotto dell'evoluzione animale divenuto funzionalmente più complesso nella sua interazione con fattori storici, sociali e culturali. Poiché per Marx la filosofia non aveva il solo scopo di conoscere il mondo, ma piuttosto quello di trasformarlo, fare riferimento a un approccio marxista-leninista in campo *psi* significa far riferimento a una scienza che operi in maniera concreta nella trasformazione della società (Niebla Delgado, *in corso di pubblicazione*)<sup>14</sup>. A una psicologia e a una psichiatria, dunque, che si facciano cifra critica di un miglioramento nel campo delle relazioni sociali, del lavoro, dell'educazione (Castro-Lopez, 1980).

Il richiamo ai principi marxisti-leninisti all'interno della formulazione di un'offerta sanitaria in campo *psi* fa riferimento a una tradizione di ricerca che si era sviluppata in Unione Sovietica sotto l'impulso dei cambiamenti posti in essere dalla Rivoluzione Bolscevica. La corrente di studi che conosciamo con il nome di *teoria storico-culturale* fu sviluppata da Lev S. Vygotskij e dai suoi allievi fra i quali

---

<sup>14</sup> Faccio qui riferimento alle bozze del libro della prof.ssa Niebla, docente di Filosofia presso la Facoltà di Scienza Medica dell'Università dell'Habana. Mi è stato possibile leggere il testo prima della sua pubblicazione perché la prof.ssa Niebla è stata una delle mie referenti presso l'ateneo cubano. Il testo è attualmente in corso di pubblicazione.

Aleksej N. Leont'ev.<sup>15</sup> Tale teoria sosteneva che, a differenza dell'animale, l'uomo sviluppa delle funzioni psichiche superiori che vengono direttamente influenzate dal contesto storico culturale (Vygotskij, 1931; Mecacci, 1992).

In seguito al *Triunfo de la Revoluciòn*, la tradizione di studi sovietica divenne il riferimento teorico primario per la nuova Repubblica. I testi di Vygotskij e Leont'ev furono tradotti in spagnolo e adottati presso le Facoltà di Psicologia e i corsi di specializzazione in Psichiatria delle università cubane.<sup>16</sup>

In questo capitolo s'intende analizzare il discorso psichiatrico cubano analizzando i fondamenti filosofici che ne caratterizzano l'impianto teorico e le strategie politiche che ne hanno determinato lo sviluppo. A tale scopo dapprima allargherò il focus all'organizzazione sanitaria in campo psichiatrico in America Latina, mostrando secondo quali traiettorie la Repubblica Cubana abbia aderito alle proposte del movimento politico della *Salud Mental*, e in generale ai processi di ridefinizione critica della psichiatria classica che hanno caratterizzato lo scorso ventennio. Successivamente argenterò l'esclusione della psicoanalisi dai piani di studio delle università cubane e dall'offerta sanitaria locale, utilizzando dati storici ed esperienza etnografica. E concluderò con l'illustrare il modello di psichiatria comunitaria, secondo il quale è attualmente strutturata l'offerta sanitaria cubana in campo *psi*.

Ciò che intendo sostenere è che l'elaborazione dell'offerta sanitaria nel campo *psi* si fondi su una precipua visione della responsabilità dello Stato verso i suoi cittadini, e che tale visione presenti due caratteristiche salienti. Da una parte una concezione della salute che scavalca il concetto di assenza di malattia, e che abbraccia la più ampia sfera del benessere. E in secondo luogo, una concezione del benessere che vede come protagonista il rapporto fra l'individuo e il suo ambiente sociale, che riposa dichiaratamente su una visione materialista della storia, nell'accezione marxiana del termine. Inoltre, nella conclusione del capitolo,

---

<sup>15</sup> Per una trattazione più ampia della psicologia sovietica si rimanda a Mecacci Luciano, *Storia della Psicologia del Novecento*, ed Laterza, 2007 [1992]

<sup>16</sup> I dati che qui riporto sono stati acquisiti attraverso lo spoglio dei piani di studio curriculari dell'Università dell'Avana, i piani di studio, siglati dal ministero dell'educazione sono disponibili nella sede centrale e non sono fotocopiable.

facendo riferimento al discorso foucaultiano sul tema della governamentalità, aprirò alcune tracce che saranno poi affrontate nel corso del lavoro.

### *Il concetto di Salud Mental e il movimento psichiatrico latino-americano*

Nel novembre 1990 si è svolta a Caracas la Conferenza sulla Ristrutturazione dell'assistenza Psichiatrica in America Latina<sup>17</sup>. Il fine era quello di creare una nuova offerta sanitaria che preservasse i diritti umani dei pazienti psichiatrici. La proposta pratica era quella di integrare i servizi di salute mentale nell'attenzione primaria e nei sistemi locali di salute. Ciò avrebbe garantito un'attenzione diretta al cittadino, in un'ottica di prevenzione dell'insorgere del disagio mentale e di una sua gestione all'interno della comunità. L'idea principe della conferenza di Caracas era che fosse necessario sostituire a un modello di organizzazione dei servizi incentrato sulla presa in carico della malattia mentale, un'offerta sanitaria che promuovesse la salute mentale [*salud mental*].

Il concetto di *salud mental* così come sviluppato nel dibattito sud americano prende le mosse da due differenti assi discorsivi. Il primo si basa su una concezione teorica della malattia mentale che implica la comprensione del soggetto umano come essere sociale. Il secondo è da intendere come un programma politico di riforme istituzionali designato a creare strutture di trattamento basate sulla prevenzione e sulla reintegrazione sociale (Lakoff, 2005: 44). Nelle pratiche, tali discorsi vanno intesi come assi di un diagramma cartesiano, all'interno dei quali le politiche della salute, gli organi istituzionali con le loro strategie di regolazione nell'offerta dei servizi e gli attori sociali che ne fruiscono, trovano collocazioni di volta in volta differenti che sbilanciano verso l'uno o l'altro asse. Da questo punto di vista discutere nei termini di salute mentale e non in quelli della psichiatria classica, non significa semplicemente opporsi al modello d'istituzionalizzazione del malato nelle strutture manicomiali,

---

<sup>17</sup> Il documento prodotto in questa occasione, conosciuto appunto come Dichiarazione di Caracas, fu incluso nel 2001 nelle dichiarazioni dell'OMS con la risoluzione CD43.R10 del 27 settembre. Il testo nella sua interezza è consultabile in Itzak Levav, Helena Restrepo y Carlyle Guerra de Machedo, *The reconstructing of Psychiatric Care in Latin America: A new policy for Mental Health Services*, 15 J. Public Health Policy, p.71 (1994)

proponendo una coerente trasformazione delle tecniche terapeutiche, ma anche proporre una nuova epistemologia della pratica esperta. Il modello proposto dai pensatori della *salud mental*, come osservato dall'antropologo Andrew Lakoff, sosteneva in un senso più ampio gli ideali di una cittadinanza sociale in cui fra i compiti del Welfare State è compreso il dovere di occuparsi del benessere psichico della cittadinanza (Lakoff, 2005).

Il piano di proposte elaborato a Caracas, risente certamente l'influenza dei movimenti psichiatrici che nella decade precedente avevano preso piede in Europa. La nascita del movimento antipsichiatrico, che trova in Ronald Laing, David Cooper, Thomas Szasz e Jan Foudraïne i suoi fondatori, aveva da qualche anno avviato una riflessione epistemologica sulle categorie nosografiche della psichiatria. Particolare influenza sulla pianificazione sanitaria in America Latina ebbe il movimento italiano condotto da Franco Basaglia, che in quegli anni stava operando, assieme ai suoi collaboratori, lo smantellamento dell'istituzione manicomiale. Alcuni psichiatri latino americani svolsero esperienze di tirocinio a Trieste, mentre Basaglia e molti dei suoi collaboratori tennero conferenze in Brasile e in Argentina (Basaglia, 1967, Villar, 2000).

A Cuba la riforma dell'offerta sanitaria nel campo della salute mentale ebbe inizio nel 1959 con l'introduzione dei reparti psichiatrici all'interno degli ospedali, funzionale a un progressivo disinvestimento sulla manicomializzazione delle problematiche psichiatriche (Delgado, 1996). Proseguì negli anni '70 con la creazione dei Centri Comunitari di Salute Mentale, all'interno dei quali si trovano gli *Hospital de día* [centri diurni], mentre negli ospedali furono attrezzati dei reparti psichiatrici denominati Unità di Intervento per le Crisi (UIC). Negli stessi anni venne introdotta l'equipe psichiatrica nei policlinici, e furono create delle istituzioni psichiatriche di carattere ambulatoriale, che vanno sotto il nome di Centri Comunitari di Salute Mentale.<sup>18</sup>

Anche se non è possibile pensare a influenze dirette del movimento psichiatrico italiano nella Repubblica Cubana, se ne possono rinvenire talune indirette, poiché il movimento basagliano fu un importante sostenitore della

---

<sup>18</sup> Carta dei servizi sanitari cubani, disponibile presso il sito web del Ministero della Salute Pubblica: [www.infomed.cu](http://www.infomed.cu)

Conferenza di Caracas (Vásquez, 1999). I pianificatori della sanità cubana, infatti, aderirono al piano proposto dalla Conferenza di Caracas nel 1994, promulgando riguardo la salute mentale cinque programmi di “atención”, che sono in vigore attualmente:

1. *Alcoholismo y otras adicciones* [alcolismo e altre dipendenze, di solito si parla di droga e tabacco]
2. *Conducta suicida* [inclinazione suicida]
3. *Atención a la discapacidad mental y la rehabilitación social de los trastornos psicofísico a larga evolución* [attenzione alle difficoltà mentali e riabilitazione sociale dei problemi psicofisici di larga evoluzione]
4. *Psiquiatría infanto-juvenil* [psichiatria infantile e adolescenziale]
5. *Atención psicogeriatrica* [attenzione psichica agli anziani]

L’articolazione di questi programmi rivela un’attenzione al disagio ben più ampia di quella che fa immediato riferimento al disturbo psichico, e, in accordo con le proposte della conferenza di Caracas, promuove una presa in carico che centra l’attenzione sulla salute mentale in quanto bene della comunità. L’enfasi posta sul progetto di indirizzare l’offerta sanitaria in campo *psi* non al singolo individuo affetto da disturbo o bisognoso di aiuto, quanto alla comunità intesa come rete d’individui che risiedono in un determinato territorio, è la base teorica su cui riposa la strutturazione dei Centri comunitari di salute mentale.

Durante la mia prima visita presso il Centro comunitario di salute mentale dell’Habana Vieja, avvenuta nel dicembre 2007, lo psichiatra che dirige l’*Hospital de día*, mi illustrò lo scopo della struttura dicendo:

Il centro è un’esperienza comunitaria, offre servizi a tutta la popolazione dell’Habana Vieja, che è il municipio dove ci troviamo. Il municipio è diviso in cinque aree, c’è un nostro psichiatra che va al Policlinico due giorni alla settimana e riceve direttamente la popolazione in una consulta di psichiatria infantile e una consulta per adulti. I casi che gli psichiatri dell’area considerano bisognosi di una maggiore attenzione vengono rimessi qui.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> 4 dicembre 2007, il colloquio si è svolto dopo una sessione di psicoterapia di gruppo. Erano presenti lo psichiatra direttore dell’Hospital de Día, Isidoro Baly, le psicologhe Marlene e Gladys e l’assistente sociale Regla. Come avrò modo di illustrare quando entreremo nello specifico del lavoro dell’*Hospital de día*, essi formano l’equipe di terapeuti che lavora nelle sedute di psicoterapia di gruppo.

La distribuzione di questi dispensari sul territorio è di carattere municipale. L'obiettivo è che tali centri operino a sostegno dei policlinici delle varie *areas de salud* [aree di salute]. In ciascun policlinico, infatti, esiste un'equipe che comprende uno *psiquiatra de adultos* [psichiatra per adulti], uno *psiquiatra infanto-iuvenil* [psichiatra per bambini e adolescenti], uno *psicologo* e uno *psico-metrista*<sup>20</sup>, a cui si arriva per remissione diretta del medico di famiglia. Come mi fu spiegato in questo primo incontro ed ho avuto in seguito modo di osservare, i membri di questa equipe, che nei policlinici non lavorano congiuntamente ma tengono *consulte* separate, possono decidere di avviare un trattamento farmacologico e vedere il paziente periodicamente, o di rimmetterlo ad un *Centro comunitario de salud mental* [Centro Comunitario di Salute Mentale] perché prenda parte a un gruppo di psicoterapia con cadenza settimanale o perché venga *ingresado en Hospital de día* [ricoverato in un centro diurno]. Se il paziente è ritenuto bisognoso di un'assistenza sull'arco delle 24 ore può essere rimesso ad una *Unidad de intervencion de crisis* [Unità di intervento e crisi], al reparto psichiatrico di un ospedale, e nel caso si ritenga necessario una lunga degenza essere ricoverato all'Ospedale Psichiatrico.

Nell'Ospedale Psichiatrico dell'Habana, unico nel territorio nazionale, ci sono attualmente circa 2000 pazienti, contro i 4000 dello scorso decennio. I pazienti attualmente ricoverati furono definiti dal mio interlocutore, durante questo primo incontro, come "residuo manicomiale": «in manicomio ci sono solo le persone che sono state ricoverate molto tempo fa. A Cuba non è già più questo lo stile di lavoro, qui lo stile è il lavoro con la comunità. E noi facciamo tutto *alla cubana*.»<sup>21</sup>

Questo colloquio, come accennavo, è avvenuto durante la mia prima visita al Centro di Salute Mentale Comunitario dell'Habana Vieja, nel dicembre del 2007. Ero stata presentata agli operatori del Centro da Ivonne, un'assistente sociale che lavorava presso l'istituto geriatrico dove avevo da poco svolto un piccolo periodo di ricerca. Ivonne mi aveva presentata come un'antropologa italiana che stava

---

<sup>20</sup> Tecnico della salute addetto alla somministrazione di test psicometrici, ovvero questionari di valutazione psicologica

<sup>21</sup> Colloquio con il dott. Isidoro Baly, 4 dicembre 2007

svolgendo delle ricerche a Cuba nel campo delle politiche sanitarie. Il riflesso che questa presentazione veloce produsse nei miei interlocutori fu in primo luogo l'identificazione quasi ostensiva fra me in quanto italiana e il movimento basagliano. Non mi fu chiesto di dichiarare un'opinione rispetto al pensiero di Basaglia o all'applicazione della legge 180. L'idea che io fossi in pieno accordo con le politiche della salute mentale basagliane fu data per assunta all'interno della conversazione.

Così, quando all'affermazione "*todo a la cubana*", chiesi ai miei interlocutori a cosa si riferissero, Baly, lo psichiatra, mi rispose:

Semplicemente, le condizioni nelle quali è il nostro paese, la famiglia cubana, in questo momento, non assomiglia in nulla a una famiglia europea, che rende impossibile tradurre elementi soggettivi di una situazione in un'altra. E questi elementi filosofici, che nella filosofia chiamiamo antipsichiatria... noi psichiatri cubani diamo molto valore ad alcune parti di questa filosofia, ma non la diamo ad altre.<sup>22</sup>

Durante successivi colloqui, all'interno di una relazione costruitasi in due anni fra mie permanenze e la corrispondenza, siamo più volte tornati su questo argomento, con Baly e con altri terapeuti. La loro opinione in merito alla chiusura dell'ospedale psichiatrico ruotava sempre attorno ad un punto fondamentale: lo Stato non ha le risorse economiche per gestire in modo comunitario le lungodegenze, sul modello delle "case famiglia" italiane e la famiglia cubana non ha le risorse per farsi carico di un paziente psicotico. In un colloquio successivo con Baly, tornando sul problema della presa in carico del paziente psichiatrico, egli pose l'accento sul problema delle risorse, e sulla sproporzione esistente fra la progettazione e la fattibilità dell'assistenza comunitaria. Se da una parte la progettualità era rivolta alla presa in carico olistica del degente, promuovendo una serie di attività da svolgere all'esterno delle strutture per garantire un effettivo miglioramento del livello di vita del paziente, dall'altra essa sembrava scontrare, nelle parole dello psichiatra, con la difficoltà nel reperimento delle risorse. Così commentava in un colloquio svoltosi nel Giugno 2008:

---

<sup>22</sup> Colloquio con il dott. Isidoro Baly, 4 dicembre 2007



A volte devi discutere con il *Poder Popular*<sup>23</sup> per ottenere alcune cose, come un mezzo di trasporto per portare i pazienti da qualche parte. A volte a Cuba puoi ottenere un medicinale che costa milioni di dollari e poi non hai un camioncino per portare i pazienti al mare perché non hai 8 litri di benzina. (...) La famiglia a Cuba è in una situazione terribile, c'è un livello di angoscia, un livello di ansia per la situazione economica (...) La situazione è tale che una famiglia non può assumere importazioni filosofiche in maniera meccanica, forse nella migliore delle ipotesi potrà farlo fra dieci anni.<sup>24</sup>

Gli assi discorsivi all'interno dei quali trova posto il concetto di salute mentale così com'è stato promulgato dalla conferenza di Caracas, possono essere individuati nelle parole dello psichiatra in un'ottica di confronto dialettico fra filosofia e prassi. Lì dove il modello filosofico deve venire a patti con la scarsa disponibilità di risorse economiche di una nazione su cui grava un embargo di mezzo secolo. Come sarà possibile analizzare più avanti nel testo, lungi dal produrre una stasi, la menzionata tensione dialettica costituisce uno dei motori dell'originalità del progetto terapeutico cubano.

In tal senso la prassi terapeutica cubana può essere letta come pratica situata, ma contestualmente come un processo in divenire. Un prodotto dialettico e polimorfo strutturato da progetti politici, logiche della sostenibilità economica, correnti teoriche, nonché dalle soggettività degli individui che costituiscono domanda e offerta all'interno dei servizi.

### *Modelli d'importazione e pratiche situate*

In un intervento dal titolo *Psichiatria, paesi in via di sviluppo, medicina di base*, Benedetto Saraceno discute i vari modelli di "esportazione" della psichiatria occidentale nei paesi in via di sviluppo. Saraceno definisce "modello chiuso" l'esportazione meccanica di modelli di cura che contengono intrinseche pretese di universalismo, come il modello psicoanalitico, il modello diagnosi-prognosi-terapia, ovvero il sistema diagnostico legato al DSM<sup>25</sup>, e il modello farmacologico

---

<sup>23</sup> Il *Poder Popular* è l'organo amministrativo più vicino al cittadino, come abbiamo visto nel precedente capitolo.

<sup>24</sup> Colloquio con Isidoro Baly, Giugno 2008

<sup>25</sup> Il DSM è il manuale diagnostico della psichiatria. Per una più esaustiva trattazione dell'argomento si veda il successivo capitolo.

che facendo appello a una universalità biochimica rappresenterebbe la farmacologia come «disciplina capace di mappare le corrispondenze biunivoche fra domanda e risposta». Al modello chiuso, Saraceno oppone il modello transculturale, di cui però discute due possibili forme. Una virtuosa che impegna l'antropologia e l'etnologia nella ricerca di un'ipotesi esplicativa della "percezione" della malattia mentale in un contesto dato», e una viziosa che implica la giustapposizione di pratiche e saperi tradizionali con pratiche e saperi legati alla psichiatria occidentale che rischia, secondo l'opinione dell'autore di depauperizzare le prime ed esotizzare i secondi (Saraceno, 1987: 165).

La psichiatria cubana post *Revolución* sembra sfuggire a questa schematizzazione, ponendoci di fronte ad un modello d'importazione del tutto diverso, poiché non legato a una diretta eredità di tipo coloniale ma piuttosto allo stravolgimento di questa eredità all'interno di un gioco dialettico tra le proposte teoriche offerte dal panorama internazionale, le risorse economiche e umane a disposizione e il posizionamento ideologico delle *elite* di governo. Così l'arena politica della salute mentale cubana si configura come un campo di forze in cui in prima istanza gli attori sociali che giocano un ruolo determinante non sono del tutto simili e non agiscono in maniera del tutto aderente al resto dell'America Latina, o dei paesi individuati da Saraceno come "esportatori di idee".

Un attore sociale importante è certamente il Governo. E' il Governo a proporre la strategia organizzativa dei servizi, e a monitorare la loro gestione, è l'elite governativa che propone la filosofia che sottende alla gestione della salute dei cittadini. Un attore la cui presenza nell'arena cubana risulta molto limitata rispetto al resto dell'America Latina sono certamente le grandi industrie del farmaco, la cui assenza formale e presenza interstiziale, coopera come vedremo nel prossimo paragrafo alla costruzione di un impianto diagnostico distinto da quello dominante modellato sul DSM.

Mi preme sottolineare come la centralità dell'opera governativa, così come la sua forza politica dovuta alla forma stessa del governo, non deve a mio avviso farci cadere nella tentazione di pensare che ai restanti attori sociali in campo (medici, operatori, pazienti, famiglie) non resti nessuna possibilità di decidere, nessuno

spazio di creatività. Questo aspetto sarà analizzato meglio nella seconda parte del testo.

Al tempo stesso Cuba non può essere considerata del tutto impermeabile al dibattito internazionale, alle correnti teoriche e ai movimenti politici che hanno attraversato in questi ultimi quaranta anni la psichiatria sulla scena mondiale. Nella strutturazione dei servizi sanitari cubani impegnati a vario titolo nel campo della salute mentale, nella loro evoluzione dall'avvento della *Revolución* a oggi, sembra, infatti, possibile rintracciare due orientamenti distinti, ma dialetticamente in relazione fra loro.

Uno è quello che muove dal paradigma marxista della psicologia sovietica, che impone un ripensamento critico dell'approccio psicoterapeutico, da una parte, e una capillarizzazione della presenza dei tecnici psi nelle strutture educative, nei posti di lavoro, ovvero nei luoghi *della salute* e non in quelli *della malattia*. Un secondo orientamento è rappresentato dalla formazione del modello terapeutico e politico della psichiatria comunitaria che sembrerebbe porsi dialetticamente in raffronto con i movimenti politici che agitano negli stessi anni l'Europa con il movimento antipsichiatrico, e in particolare l'Italia con l'applicazione della legge 180, e l'America Latina, con la conferenza di Caracas e la nascita del movimento di *Salud Mental*.<sup>26</sup>

Tali paradigmi sono da considerarsi in relazione dialettica non semplicemente nel modo in cui vengono assimilati e reinterpretati dal contesto locale, ma anche nella dimensione in cui interagiscono dialetticamente fra loro. La filosofia basagliana, ad esempio, ha ereditato dal discorso di Gramsci una visione del rapporto fra teoria e prassi che molto ha in comune con l'impostazione marxista cubana. In una delle conferenze tenutesi a San Paolo, in Brasile, nel giugno del 1979, Basaglia dichiarava: «Noi vogliamo essere psichiatri, ma vogliamo soprattutto essere delle persone impegnate, dei militanti». Tutto il pensiero di Basaglia e dei suoi collaboratori non può, infatti, in nessun modo essere scisso dal movimento politico di cui è stato il perno. In tal senso, per Basaglia come per

---

<sup>26</sup> Un terzo orientamento potrà poi essere rintracciato nella discussa influenza Statunitense, in sede dell'elaborazione del metodo psicoterapeutico, come cercherò di mostrare nel capitolo successivo.

Vygotskij, le scienze psi avrebbero dimostrato la loro validità solo nella loro capacità di resistere all'*urto con la prassi*.<sup>27</sup>

L'analisi di queste diverse influenze pone una serie d'interessanti quesiti. Poiché la traduzione di un'esperienza terapeutica non è mai un'operazione innocente, sembrerebbe necessario riflettere su quali siano le modalità in cui uno Stato socialista abbia adottato politiche sanitarie e concezioni della cura nate in forte relazione con lo svilupparsi (in Europa e parzialmente in America Latina) del concetto di Welfare State, come il concetto di psichiatria comunitaria che verrà analizzato nella chiusa del capitolo.

Nel prossimo paragrafo affronterò il tema del rapporto dialettico fra importazione di modelli terapeutici e adattabilità al sistema socialista attraverso l'analisi del difficile rapporto fra psicoanalisi e socialismo.

#### *Psicoanalisi e socialismo: vecchi e nuovi problemi*

Nella sua lezione magistrale del 2 dicembre 2009 il dott. Manuel Calviño, psicologo e docente nella Facoltà di Psicologia dell'Università dell'Habana, parla di "cambio storico dei paesi erogatori d'idee", prodotto dalla Revolución. Facendo riferimento ai professionisti *psi* della propria generazione Calviño dice:

Noi siamo come padri di famiglia, non abbiamo avuto formazione didattica eppure insegniamo, siamo passati dall'essere studenti all'essere docenti in un attimo: mangia questa minestra e via! Negli anni '70 si cominciava a leggere la letteratura scientifica sovietica, Vygotskij, Leont'ev. Così cominciammo per mano dei russi<sup>28</sup>

Ricostruire la storia della psicologia e della psichiatria cubana dopo la Revolución è un'operazione complessa. I testi disponibili, come quello presentato

---

<sup>27</sup> Ciò che però è centrale in Gramsci e conseguentemente in Basaglia e che non mi sembra di poter riscontrare nell'arena cubana e lo spazio di resistenza del quale secondo questi autori deve farsi carico l'opera dell'intellettuale, in quanto unico attore sociale che possa portare alla parola la classe subalterna.

<sup>28</sup> Calviño è molto conosciuto a Cuba e non solo dagli "addetti ai lavori", oltre ad essere psicologo e insegnare "Orientazione psicologica" all'Università dell'Habana, è anche l'autore e il protagonista di un programma televisivo "Vale la pena", una sorta di consigliere catodico.

in apertura, assumono il tono del manifesto d'intenti e non lasciano intravedere quella fitta rete di gesti, talvolta contraddittori, che accompagnano la formazione di metodi e correnti di pensiero. Il fatto stesso che Calviño parli di paesi "erogatori" di idee, restituendo con la metafora del riempirsi, dello sfamarsi per assorbimento, la formazione della psicologia cubana socialista, può rendere conto della difficoltà del descrivere ciò che è accaduto. Nelle interviste e nei colloqui informali ho sentito spesso parlare di una sorta di fuga degli psichiatri e psicoanalisti all'indomani del trionfo della Revolución che avrebbe messo il paese nella doppia empasse di essere senza professionisti della salute *psi* e senza docenti nelle cattedre delle università.

A questa stessa empasse fa riferimento Calviño nella sua lezione, salvo poi risolverla nell'affermazione «la prassi conoscitiva è caratterizzata dal tempo storico in cui si realizza» e proseguire dicendo:

L'esercizio professionale è mosso dalla *domanda della realtà*. Con domanda della realtà intendo ciò che realmente mi accade in una *consulta* [visita]: gente che deve affrontare situazioni difficili e non sa come fare, io non posso trattare con gli strumenti della psicoanalisi una signora che è triste perché sono trent'anni che vorrebbe possedere una casa con suo figlio e non può.

Per commentare il modo in cui lo psicologo cubano definisce la pratica psicanalitica inadatta ad affrontare la "domanda della realtà" posta in essere dall'utenza locale, vorrei provare a percorrere un tragitto lungo. Un tragitto che riprende le fila della storica querelle fra psicoanalisi e marxismo, per cercare di comprendere quanto nel contemporaneo rifiuto della psicoanalisi da parte del sistema sanitario cubano sia riferibile a ragioni storiche note e quanta parte sia da imputare a ciò che Calviño ha definito "domanda della realtà".

Il dibattito sull'adeguatezza delle caratteristiche ideologiche della psicoanalisi a una concezione marxista dell'individuo e della società iniziò negli anni venti, all'indomani della rivoluzione d'Ottobre. Nel 1921 in *Psicologia delle masse e analisi dell'io* Freud esprimeva le sue perplessità rispetto all'avvento del regime socialista: «Se, come oggi sembra accadere nel campo socialista, al posto del legame religioso subentrerà un legame collettivo diverso, ne deriverà, nei

confronti degli esterni, la medesima intolleranza verificatasi al tempo delle guerre di religione.»<sup>29</sup>

La perplessità era di certo reciproca e i dubbi di Freud sufficientemente fondati. All'inventore della psicoanalisi veniva rimproverato un eccessivo universalismo nella descrizione degli impulsi umani. Critica della quale prese parte anche l'antropologia, basti pensare al lavoro di Malinowski sulla relatività culturale del complesso d'Edipo<sup>30</sup>. L'impianto teorico freudiano, secondo i suoi delatori, riduceva il mondo psichico a forze innate che non tenevano sufficientemente conto del rapporto fra individuo e società. Proprio facendo riferimento al lavoro di Malinowski, William Reich sosteneva nel 1929, quando era ancora membro della Associazione Psicoanalitica Internazionale, che un possibile contributo della filosofia marxista alla psicoanalisi consistesse nel mostrare i processi attraverso cui una determinata società condiziona un determinato individuo. Reich faceva riferimento al passo VI della sua *Tesi su Feuerbach* di Marx, in cui il filosofo scriveva: «L'essenza umana non è qualcosa di astratto che sia immanente all'individuo singolo. Nella sua realtà essa è l'insieme dei rapporti sociali» (Marx, 1845).

Un passaggio centrale nello studio dei rapporti fra ideologia marxista e teoria freudiana è l'opera del filosofo russo Michail Bachtin. Teorico della letteratura conosciuto maggiormente per i suoi studi su Dostoevskij e Rabelais, Bachtin scrisse fra il 1927 e 1929 due saggi dedicati a questo argomento *Freudismo e Marxismo e filosofia del linguaggio*.<sup>31</sup>

Vicino al pensiero di Vygotskij (in particolare alla sua *Teoria della coscienza*), Bachtin mette in discussione il carattere di pretesa neutralità che la scienza psicologica ai suoi albori cerca di attribuirsi discutendo il contrasto fra "coscienza" e "inconscio" come un contrasto eminentemente ideologico. Scrive Bachtin:

L'inconscio è costituito da certe motivazioni ideologiche della coscienza che si oppongono a certe altre. Le une e le altre, come le ideologie organizzate,

---

<sup>29</sup> Id. in *Opere cit.* vol IX, p.288

<sup>30</sup> Faccio qui riferimento a *Sex and repression in savage society* (1927)

<sup>31</sup> Le due opere furono pubblicate a nome di Valentin Nikolaevic Volosinov, che fu un collaboratore di Bachtin in quegli anni, ma sono unanimemente attribuite a Bachtin.

ufficiali, le forme sovrastrutturali di una certa società, trovano la loro spiegazione nella struttura sociale dei rapporti di produzione (Bachtin, 1927 trad. It. 1977: 144).

Mentre nel pensiero di Reich si intravede l'influenza di Trockij, nella volontà di mettere in luce la portata rivoluzionaria dell'impianto psicoanalitico, Bachtin non mostra possibilità di conciliazione fra la teoria del materialismo storico-dialettico e la struttura dell'inconscio così come teorizzata da Freud e Lacan. Anche la relazione analista-paziente, che nel pensiero lacaniano rende maieuticamente possibile la produzione di conoscenza, è da intendere per il filosofo russo come una relazione non scindibile dal contesto storico-sociale che l'ha prodotta.

La querelle si risolse nella scomparsa del movimento psicoanalitico russo nei primi anni '30, attraverso quella che Etkind definisce la "caduta in disgrazia della psicanalisi", ovvero il progressivo allontanamento dell'élite al potere dai teorici del movimento (Etkind, 1994). La morte di Lenin e l'ascesa al potere di Stalin segnarono, infatti, la chiusura del dialogo dialettico intrattenuto dal primo bolscevismo con la psicoanalisi (Acanda, 1998).<sup>32</sup>

Il movimento psicoanalitico approda a Cuba negli stessi anni in cui si chiude la Società Psicoanalitica in Unione Sovietica, e giunge probabilmente attraverso un allievo di Alfred Adler della scuola psicoanalitica statunitense. Così racconta il dott. Baly:

Fu aperta una sorta di clinica psicoanalitica estiva per gli americani che venivano in vacanza. Se c'è un'influenza psicoanalitica nella nostra formazione non devi pensare alla psicoanalisi ortodossa, ma al lavoro di Erik Fromm e di Herry S. Sullivan.<sup>33</sup>

Fromm e Sullivan facevano parte di quella branca del "neofreudismo" che si sviluppò negli Stati Uniti all'indomani della Seconda Guerra Mondiale, e che proponeva un maggior ruolo dei fattori sociali nella formazione della personalità, pur rimanendo sostanzialmente all'interno di un'ottica psicoanalitica.

---

<sup>32</sup> Per una trattazione più esaustiva dei complessi legami fra Psicoanalisi e Russia socialista si veda il testo di Alexander M. Etkind, *How Psychoanalysis was received in Russia (1906-1936)*.

<sup>33</sup> Intervista a Isidoro Baly, giugno 2008, durante il turno di reperibilità notturna presso l'Ospedale Callixto Garcia, Habana

La psicoanalisi a Cuba sembra giungere con gli statunitensi e scomparire quasi completamente con loro nel 1959, ovvero quando l'isola vive quel "cambio nei paesi erogatori di idee" a cui eloquentemente fa riferimento Calviño. «I nostri psicanalisti, considerati per la maggior parte dei reazionari emigrarono in massa», mi dice Oscar, uno psicologo che lavora nel Centro di Orientamento Psicologico dell'Università dell'Habana.<sup>34</sup>

Nel 1962 nell'ambito della Riforma Universitaria operata dal governo castrista, l'insegnamento della psicoanalisi fu escluso dai curricula di psicologi e psichiatri. Testi attualmente in uso nell'accademia, come *Decadenza e caduta dell'impero Freudiano* di Hans J. Eysenck, psicologo di formazione anglosassone, mostrano la psicoanalisi come una teoria in "decadenza" dalla quale è possibile estrapolare alcune definizioni fondamentali come "inconscio" (Eysenck, 1985).

Dal trionfo della *Revolución* sono passati sessant'anni, la maggior parte della letteratura scientifica che fu vietata dal regime è stata lentamente reintegrata nei programmi universitari o quantomeno non è più sotto censura, e sarebbe riduttivo considerare l'attuale rifiuto della psicoanalisi e di molte altre correnti psicoterapeutiche esclusivamente come il frutto dell'avvento del socialismo. Così, ciò che propongo è di considerare il dibattito sull'inadeguatezza teorica della psicoanalisi in un contesto socialista come il motivo che portò il Governo Castrista ad escludere la psicoanalisi dai curricula universitari, ma non l'unica ragione dell'attuale esclusione di tale pratica terapeutica dall'offerta sanitaria contemporanea. Per analizzare tali ulteriori e contemporanee ragioni, vorrei servirmi della narrazione di un altro episodio della mia esperienza etnografica.

Nel maggio 2008, durante il mio secondo soggiorno di ricerca a l'Habana, ho partecipato ad un ciclo di conferenze organizzate da un gruppo di psichiatri e psicoanalisti francesi dal titolo *Freud, Lacan... et quelques autres, a Cuba*. Le conferenze, che sono state ospitate da due delle principali istituzioni cubane che operano nel campo della salute mentale (il Centro Comunitario di Salute Mentale dell'Habana Vieja, dove si è svolta gran parte della mia ricerca, e l'Ospedale Psichiatrico Nazionale), avevano il dichiarato scopo di riconciliare la psichiatria

---

<sup>34</sup> Intervista realizzata presso lo stesso il Centro di orientamento psicologico, nel giugno 2008.



cubana con la psicoanalisi. Le autorità del settore avevano accolto con ospitalità il gruppo francese, lasciando intendere che qualunque conflitto ideologico inerente all'opera di Freud era stato ormai accantonato.

In apertura della prima conferenza il dott. Váldes Mier, presidente dell'Associazione Cubana di Psichiatria, aveva, infatti, dichiarato: «Sono fiero che incontri come questo dimostrino che a Cuba non c'è spazio solo per una psichiatria marxista e ufficiale, ma che esistono aperture, ricerche studi, come in tutti i paesi sviluppati»<sup>35</sup>

Nonostante il beneplacito delle istituzioni, che certamente non può essere ritenuto del tutto scevro di retorica, durante i momenti dedicati al dibattito, psichiatri e psicologi cubani mostravano numerose perplessità sull'applicabilità del metodo psicoanalitico all'interno del loro sistema sanitario, e sull'efficacia della metodologia proposta dai francesi rispetto alle problematiche che i loro pazienti portano quotidianamente alle consulte.

La prima perplessità era legata alla differenza nella gestione dell'offerta sanitaria: nella pratica psicoanalitica il pagamento della seduta è parte della strategia terapeutica, ma il sistema sanitario nazionale cubano, come esposto nel precedente paragrafo, è completamente gratuito e non è consentito l'esercizio della professione medica privata. Proporre una sessione psicoanalitica gratuita renderebbe non solo ulteriormente complesso il vincolo terapeutico fra paziente e analista, ma anche la gestione della numerosa utenza dei centri di salute mentale e dei policlinici. «L'organizzazione di *Salud Pública* non permette una terapia individuale di anni» ho sentito più volte ribadire a Baly durante il suo lavoro *all'Hospital de Día*.

Una seconda e forse più interessante perplessità era legata alla pratica del lavoro svolto dagli psichiatri cubani. In un lungo intervento durante il dibattito della seconda giornata, il prof. Calzadilla, psichiatra anziano specializzato in problemi di dipendenze, affermò:

Vorrei parlare del rapporto fra particolare e generale. Ieri sono stato a casa di un paziente, cosa comune della psichiatria cubana. Ho visto dove vive, parlato

---

<sup>35</sup> 5 maggio 2008, discorso di apertura della conferenza "Freud, Lacan... et quelques autres, a Cuba", organizzata dall'Association Psychiatres du Monde, Havana 4-7 maggio 2008

con la sua famiglia. Ciò significa dare attenzione al particolare, per intendere non solo la clinica ma la persona concreta, questa è la lezione di Freud che è stata accolta dai cubani.

Della stessa tonalità l'intervento di un'altra psichiatra, la dott.ssa Amalia:

Il nostro lavoro è diverso da quello dei nostri colleghi francesi, io non mi occupo dei pazienti solo nell'ora che passano nella consulta. Io li visito nelle loro case, mi preoccupo di parlare con i loro datori di lavoro, li seguo nei loro problemi del quotidiano [*los problemas diario*].

E ancora, l'intervento della dottoressa Ida:

Bisogna vedere se parliamo di psichiatria del primo mondo o del terzo mondo, noi operiamo in questo mondo, che è un mondo pieno di contraddizioni. Bisogna analizzare la base concettuale del nostro lavoro: c'è una differenza fra interpretare ed intervenire socialmente.<sup>36</sup>

Vorrei soffermarmi sull'analisi di queste argomentazioni. E' certamente necessario precisare che a Cuba non esiste la divisione di competenze fra psichiatria e psicologia così come siamo abituati a pensarla in Europa. Sono gli psichiatri che si occupano di psicoterapia e che seguono anche i pazienti che non necessitano di cure farmacologiche. Fatta questa premessa risulta chiaro che non si può pensare a questo dialogo solo come al frutto di un conflitto disciplinare. Vi è una dichiarazione ricorsiva, che ho incontrato nella lezione di Calviño e nei frammenti di dibattito che ho riportato (come in molti altri colloqui informali durante tutta la durata della ricerca), circa l'impossibilità di affrontare le problematiche poste in essere dai pazienti cubani con gli strumenti della psicoanalisi. Ovvero fra quella che Calviño chiamava "domanda della realtà" e il modello psicoanalitico: l'impossibilità di affrontare i problemi del quotidiano attraverso l'analisi dell'inconscio. Quando la dottoressa Ida afferma che esiste una differenza fra "interpretare" e "intervenire socialmente", ella sta mettendo in evidenza una dicotomia molto netta fra la psicoanalisi intesa come ermeneutica, come teoria dell'interpretazione, e l'offerta sanitaria in campo psi intesa come politica della cura. Una dicotomia e una supposta impossibilità di ridurre la seconda nella prima.

---

<sup>36</sup>Dibattito conclusivo della terza giornata, 7 maggio 2008, Casa Victor Hugo, la Havana

Scrivendo il poeta francese Stéphane Mallarmé, con una frase che tanta sorte ha avuto in campo strutturalista, che «pensare è tirare un colpo di dadi», , ovvero che si pensa all'interno di una serie di combinazioni possibili. A una prima lettura si potrebbe attribuire questa argomentazione almeno in parte alla strutturazione dei servizi di *Salud Publica* all'interno dei quali i medici cubani si trovano ad operare. Per dirla con Mary Douglas, essi pensano all'interno delle istituzioni in cui vivono, la strutturazione dei servizi sanitari è infatti spesso criticata da medici e pazienti, ma non sostanzialmente messa in discussione, nemmeno in forma ipotetica (Douglas, 1970). Eppure mi sembra di poter sottolineare un'eccedenza, rispetto a questa modalità di analisi, quella giocata dal modo in cui gli psichiatri e in generale i terapeuti cubani sembrano immaginare il proprio ruolo all'interno della vita quotidiana dei loro pazienti. E' possibile, infatti, intravedere una tensione dialettica fra il mandato dello Stato allo psichiatra e la risposta che il professionista dà sul terreno delle pratiche.

La psicoanalisi configurandosi come un'azione terapeutica rivolta a pochi (clienti paganti) e non orizzontalmente alla società, rimarrebbe ingabbiata nella sua vocazione all'analisi senza produrre un'azione concreta. In questo discorso sembra possibile intravedere l'eco di un pensiero, che è proprio della psichiatria comunitaria, lo stesso Basaglia denuncia l'attitudine della psicoanalisi di occuparsi di desideri e non di bisogni.<sup>37</sup>

Il modello terapeutico proposto dagli psichiatri cubani, per contro, è un modello che parte dai bisogni, dalla "domanda della realtà", dalla necessità di fronteggiare le problematiche del quotidiano al fianco dei pazienti. Rendere gli individui più felici, come affermato dallo psicologo Calviño, potrebbe dunque significare intervenire, prendere parte alle loro difficoltà, preoccuparsi dei loro bisogni. Su questo principio si fonda il modello della psichiatria comunitaria, scelto dallo Stato Cubano contemporaneo.

---

<sup>37</sup> Per una trattazione più articolata del rapporto fra Basaglia e la Psicoanalisi, si veda Massimo Recalcati, *Lo snodo Sartre, Basaglia, Lacan*, in AA. VV. *Franco Basaglia e la filosofia del '900*, Atti del convegno omonimo, Milano, 10 dicembre 2008

*Psichiatria e istituzioni*

La Rivista Cubana di Medicina Militare nel 2003 nel saggio *Consideraciones historicas de la rehabilitacion comunitaria en psiquiatria*, definisce il modello psichiatrico cubano nei termini di psichiatria comunitaria. S'intende con tale termine l'utilizzazione di tecniche, metodi e teorie alternative al modello classico dell'istituzionalizzazione, per la ricerca e la soddisfazione della necessità di salute mentale della comunità (Ventura-Velasquez, e Moreno-Puebla, 2003).<sup>38</sup>

Gli psichiatri che firmano l'articolo proseguono chiarendo quale posizione filosofica, riguardo alla nozione di malattia mentale, sottende a questo progetto sanitario e politico. La psichiatria classica, che trovava nel manicomio la sua declinazione pratica, concepiva la malattia mentale come una malattia cronica, che richiedeva l'isolamento del paziente dal suo ambiente abituale, con un progetto che più che vere e proprie cure mediche prevedeva protezione e custodia. Facendo riferimento alla risoluzione 46/119 dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite<sup>39</sup>, che definisce i diritti umani dei pazienti con diagnosi psichiatrica e regola la responsabilità nella prescrizione di medicine e trattamenti, gli autori proseguono definendo il ruolo della comunità nella riabilitazione psichiatrica:

si rende necessario che il paziente viva in uno spazio normale, sviluppi le sue attività nella vita quotidiana, generi un riconoscimento che cambierà di forma sostanziale l'immagine interiorizzata del soggetto e modificherà le barriere mentali nel concreto e nel quotidiano. Il paziente non va dunque trattato come un oggetto da curare, ma come un soggetto impegnato in una crescita e uno sviluppo personale.<sup>40</sup>

Il concetto di psichiatria comunitaria è stato elaborato negli anni sessanta, e trova uno dei suoi maggiori esponenti teorici nello psichiatra italiano Franco Basaglia. Nel suo saggio *Un problema di psichiatria istituzionale*, Basaglia discute il problema antropologico e clinico dell'esclusione del malato mentale, ovvero «dell'escluso come uomo reso oggetto dall'altro e da sé» Ovvero di come le dinamiche dell'esclusione sociale siano strettamente legate ai processi di

---

<sup>38</sup> *Revista Cubana de Medicina Militar*, 2003; 32(3): 211-18

<sup>39</sup> *La protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la salud mental, Derechos Humanos y responsabilidad de los medicamentos*, Argentina 1998: 132-44

<sup>40</sup> *Revista Cubana de Medicina Militar*, 2003; 32(3): 211-18

riconoscimento e di appropriazione, dove l'uomo si trova ad escludere nell'altro ciò che non è riuscito ad incorporare e far proprio. (Basaglia, 1966, *ed. cit.* 2005: 47)<sup>41</sup>. Il malato mentale, in quanto rappresentante della deviazione dalla norma, di ciò che non è completamente comprensibile, di una soggettività paradossale, non può che essere estromesso da un rapporto dialettico con la società, e la sua esclusione è figura dell'espunzione della devianza stessa. «Il manicomio – scrive Basaglia – è nato storicamente per la difesa dei sani» (Basaglia, 1966).

In tal senso lavorare verso la costruzione di una psichiatria comunitaria significa innanzi tutto operare un'inversione dei termini. Non la semplice separazione fra sano e malato, fra normale e patologico, ma la possibilità di affrontare la presenza dialettica di tali elementi quanto all'interno della società, tanto all'interno del singolo essere umano. Promuovendo la chiusura dei manicomi come istituzioni, ovvero con il rientro quantomeno progettuale del malato nella società, si pensa ad una ristrutturazione dei servizi sanitari, che andrà sotto il nome di *psichiatria comunitaria*. Una capillarizzazione dell'assistenza che da una parte implica una maggiore presa in carico del malato da parte della società, e dall'altra una diversa presa in carico dello Stato nei confronti della cittadinanza.

Scrive Benedetto Saraceno definendo il progetto della *psichiatria comunitaria*:

La psichiatria potrà così evitare di ripercorrere la sua strada usuale, il sequestro sociale, per limitarsi a svolgere la sua funzione di formare, supervisionare e promuovere le attività della Medicina di base, relativamente alle questioni connesse alla salute mentale (Saraceno, B. 1987: 168).

Questo slittamento della presa in carico dal *malato/paziente* alla *persona*, per quanto risponda a un nodo gordiano com'è quello della difesa dei diritti umani delle persone con diagnosi psichiatrica, non può essere analizzato se non all'interno di un più generale cambiamento dei rapporti tra Stato e Individuo. Accettando quanto teorizzato da Michel Foucault quando sostiene che il successo e la capillare diffusione d'istituzioni come i manicomi e le carceri agli inizi dello

---

<sup>41</sup> Questo articolo compare per la prima volta nella Rivista Sperimentale di Freniatria XC (1966) fasc.6, il titolo completo è *Un problema di psichiatria istituzionale. L'esclusione come categoria socio-psichiatrica*

scorso secolo rivela la loro intrinseca aderenza a un più ampio progetto sociale.<sup>42</sup> Progetto che corrisponde in maniera ostensiva con la messa in atto di una serie di *costrizioni permanenti* che plasmano valori politici e che hanno come obiettivo ultimo una *docilità automatica* (Foucault, 1975 trad. It. 1976: 185)<sup>43</sup>. Potremmo parimenti considerare il processo di lento smantellamento dell'istituzione manicomiale e la progressiva integrazione della psichiatria nei programmi di salute pubblica come un segno di un parziale cambiamento di tale progetto sociale. Non si tratta più di *sorvegliare e punire*, quanto piuttosto di *gestire*.<sup>44</sup>

Abbiamo visto come Foucault abbia definito il *bio-potere* come una forma di potere che opera attraverso la *normazione* (esercizio della norma, come processo di produzione di distinzione fra *normale* e *anormale*) sull'individuo in quanto corpo, in quanto mera vitalità biologica. Questa modalità del potere di far presa sul corpo è ciò che secondo il filosofo francese sottende al processo di individualizzazione, ovvero della creazione attraverso i dispositivi (le istituzioni come le carceri e i manicomi) dell'incasellamento degli individui. (Foucault, 1976, trad. It. 2005)

Per gettare luce sulla nozione di “meccanismi del potere”, Foucault mostra tre possibili esempi della gestione della devianza. Il primo è un sistema a carattere binario in cui a un *reato* corrisponde in maniera diretta una *punizione*. Questo sistema si esercita su un dato territorio. Il secondo è un sistema quadripartitico che Foucault chiama *disciplinare*. In questo sistema il *reato* è contenuto dal

---

<sup>42</sup> Foucault scrive in *Poteri e Strategie*, 1994 (1978):36 «Ho tentato di mostrare come questi *decoupages*, questi rapporti di forza, queste istituzioni e tutta quella rete di potere avevano potuto formarsi a un dato momento. E a partire da che? A partire da quei processi economici e demografici che appaiono chiaramente a partire dal XVII secolo, quando il problema dei poveri, dei vagabondi, delle popolazioni fluttuanti, si pone a problema economico e politico, e si tenta di risolverli con tutta una serie di arsenali e di armi.»

<sup>43</sup> Per una più ampia trattazione di questo argomento si veda anche Foucault M. *La volontà di Sapere, Storia della Sessualità I*, 2005 (1976). In particolare nell'ultimo capitolo di questo celebre testo, Foucault tematizza il cambiamento dei rapporti di potere nello Stato Moderno nei termini di uno slittamento fra “potere sulla morte” (che fa riferimento diretto al diritto del sovrano di uccidere i suoi sudditi) al “potere sulla vita”: «un potere che si esercita positivamente sulla vita, che incomincia a gestirla a potenziarla, a moltiplicarla, a esercitare su di essa controlli precisi e regolazioni di insieme», p.121

<sup>44</sup> Non intendo qui adottare l'ottica dicotomica imbracciata da Gilles Deleuze (1990), che vede il paradigma del controllo come un abbandono e un superamento del paradigma disciplinare, ma piuttosto concordare con Judith Revel (2003) quando sostiene che esso è da intendersi piuttosto come un suo completamento storico.

*controllo*, e la *punizione* implica una *rieducazione* del punito. Questo sistema non ha più come sede il territorio bensì i corpi degli individui. Il terzo sistema è quello che Foucault definisce *dispositivo di sicurezza*, che complessifica il sistema quadripartitico precedente: «nel rapporto fra reato e punizione entrano in campo meccanismi statistici per il calcolo delle probabilità a delinquere e il calcolo costo/beneficio nella somministrazione della punizione» (Foucault, 1977-78, trad. It. 2005).

Questo sistema, comportando l'uso delle statistiche che necessitano per definizione di operare su un campione coeso, non si limita ad agire sui corpi degli individui di un determinato territorio, ma si esercita sull'insieme della popolazione. Ovvero questo sistema in qualche modo sancisce assieme alla norma la relazione che intercorre fra corpi e territorio. Seguendo il ragionamento del filosofo francese, quest'ultimo modello è quello della contemporaneità.

Foucault ci introduce così alla nozione di *governamentalità*, la quale indica in senso ampio l'elaborazione di specifiche procedure volte a «dirigere la condotta degli uomini: governo dei bambini, governo delle anime o delle coscienze, governo di una casa, di uno stato o di se stessi.» (Foucault, 1982)

Il passaggio dalla *società disciplinare* alla *società del controllo* corrisponde dunque al passaggio dalla creazione degli *individui* alla creazione delle *popolazioni*. Questo si rende storicamente necessario, seguendo il discorso del filosofo francese, nel momento in cui il potere ha bisogno di assicurarsi non già il dominio, ma la continuità della produttività. Attraverso il controllo il potere non garantisce solo l'aderenza dell'individuo alla norma, ma perimetra la sua produttività, gestisce la sua forza lavoro.

Qual è il posto della possibilità di azione di un individuo all'interno di questo quadro? Foucault aveva proposto una definizione di contropotere, all'interno della quale da una parte si giocano i meccanismi di resistenza e dall'altra si rende dialetticamente possibile l'esistenza del potere attraverso la sua negazione. Tuttavia, nella misura in cui il potere opera una presa sulla libertà degli individui esso paradossalmente produce anche effetti di libertà. Soggetto ed oggetto di tali effetti è la soggettività degli individui stessi, dove per soggettività si intende con Foucault una forma di *differenziazione permanente* (Foucault, 1978)

trad. It. 1994:41). Per incontrare lo spazio dell'azione, la soggettività dell'individuo, è necessario dunque secondo il filosofo cercare una dissimmetria all'interno di questo gioco dialettico che garantisce al potere il controllo. Dove si colloca tale dissimmetria? Qual è la sua forma?

Ciò che mi ha spinto a operare questa digressione sul pensiero Foucaultiano, è la necessità di abbozzare in forma di breve glossario alcuni termini che ritengo strumenti euristici utili all'analisi del contesto all'interno del quale ci stiamo muovendo. La poca letteratura scientifica sulla sanità cubana ha infatti analizzato l'impianto dei servizi sanitari come una forma di *governamentalità* esercitata dallo Stato sull'individuo, (Feinsilver, 1993; Brotherton, 2008)<sup>45</sup>. E' difficile confutare *in toto* questa tesi, e lo è a maggior ragione se pensiamo che stiamo comunque discutendo il vincolo fra popolazione e governo in uno Stato socialista. Anche rimanendo all'interno di un'ottica strettamente foucaultiana, dove si collocano le dissimmetrie? Quali sono gli spazi di azione degli attori sociali? Che ruolo ha il contatto sentimentale oltre che ideologico fra Stato e popolazione?

Ripensando la strutturazione della psichiatria sul territorio internazionale, la sua messa in crisi e successiva capillarizzazione, il modello foucaultiano si mostra certamente adeguato a un'analisi macrocontestuale. Eppure lo stesso filosofo ci mette in guardia dal cedere alla tentazione di considerare il discorso sul potere al di fuori di una prospettiva contestuale e storica: «il potere non è una cosa o un'entità, il potere è una pratica» (Foucault, 1978 trad. It. 1994:38). Ciò che vorrei fare è riflettere sulla specificità del contesto cubano, sui nodi in cui il discorso si inceppa, sulle sue contraddizioni, poiché lo ritengo può un esercizio interessante per ripensare la cassetta degli attrezzi in quel rimando costante fra mappa e territorio che si ritiene indispensabile all'analisi.

---

<sup>45</sup> Brotherton considera la presa in carico olistica di cui è fatto oggetto il cittadino, come uno strumento di governamentalità: la gratuità dell'offerta sanitaria diviene in questa ottica uno strumento di creazione di consenso al regime, la sua pervasività nelle pratiche del quotidiano una metodologia di controllo sociale. Julie Feinsilver si è occupata di discutere quale peso politico e simbolico sulla scena internazionale possa aver avuto la sfida lanciata da Fidel Castro di fare di Cuba una "potenza medica mondiale", mettendo in evidenza come indicatori come il tasso di mortalità infantile possano essere sfalsati da politiche interne abortiste.



Ciò che cercherò di fare nel testo, entrando nel dettaglio dell'esperienza etnografica così come si è svolta all'interno di un servizio di salute mentale, è dunque utilizzare le tracce esposte in questo capitolo, ed in generale nella prima parte del lavoro, come domande aperte, problemi attorno ai quali interrogare i dati raccolti.

## Nazionalizzare la diagnosi

A questo punto alla domanda “cos’è uno schizofrenico?” io posso rispondere con un’altra domanda “che cos’è un disoccupato?” dato che entrambi sono ciò in rapporto alla razionalità del potere. Si tratta allora, in entrambi i casi, di affrontare il problema della realtà. Il problema della nostra professionalità diventa allora vivere fra l’ideologia e l’utopia.

Franco Basaglia

Ho scelto di riportare in calce un frammento di un’intervista fatta a Franco Basaglia nel 1976 perché intendo accogliere l’idea che si possa analizzare la costruzione di una categoria nosografia come un atto politico. Definire cos’è uno schizofrenico non è un procedimento dissimile dal definire cos’è un disoccupato, poiché l’atto diagnostico non sfugge alla questione del rapporto fra l’individuo e la norma sociale, fra l’individuo e il potere. Ciò che suggerisce Basaglia, definendo l’elaborazione di una categoria diagnostica e il suo impiego come atto politico, è il bisogno di analizzare la malattia mentale non esclusivamente con gli strumenti euristici della psichiatria biomedica, ma con quelli delle scienze sociali, che ci invitano a considerare i giochi prospettici che coinvolgono attori sociali, poteri, istituzioni che entrano in campo nell’arena politica di ciò che possiamo chiamare con Parsons la costruzione del “ruolo” di malato (Parsons, 1951).

In questo capitolo s’intende analizzare il problema dell’adozione di una tassonomia nosografica nel campo della salute mentale da parte del sistema sanitario cubano e l’elaborazione delle diagnosi nel Centro di Salute Mentale Comunitario dove si è svolta gran parte della ricerca. Mi servirò di un excursus sulla costruzione delle categorie diagnostiche in psichiatria e sul dibattito che l’ha accompagnata nell’ambito delle scienze umane, per esplicitare la mia bibliografia di riferimento e inquadrare il contesto disciplinare in cui mi muovo. La psichiatria, infatti, può essere considerata essa stessa un campo d’indagine, se con campo s’intende con Bourdieu un oggetto non circoscritto da confini geografici, ma da confini determinati da interessi, valori condivisi, conoscenza e credenze (Bourdieu,

1977). Il confronto con il modello tassonomico dominante nel campo della salute mentale è utile poiché l'oggetto della mia interrogazione è in che modo la psichiatria cubana accolga o rifiuti i modelli diagnostici in utilizzo su scala globale, e quali componenti dell'arena politica ed economica abbiano costituito dei fattori rilevanti in queste scelte. Infatti, se si sceglie di guardare alla costruzione delle categorie diagnostiche e al loro utilizzo come ad atti politici, risulta rilevante interrogarsi su di essi e sulla rappresentazione della relazione fra individuo e Stato che da questi stessi deriva.

*Note sull'adozione di un sistema diagnostico unificato: il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

Il problema dell'elaborazione di un sistema tassonomico universale ha attraversato la storia della psichiatria producendo controversie che non riguardano solo i modelli d'esportazione di tali sistemi dai *centri* alle *periferie*, ma la stessa oggettiva possibilità di classificare i disordini mentali in mancanza di quelle evidenze somatiche su cui basa l'impianto filosofico della biomedicina. Uno dei più celebri e adottati sistemi tassonomici, tramite il quale si è provato a mettere ordine nel discorso psichiatrico, è il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) elaborato dalla Società Psichiatrica Americana. La prima versione del DSM è stata pubblicata nel 1952 ed è stata rapidamente adottata nel contesto internazionale, mentre è attualmente in uso la revisione della quarta versione (DSM-4-TR).

L'elaborazione del DSM e il suo successo, fino ai giorni nostri, riposano su un cambiamento della concezione della malattia mentale che aveva portato, nel corso di poco più di mezzo secolo, dall'idea che la psichiatria potesse cercare nella fisiognomica le evidenze dei disturbi mentali, alla possibilità di guardare al cervello umano come qualunque altro organo attraverso l'invenzione della TAC e di altre tecnologie simili.

Con la nascita della clinica, come argomentato da Foucault, mentre lo sguardo medico penetra nel corpo, la psichiatria è costretta a rimanere in superficie e

mappare il corpo e in particolare il viso, come fenotipo di una predisposizione interiore (Foucault, 1972 *trad. it.* 1998). Così i ritratti Lombrosiani restituiscono una maschera tragica del folle, una maschera che mima nella propria disarmonica espressione il proprio disagio interiore. Le cartelle cliniche del primo novecento offrono, infatti, un apparato iconografico denso in cui l'immagine della malattia può essere catturata quanto dalla penna dello psichiatra tanto dall'obiettivo del fotografo.

Con Freud e la nascita della psicoanalisi, alla priorità assegnata allo sguardo si sostituisce la pratica dell'ascolto. La parola del paziente indagata dall'analista diventa immagine non già di un cervello, ovvero di un organo composto di muscoli e tessuti, ma di una mente, un'istanza morale, «uno spazio dov'erano sovrapposti o incisi i sedimenti delle relazioni familiari e umane e forse anche quelli dell'esistenza collettiva della società» (Rose, 2007 *trad. it.* 2008: 307).

Se l'impresa classificatoria del DSM ha come scopo la standardizzazione della nosologia psichiatrica, è con la pubblicazione del DSM III nel 1979, che questa standardizzazione assume il principio aristotelico dell'inclusione/esclusione per la costruzione di un sistema diagnostico. L'ideale di un pluralismo psichiatrico, mutuata dall'opera dello psichiatra tedesco Emile Kraepelin<sup>46</sup> legittima la possibilità di costruire un impianto tassonomico in psichiatria fondato sulla comparazione di casi clinici al fine di identificare cluster di sintomi. In mancanza di evidenze empiriche, il giudizio medico dovrebbe dunque avvalersi di una teoria eziologica. La proposta di Kraepelin era quella di costruire una semiotica del disturbo, nella quale i sintomi rappresentano un sistema di significati permanente. Seguendo tale logica era possibile creare delle classi di sintomi che codificassero, messi a sistema, un determinato disturbo. Utilizzando il criterio dell'inclusione/esclusione del sintomo denunciato dal paziente nella classe, se ne sarebbe potuto così determinare il diagnostico. Seguendo questo criterio era possibile, secondo lo psichiatra tedesco, giungere a delineare i processi

---

<sup>46</sup> Nel primo ventennio del '900 l'approccio di Kraepelin, (1856-1926) godeva, nell'ambito accademico nord-americano, di una certa popolarità, depauperata dalla socializzazione scientifica delle teorie di Freud, che attribuivano al sintomo una rilevanza marginale, concentrando l'attenzione sulla costruzione della relazione discorsiva fra paziente e terapeuta.

psicopatologici fino a ottenere il quadro relativamente stabile di una sindrome. (Young, A. 1995: 95-96)

La riscoperta dell'opera dello psichiatra tedesco avvenne in seguito ad una serie di sviluppi tecnologici e neuro-chimici che hanno avuto un effetto immediato sulla pratica clinica. Gli sviluppi della neuroanatomia a partire dagli anni trenta, infatti, avevano riportato l'attenzione dalla mente al cervello, con l'introduzione di nuove tecnologie come la tomografia computerizzata (TAC) negli anni settanta e la tomografia con emissione di positroni (PET) negli anni ottanta. Queste tecnologie permettevano di osservare il cervello come organo vivente e non più solo nelle sperimentazioni sui tavoli dell'obitorio, concorrendo così allo sviluppo della ricerca psichiatrica nella direzione della sperimentazione chimico-fisica. La ricerca delle immagini della malattia all'interno di un organo osservabile, restituisce alla psichiatria il suo volto biomedico e rende possibile quella parcellizzazione della nosografia che è alla base di qualunque sistema tassonomico.

Accanto all'introduzione di nuove tecnologie e conseguentemente a essa, la ricerca farmacologica ha contribuito a cambiare il volto della psichiatria, e *in primis* il suo apparato diagnostico. La sperimentazione neurochimica, infatti, con l'introduzione degli psicofarmaci nell'orizzonte delle terapie ha gettato quello che David Healy ha definito «un ponte fra comportamento e neurochimica» (Healy, 2002: 106).

L'interazione fra il campo delle terapie, la ricerca nel campo farmacologico e l'enorme mole d'interessi politico-economici che gravitano attorno ad essa, ha causato, in particolare negli ultimi trent'anni, un appiattimento delle tassonomie psichiatriche al biologismo, producendo come conseguenza una medicalizzazione del disagio mentale ed emotivo che vede l'utilizzo del farmaco rivolto al sintomo come a un bersaglio (Eherenberg, 1998; Haxaire, 1999; Healy, 2004; Lakoff, 2005; Rose, 2007).

Un esempio emblematico di come la nascita della sperimentazione neurochimica e la sua influenza sugli interessi economici su scala globale abbia influito nella costruzione del procedimento diagnostico, può essere tratto da un recente studio del sociologo anglosassone Nikolas Rose. Rose analizza la commercializzazione del Paxil, tranquillante introdotto sul mercato statunitense

nel 2001 come risposta al disturbo generalizzato d'ansia (DAG). Il dato d'interesse, scrive il sociologo, è che la pubblicità del Paxil non sembrava commercializzare il farmaco quanto piuttosto la malattia stessa. Gli spazi commerciali erano, infatti, diretti al consumatore e suggeriscono alle persone come "riconoscere" le proprie ansie e angosce.

Il disturbo mentale diviene così qualcosa di riconoscibile attraverso non già un iter di cura, ma un autoesame del cittadino/consumatore; ed inoltre qualcosa di rimuovibile attraverso l'utilizzo del farmaco. Una volta riconosciuto il disturbo, la sua rimozione ad opera del farmaco appare un procedimento meccanico, attraverso il quale l'individuo liberato può finalmente «riavere indietro se stesso» (Rose, 2007, *trad. it.* 2008: 332). Il governo americano ammettendo una pubblicità diretta al consumatore anche per i farmaci che necessitano prescrizione medica sembra, secondo il sociologo inglese, mettere in vendita le malattie. Le campagne dirette all'acquisizione di consapevolezza rispetto alla propria sintomatologia e che individuano nel farmaco una risposta diretta e in qualche modo "facile" per ripristinare il proprio stato di benessere creano quella che Rose chiama una nuova cittadinanza neurochimica. Così, scrive Rose, «le nuove tecnologie farmaceutiche e psichiatriche per il governo dell'anima obbligano l'individuo a dedicarsi a una costante gestione del rischio, a sottoporre a un permanente vaglio umore, emozioni e cognizioni in un sempre più raffinato processo di auto-analisi» (Rose, 2007 *trad. it.* 2008: 336).

Il peso politico ed economico della ricerca farmacologica, e della commercializzazione dei farmaci, avrebbe causato, dunque, secondo studiosi come Rose, non solo un cambiamento nella fruizione degli stessi, ma anche e soprattutto un cambiamento nelle categorie nosografiche, trasformate in cluster di sintomi che rappresenterebbero bersagli per la terapia farmacologica. Se la prima edizione del DSM legge ancora la malattia mentale all'interno di una tensione dialettica con l'intorno socio-politico del paziente, e la seconda rimane legata a un vocabolario di tipo psicoanalitico, il DSM III, che entra nelle Facoltà di Psichiatria come materia obbligatoria nei primi anni '80, individua più di 150 diversi quadri patologici, e il

DSM IV, pubblicato nel 1994 contiene già 350 differenti sindromi, distinte attraverso cluster di sintomi.<sup>47</sup>

La versione del DSM attualmente in uso è la revisione della quarta edizione, DSM IV-TR, che presenta nella sua struttura un approccio multi assiale al disturbo psichiatrico. Con modello multi-assiale s'intende un inquadramento diagnostico su cinque assi, che pertengono alle cinque diverse dimensioni attraverso le quali sarebbe comprensibile e classificabile il disagio mentale. Il primo asse descrive le sindromi cliniche; il secondo i cosiddetti disturbi di personalità e dello sviluppo; il terzo i disturbi fisici, il quarto e il quinto possono essere considerati assi non strettamente diagnostici in cui si tenta di imbrigliare in una griglia informativa i problemi psico-sociali e ambientali e il funzionamento globale dell'individuo rispetto alla sua occupazione lavorativa, alla sua rete sociale e al suo intorno familiare. (Peirone e Zendri, 1999: 192)

L'organizzazione Mondiale per la Sanità (OMS) aveva elaborato un suo proprio sistema diagnostico nel 1948 che comprendeva i disturbi psichiatrici, chiamato *International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death* (ICD)<sup>48</sup>. L'ultima versione del suddetto manuale, l'ICD 10, nel suo apparato psichiatrico<sup>49</sup>, ricalca sostanzialmente la tassonomia proposta dal DSM 4-tr, al punto da non essere considerato nel dibattito scientifico internazionale un'alternativa dialettica al manuale della Società Psichiatrica Americana. I codici e i termini forniti dal DSM-IV-TR sono, infatti, completamente compatibili con quelli dell'ICD-10 (Peirone e Zendri, 1999). Malgrado le numerose critiche e gli accessi dibattiti che si sono scatenati attorno al suo utilizzo, il DSM rimane il manuale universalmente adottato nel diagnostico psichiatrico su scala globale.

---

<sup>47</sup>L'edizione attualmente in uso in Italia è la revisione di questa edizione, il DSM IV r, mentre negli Usa è in lavorazione dal 2002 il DSM V, nel quale cominciano ad intravedersi i segni delle critiche all'esclusività dell'approccio biomedico nel campo dell'eziologia psichiatrica e si propone uno sguardo più attento alle connessioni fra diagnosi e questioni di ordine socio-politico. [Rose, N. 2008; trad. it. 2009: 325]

<sup>48</sup> *Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie e dei Problemi relazionati con la Salute*, in italiano. In Italia è conosciuto con la sigla anglosassone ICD, mentre a Cuba, come vedremo, è nominato con la sigla neo-latina CIE.

<sup>49</sup>La classificazione internazionale dell'OMS è stata sottoscritta da 43 nazioni nel 1990, ma è entrata in uso solo nel 1994, la parte a cui facciamo riferimento è il V volume, *Mental and behavioural disorders*.

*Per una tassonomia nazionale*

Il manuale diagnostico attualmente in uso a Cuba è il *Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría* (GC-3) ovvero la traduzione, elaborata nel 2001, della decima versione del manuale diagnostico (ICD-10), pubblicato dall'OMS<sup>50</sup> nel 1992, arricchita da un "glossario cubano" che dovrebbe costituire, secondo i suoi autori, un adattamento alla realtà nazionale del modello multi-assiale dell'OMS. (Otero Ojeda, 2002)

Il fatto che si tratti di una traduzione dell'ICD e non del DSM è dichiarato dagli autori del manuale diagnostico nella sua introduzione, sembra ricalcare i propositi politici che guidarono la Revolución, rimarcando la volontà di indipendenza politica quanto intellettuale da un "tutorato sovra protettivo" degli Stati Uniti. Nel motivare il rifiuto di adottare il DSM, scrive lo psichiatra cubano Carlo Acosta, uno degli autori del GC-3, nell'introduzione alla terza edizione del glossario:

Non si tratta di rifiutare le innovazioni che i paesi più sviluppati possono apportare, quanto di fare la dovuta attenzione per evitare che un tutorato sovra protettivo sterilizzi e deformi lo sviluppo che deve trovare la sua precipua strada nel contesto economico e sociale corrispondente a ciascuna nazione [GC-3, introduzione].

La rinuncia operata dalla Repubblica Cubana al protettorato americano, non si limiterebbe a investire le scelte che riguardano l'organizzazione socio-politica dell'isola, ma sembrerebbe piuttosto investire, almeno dal punto di vista della rappresentazione retorica, anche le scelte che riguardano il campo scientifico. Se si accetta quanto sostenuto in precedenza, ovvero che la differenza fra il manuale diagnostico elaborato dall'OMS nella sua forma attuale non differisce essenzialmente dal punto di vista scientifico, quanto dal punto di vista simbolico, essendo il secondo stato elaborato dalla società psichiatrica statunitense, è

---

<sup>50</sup> Più ricorrente è la sigla anglosassone ICD, ma si riporta quella in uso nella letteratura scientifica cubana.



interessante notare l'enfasi posta sulla scelta di uno piuttosto che dell'altro sistema tassonomico.

L'antropologo americano Arthur Kleinman, ha messo in evidenza come la rilocalizzazione delle teorie psichiatriche comporti spesso una loro indigenizzazione, dove con questo termine si intende una tensione di adattamento ai modelli epistemologici locali, siano essi legati a sistemi filosofici differenti o a pratiche di ordine folklorico. (Kleinman, 1980)

Nel caso della costruzione del sistema tassonomico della psichiatria cubana, coloro che costruiscono la classificazione sembrano rivendicare una componente basata sullo Stato-Nazione, che sottolinea la volontà di uno sviluppo interno di una psichiatria nazionale. E', infatti, interessante osservare come, nell'adozione di un sistema tassonomico, la vulgata ufficiale cubana basi le proprie scelte sull'affermazione dell'autonomia intellettuale locale proprio sulla specificità del sistema filosofico, l'impianto marxista del sistema sociale, collocando il proprio spazio di riflessione all'interno di un dibattito di ordine critico e in qualche modo antropologico.

Così prosegue il dott. Acosta nella sua introduzione: «il DSM crea una serie di distinzioni rigide, più adeguate alla promozione di determinati prodotti commerciali, che all'interpretazione del dramma umano del paziente.» L'esplicito riferimento dell'autore è al testo, a cura di Horacio Fabregas J. R. e Arthur Kleinman *Culture and Psychiatric Diagnosis: a DSM IV perspective*, pubblicato nel 1996, e citato da Acosta nella nota bibliografica alla sua affermazione (GC-3, p.3)<sup>51</sup>. Lo psichiatra sottolinea inoltre nelle stesse pagine il ruolo guida che Cuba all'interno dei suoi percorsi di rielaborazione delle tassonomie potrebbe svolgere nell'evoluzione delle medesime nello scenario dell'America Latina.

La postura retorica del testo sembra quella di un rifiuto della posizione di *periferia* rispetto al dibattito scientifico in campo psichiatrico e l'assunzione di un'identità di paese erogatore, più che fruitore di idee. Ciò risulta in linea con le dichiarazioni di Fidel Castro rispetto all'idea di fare di Cuba una "potenza medica

---

<sup>51</sup> E' inoltre interessante notare come gli autori del Manuale Cubano facciano riferimento al testo di Fabregas e Kleinman (con il suo titolo in inglese), citando solo il nome del primo, antropologo di origine latinoamericana, e tacendo il nome del secondo, antropologo statunitense.

mondiale” (dichiarazione del 1989), e con le politiche assistenzialiste di carattere sanitario che il Governo ha messo in campo non solo in molti paesi dell’Alleanza Bolivariana per le Americhe (ALBA),<sup>52</sup> come Nicaragua e Venezuela, ma anche in alcuni paesi africani.

La questione delle tassonomie, così risolta sul piano teorico dalla vulgata ufficiale, acquista un carattere di complessità quando si osservano le prassi, ovvero le situazioni in cui viene operato il diagnostico psichiatrico. Durante le interviste con psichiatri cubani con cui ho avuto modo di parlare, rispetto al tema del sistema diagnostico adottato, mi fu descritta una sorta di doppia procedura: i pazienti venivano classificati sulle cartelle cliniche seguendo la classificazione nosografica del manuale locale, ma nel caso dovessero affrontare una cura di carattere farmacologico, sul retro della prescrizione era riportata la diagnosi secondo la classificazione del DSM-IV-TR:

Qui operiamo una doppia diagnosi una secondo la classificazione del GC-3 che riportiamo nelle cartelle cliniche e che serve per elaborare le statistiche su cui poi si basano gli studi epidemiologici in materia, e poi una seconda diagnosi, secondo il DSM IV-tr, che serve ai nostri pazienti a reperire farmaci nel mercato straniero.<sup>53</sup>

Come precedentemente dichiarato, la corrispondenza effettiva fra la tassonomia dell’ICD-10 e quella del DSM-4-TR rende possibile il passaggio dall’uno all’altro sistema diagnostico senza particolari difficoltà di traduzione. Alla luce della verifica della prassi terapeutica la scelta di non adottare il sistema diagnostico statunitense e di utilizzarne uno nazionale rimane interessante dal punto di vista dell’analisi del modo in cui il Sistema Sanitario Nazionale Cubano

---

<sup>52</sup> L’Alleanza Bolivariana per le Americhe (ALBA) (in spagnolo: *Alianza Bolivariana para América Latina y el Caribe*) è un progetto di cooperazione politica, sociale ed economica tra i paesi dell’America Latina ed i paesi caraibici, promossa dal Venezuela e da Cuba in alternativa (da cui il nome) all’Area per il libero commercio delle Americhe (ALCA) voluta dagli Stati Uniti. L’aggettivo “bolivariana” si riferisce al generale Simon Bolivar, l’eroe della liberazione di diversi paesi sudamericani dal colonialismo spagnolo. I paesi firmatari sono: Venezuela, Cuba, Bolivia, Ecuador, Nicaragua e Repubblica Dominicana. Fonte, il sito ufficiale dell’ALBA: <http://www.alternativabolivariana.org/index.php>

<sup>53</sup> Colloquio tenutosi nell’ottobre 2009 presso il policlinico Tomar Romay, con la psichiatra Maria Reina.

abbia scelto di rappresentare se stesso come “libero dal protettorato americano”, come esplicitato da Acosta (Acosta, 2001).

Sul piano della relazione fra diagnosi e terapia però la situazione risulta più complessa. Gli psicofarmaci a disposizione del mercato cubano si riducono a neurolettici di prima generazione, benzodiazepine e antidepressivi come l’*amitritilina*, ovvero a farmaci che essendo stati ormai sostituiti da omologhi più complessi sul mercato internazionale possono essere prodotti senza pagare i diritti di produzione alle Big Pharm. Così durante la prescrizione di un farmaco la domanda univocamente espressa dai medici ai propri pazienti è «*tienes alguien al exterior?*», letteralmente «ha qualcuno all'estero?». Se la risposta a questa domanda è affermativa accanto alla ricetta medica destinata alle farmacie locali, viene consegnata al paziente una lista di farmaci omologhi reperibili all'estero con la “traduzione” del diagnostico secondo la classificazione del DSM IV-TR. Questa procedura permette ai pazienti che ne hanno la possibilità (statisticamente molti, nella mia esperienza personale nel sistema sanitario cubano, sono pochissime le volte in cui ho sentito risposte negative a questa domanda) di acquisire farmaci con meno controindicazioni d’uso<sup>54</sup> rispetto a quelli circolanti sul mercato locale. Alcuni di questi farmaci stranieri sono distribuiti a Cuba nelle “farmacie per turisti”, chiamate dai cubani “farmacie in dollari”, che si trovano nei maggiori alberghi, ma i loro prezzi ne rendono difficile l’acquisto se non appunto tramite una “sponsorizzazione” dall'estero.

Facendo riferimento al dibattito teorico sulla costruzione delle tassonomie psichiatriche citato in precedenza, se prendiamo in esame la critica espressa da molta produzione scientifica, che valuta la possibilità di considerare biunivoco il rapporto esistente nei paesi occidentali fra il mercato degli psicofarmaci e la “produzione” di disturbi mentali, il caso cubano ci pone un interessante interrogativo. Accettando le tesi di questi autori, secondo i quali il farmaco gioca

---

<sup>54</sup> I neurolettici di prima generazione hanno un alto grado di controindicazioni d’uso. Essi, infatti, vanno generalmente a interferire con altre vie dopaminergiche generando così due particolari sindromi, chiamate: *sindrome neurolettica* e *sindrome extrapiramidale*. Nella prima si verifica la riduzione di movimenti spontanei, con riflessi spinali che rimangono comunque intatti; la seconda consiste in sintomatologie simili al morbo di Parkinson caratterizzate quindi da tremori, bradicinesia e rigidità (Humphrey, Rang, Dale, Ritter, 2008).

un ruolo strategico all'interno non solo della costruzione delle categorie nosografiche ma come regolatore dei rapporti sociali (Eheremberg, 1998; Haxaire, 1999; Healy, 2004; Lakoff, 2005; Rose, 2007), possiamo analizzare il caso cubano ragionando in un'ottica comparativa rispetto alla parziale negazione di tali processi. Se, infatti, consideriamo la diagnosi non solo come un gesto terapeutico ma come un atto politico, è necessario domandarsi come possa articolarsi il rapporto fra diagnosi e terapia all'interno di un sistema che non risponde alle regole del mercato.

Ho creduto opportuno parlare di commercio informale di psicofarmaci per chiarire che non sono i farmaci a non essere penetrati nella pratica terapeutica cubana, quanto la loro presenza al tavolo della costruzione dei quadri sintomatologici. Ciò che sostengo è che, a differenza dei paesi nei quali le case farmaceutiche posseggono un peso economico tale da poter influire non solo nella ricerca scientifica sulle terapie ma anche nella produzione delle stesse categorie diagnostiche, Cuba abbia compiuto una doppia operazione. Da una parte la necessità da parte dei medici di prescrivere farmaci difficilmente reperibili nel mercato nazionale ha prodotto una flessibilità diagnostica che prevede, come mostrato, una doppia diagnosi. Dall'altra questa stessa flessibilità diagnostica ha alleggerito il peso delle categorie nosografiche e dell'assegnazione della diagnosi all'interno del percorso terapeutico.

#### *Diagnosi e terapia: una relazione complessa*

Durante il mio periodo di ricerca presso il Centro di Salute Mentale dell'Habana Vieja, mi è stato possibile osservare come in alcuni casi l'elaborazione di un quadro diagnostico fosse ritenuto un passaggio non di fondamentale importanza rispetto alla costruzione di un percorso di cura<sup>55</sup>. Vorrei riportare qui di seguito un frammento di diario di una delle giornate di osservazione delle interviste che determinavano l'accesso dei pazienti al percorso psicoterapeutico offerto nell'*Hospital de Día*, per ragionare su questa dinamica.

---

<sup>55</sup> Le diagnosi vengono invece effettuate per i casi istituzionalizzati nell'Ospedale Psichiatrico. A ciò fa riferimento l'intervista precedentemente riportata.

Entra il paziente successivo. E' un medico, tutta la sua famiglia si trova fuori da Cuba e lui sta aspettando che lo *liberino* [tradotto letteralmente: che lo lascino uscire]<sup>56</sup> e lo lascino raggiungere i suoi famigliari, e racconta di sé come in preda a una profonda depressione dovuta a questa solitudine. Baly (lo psichiatra) comincia a ragionare con i suoi collaboratori – di fronte al paziente – dicendo che non “bisogna considerare i pazienti sempre pazienti”, dice che quello che il medico ha è una naturale tristezza, non una malattia, ma che se il paziente lo desidera lo farà ugualmente entrare in *Hospital de Día*, perché la sua tristezza non si trasformi in una malattia e per aiutarlo a tollerare questi tre anni in maniera più costruttiva. Poi rivolto a me spiega che in questi casi lo psichiatra deve farsi carico della “falta della ley” (le mancanze della legge) che impedisce al medico di raggiungere la sua famiglia. Dice che devono aiutarlo a costruire un progetto di vita per i prossimi anni, poi, scherzando, che devono fare attenzione che questo progetto di vita non gli piaccia così tanto da cambiare i suoi programmi. Poi comincia a discutere con il paziente delle paure che lo attanagliano rispetto all’attesa. «Lei non è depresso –conclude Baly- è solo molto triste, ma nella sua situazione chi non lo sarebbe?»<sup>57</sup>

Il frammento di diario riportato descrive un primo colloquio per la determinazione dell’accesso all’*Hospital de día*. Baly invita la sua equipe a “non considerare il paziente un paziente”, dove con ciò intende a non cedere al bisogno di elaborare un diagnostico che preveda l’iscrizione forzata del soggetto all’interno delle categorie nosografiche, locali o straniere che siano. L’invito è reso esplicito nella maniera in cui si sottolinea che ciò che affligge il soggetto non è categorizzabile come una forma depressiva quanto come una condizione di tristezza determinata da avverse circostanze materiali, come la lontananza dalla famiglia.

Nel suo testo *Il normale e il patologico*, Georges Canguilhem distingue due distinti modelli euristici per considerare la malattia mentale, e definisce il primo ontologico e il secondo dinamico. Il modello ontologico ha per il filosofo un

---

<sup>56</sup>*Salir del Pais* è la formula tipica che si utilizza a Cuba per indicare il permesso di uscita per il raggiungimento di un caro che vive all’estero. Mentre il verbo *liberar* è utilizzato esclusivamente per coloro che, come i medici, devono ottenere il permesso di abbandonare temporaneamente il proprio lavoro a scopo di viaggio. L’organizzazione dello Stato cubano prevede che i cittadini per lasciare il proprio paese, seppure per brevi periodi, debbano partecipare a complesse pratiche di ricongiungimento familiare, che sogliono divenire particolarmente farraginose se il cittadino occupa una posizione lavorativa che è ritenuta di difficile sostituzione, come ad esempio è la professione medica. La condizione di attesa dei documenti per l’espatrio momentaneo, che in certi casi può richiedere anni, è una condizione comune a Cuba e come vedremo non raramente medicalizzata.

<sup>57</sup> 24 febbraio 2009. Consulta di valutazione d’ingresso per l’*Hospital de día*

carattere localizzazionista, prevede, infatti, la possibilità di definire la malattia come Altro rispetto al soggetto malato, una sorta di processo difettoso ma separabile, che può essere trattato nella cooperazione fra paziente e medico come oggetto terzo alla relazione. Il modello dinamico vedrebbe altresì la malattia mentale come un modello psichico che non rende possibile distinguere la malattia dal soggetto. Secondo questo modello non è la malattia l'oggetto della clinica, ma il malato. (Canguilhem, 1975, *trad. it.* 1998)

Nell'esempio tratto dal testo di Rose, e descritto nel precedente paragrafo, potremmo definire ontologico il modello d'interazione fra diagnosi e terapia. Il disturbo è individuato come un oggetto terzo, esterno, che impedisce appunto all'individuo di "essere se stesso". In quanto oggetto terzo il disturbo è rimuovibile attraverso l'impiego meccanico della terapia, nel caso del Paxil la somministrazione del farmaco.

Nel caso descritto nella narrazione etnografica, non viene operato invece un diagnostico, eppure all'individuo è ugualmente proposto di prendere parte ad un iter di cura. Il modello del rapporto diagnosi-terapia potrebbe essere perciò individuato nella terminologia di Canguilhem come dinamico. Poiché l'oggetto della presa in carico non è la malattia, ma il malato, la mancata produzione di una diagnosi psichiatrica non impedisce al medico di farsi carico della sofferenza del soggetto: non è necessario che il paziente sia considerato paziente e che la tristezza sia considerata depressione perché le problematiche di una determinata persona rientrino nelle responsabilità dello psichiatra. In questo senso, dichiara Baly, lo psichiatra in questi casi deve farsi carico delle mancanze della legge, ovvero aiutare un individuo a convivere con le proprie difficoltà materiali di modo che queste non producano disordini psichici.

Per argomentare la mia ipotesi, vorrei riportare un altro episodio tratto dalla mia esperienza di ricerca presso l'*Hospital de día*. Durante una sessione di psicoterapia le lacrime di una giovane paziente, rimasta orfana e costretta da circostanze materiali a convivere con la matrigna e l'anziano zio, avevano suscitato l'empatia di alcuni degli altri pazienti che avevano così preso a consigliare la

ragazza rispetto alla possibilità di permutare<sup>58</sup> la casa e liberarsi, se non dello zio, almeno della matrigna. Il dott. Baly interrompendo bruscamente il vociare del gruppo aveva esclamato:

Non siamo qui per discutere di economia e di case da permutare, *(poi rivolto alla paziente in lacrime)* tu non sei qui per risolvere i problemi della tua matrigna, sei qui per apprendere a vivere con i tuoi problemi. Il mio lavoro con questa ragazza è aiutarla ad apprendere a vivere! Io non le posso risolvere il problema della casa, questo non lo posso risolvere in *Salud Publica*, questo non lo posso risolvere a Cuba! Il mio lavoro non è discutere questioni legali, il mio lavoro è comprendere cosa succede a un essere umano<sup>59</sup>.

In questo frammento, come nel caso del paziente triste, è emblematico come il piano delle problematiche materiali attraversi l'attività psicoterapeutica rendendo labile il confine fra percorsi di cura e percorsi educativi. Il medico non può pensare al paziente esclusivamente nei termini di un sistema diagnostico, prescindendo dall'analisi delle sue problematiche di carattere materiale, ma non può neppure convertirsi in un amico, che dispensa consigli pratici per la risoluzione dei problemi. Il suo obiettivo è dunque, imbracciando un'ottica lucida nei confronti della realtà sociale dei soggetti in terapia, insegnare loro a convivere con le proprie problematiche, ad assumere una postura che renda possibile la sopravvivenza della loro struttura psichica.

### *Nosografia e diagnosi*

L'antropologa anglosassone Vieda Skultans, per analizzare criticamente l'introduzione del sistema diagnostico del DSM IV e delle terapie psicofarmacologiche prodotte dal mercato statunitense nelle cliniche di Riga (Lettonia) all'indomani della caduta del blocco sovietico, utilizza come strumento

---

<sup>58</sup> Permutare una casa si riferisce al fatto che a Cuba, poiché lo Stato amministra la distribuzione degli immobili, è vietata la compravendita degli stessi da parte dei privati. E' però concesso ai cittadini di permutare la propria abitazione per un'altra, a patto di incontrare qualcuno cui interessi lo scambio. Le richieste di permuta sono annunciate nei telegiornali e affisse nelle bacheche delle sedi municipali dei *Consejos Populares*.

<sup>59</sup> Sessione di psicoterapia di gruppo, 30 novembre 2009, *Hospital de día*

euristico il modello del *looping effect* proposto dal filosofo franco-canadese Ian Hacking (Skultans, 2007).

In *Plasmare le persone I e II*, i corsi tenuti da Ian Hacking presso il Collège de France durante il 2002 e il 2005, il filosofo aveva proposto il concetto di *effet de boucle*, o *looping effect*, con il quale egli intende la tendenza delle persone ad aderire agli indici statistici così come preposti dal modello clinico dominante. Attraverso la costruzione di tassonomie e l'impiego d'indici statistici, secondo il filosofo, è possibile *plasmare le persone*, nel senso che il desiderio di aderire alle categorie produce un complesso meccanismo d'identificazione con esse che culmina con la produzione di un cambiamento, non già nella categoria che si adegua agli esseri umani che descrive, ma degli esseri umani verso la categoria con la quale stipulano un patto, conscio o inconscio, di appartenenza.

Applicando questo modello alla ricostruzione della psichiatria nella Lettonia post-socialista, la Skultans, osserva come alla categoria nosografica dominante in psichiatria prima della caduta del blocco sovietico, la nevrastenia, con l'introduzione del DSM, si sia parcellizzata in nuove categorie nosografiche, perdendo il suo precedente carattere emozionale per tradursi in un cluster di sintomi. Così, scrive l'antropologa, l'introduzione di nuove categorie ha condotto alla creazione di nuove classi di malati, portando modelli emozionali come la timidezza alla nosografizzazione secondo la dicitura di *Panic Disorder*, e alla medicalizzazione farmacologica secondo quanto proposto dai modelli terapeutici importati assieme alle tassonomie. Questo, sostiene la Skultans non provoca solo una modificazione del rapporto fra diagnosi e terapia ma anche una quantomeno parziale riconfigurazione della concezione del rapporto fra normale e anormale nel quadro teorico dei medici, quanto nell'immaginario dei pazienti. La nosografizzazione della timidezza, la trasposizione di sentimenti e sensazioni, come l'angoscia e la tristezza, in categorie diagnostiche suggerisce, infatti, l'adesione al modello di analisi del disturbo psichico che abbiamo definito con Canguilhem *ontologico*.

Fra i paesi di matrice socialista, Cuba è l'unico Stato a non aver introdotto l'utilizzo ufficiale del DSM, e a essere rimasto solo parzialmente permeabile al mercato degli psicofarmaci. Ciò ha impedito non già l'utilizzo di determinate



categorie nosografiche o la fruizione di psicofarmaci disponibili sul mercato straniero, quanto il cambiamento del modello di approccio al disagio mentale, ovvero quello slittamento dal modello dinamico al modello ontologico ben descritto dalla Skultans nel caso della Lettonia.

Nel momento in cui un paziente cui non venga effettuato un diagnostico di tipo psichiatrico è ugualmente invitato a prendere parte ad un iter terapeutico all'interno di un Centro di Salute Mentale Comunitario, o nel momento in cui la diagnosi non è consegnata al paziente e non costituisce una discriminante rispetto all'ingresso nella psicoterapia di gruppo, potremmo affermare che la presa in carico dell'offerta sanitaria sia rivolta al paziente e non alla malattia.

Ciò lascia degli interrogativi aperti, alcuni dei quali cercherò di rispondere nei successivi capitoli. Se non è la diagnosi a caratterizzare un paziente, cosa "costruisce" il paziente? Ovvero una delle domande che hanno guidato la ricerca è se non è l'inquadramento in una categoria nosografica che definisce l'accesso a un servizio di salute mentale quali sono le discriminanti fra un comune evento di sofferenza e un comportamento nevrotico, quali le modalità attraverso le quali il sistema sanitario cubano distingue il sano dal malato?

## La Modificazione delle attitudini. Il metodo psicoterapeutico cubano

*Non è la coscienza che determina la vita, ma la vita che determina la coscienza*

Karl Marx

La pratica psicoterapeutica è stata introdotta nel sistema sanitario nazionale cubano nel 1960. In quegli stessi anni, scrive lo psichiatra cubano Hiram Castro-Lopez, cominciava la ricerca filosofica di un modello psicoterapeutico adeguato alla strutturazione della *Salud Publica*. Nell'epoca pre-rivoluzionaria, la psicoterapia a Cuba era praticata quasi esclusivamente nella capitale e all'interno di consulte private, ma con la riforma dell'offerta dei servizi sanitari e il loro adeguamento all'impianto socialista della Repubblica, anche i modelli teorici della pratica terapeutica furono riformati secondo le linee guida del pensiero rivoluzionario. Ovvero furono tarati sulla filosofia marxista-leninista modello dell'impianto sociale. Durante un'intervista tenutasi nel mese di Giugno del 2008, lo psichiatra Isidoro Baly, responsabile dell'*Hospital de día* aveva raccontato così questo processo:

Quando sono arrivato al Callixto Garcia avevo 24 anni ed era il 1980, a quell'epoca questo ospedale era l'Harvard della psichiatria cubana (...) vi insegnava José Angel Bustamante, che aveva cominciato a lavorare con tecniche di psicoterapia individuale secondo la linea teorica di Sullivan<sup>60</sup>, ma quando sono arrivato io si cominciavano già ad usare tecniche di Psicoterapia Sistemica di Palo Alto<sup>61</sup>, che ebbero una grande influenza a Cuba, assieme alla Psicoterapia Strutturale di provenienza messicana. (...) Io feci dieci anni di affiancamento in psicoterapia di gruppo con Hiram Castro, che era allievo di Bustamante.<sup>62</sup>

---

<sup>60</sup> Psicoanalista americano (1892-1949)

<sup>61</sup> Con la "scuola di Palo Alto" s'intende quel gruppo di psicologi e psichiatri del Mental Research Institute di Palo Alto in California, che nei primi anni '50 applicarono le teorie dell'antropologo e biologo Gregory Bateson allo studio delle dinamiche della comunicazione e della costruzione della personalità. La scuola di Palo Alto, nota anche come scuola Sistemica sostiene il principio della natura sistemica dell'uomo, ovvero dell'impossibilità di analizzare la formazione della personalità al di fuori dei legami familiari e sociali all'interno dei quali s'iscrive il soggetto. (Bentrando e Bianciardi, 2009)

<sup>62</sup> Intervista del giugno 2008

Il manuale redatto dallo psichiatra e docente di Psichiatria presso l'Università dell'Habana Hiram Castro-Lopez nel 1980, dal titolo "Psichiatria" è diviso in tre tomi, uno dei quali quasi completamente dedicato alla costruzione del metodo psicoterapeutico cubano e al suo inquadramento storico all'interno degli altri modelli terapeutici. Questo testo è attualmente in uso nelle facoltà di Psichiatria e Psicologia del paese. Lo psichiatra è inoltre considerato l'elaboratore non solo del metodo, ma in generale della prassi che caratterizza l'offerta sanitaria dei Centri di Salute Mentale, tra cui l'apertura degli *Hospitales de Día*. Nell'introdurre il tomo dedicato alla psicoterapia, Hiram Castro la definisce: « il trattamento psichiatrico per eccellenza, a tal punto che non si concepisce una pratica psichiatrica che non applichi una forma o l'altra di psicoterapia» (Castro-Lopez, 1980: 84). E' importante sottolineare questa affermazione perché nella strutturazione disciplinare che le scienze *psi* hanno assunto nei paesi occidentali, e nel nostro ad esempio, la psicoterapia è considerata una tecnica appannaggio degli psicologi, mentre la psichiatria si avvale tradizionalmente di terapie farmacologiche o di singoli colloqui. Ciò che sostengo è che l'assenza di una relazione biunivoca fra diagnostico e risposta farmacologica causata dall'assenza delle grandi compagnie farmaceutiche nell'arena politica della salute mentale cubana, abbia prodotto una crescita dell'importanza della pratica psicoterapeutica nell'offerta sanitaria.

In questo capitolo descriverò il metodo psicoterapeutico cubano, cercando di far interagire dialetticamente i testi che descrivono i principi di tale pratica e la sua genesi storica, con ciò che mi è stato possibile osservare in forma diretta attraverso la partecipazione alle sedute di psicoterapia di gruppo dell'*Hospital de día* dove si è svolta la mia esperienza di ricerca e con le interviste che ho potuto condurre all'interno e all'esterno della stessa struttura.

Scrive Carlo Sini che una pratica:

è in generale mossa da un fine (...) il fine di una pratica riveste, potremmo dire una funzione trascendentale rispetto alle sue componenti. Trascendentale nel senso che ne determina il senso che le costruisce nel loro senso entro quella pratica» (Sini, 1996: 69)

Accogliendo la riflessione di Sini e considerando la psicoterapia primariamente come una pratica, mi soffermerò sugli aspetti teorici di tale pratica terapeutica, proprio nell'idea di cogliere il *telos* verso cui tende e le cornici attraverso le quali non solo si è costituita ma si narra. Quando divido costruzione e rappresentazione intendo sottolineare che possa esserci uno scollamento fra le due, poiché la pratica è iscritta dentro soluzioni contraddittorie entro le quali le cornici teoriche tendono a vacillare. In questo senso prendere in esame i gesti di cura che si svolgono nel Centro di salute Mentale e al contempo i documenti teorici prodotti localmente, non significa voler invitare a un procedimento di analisi che dissolva i primi dentro i secondi, in una logica che vede un'identificazione ostensiva fra teoria e prassi, quanto piuttosto rendere trasparenti i vari livelli dell'analisi.

La descrizione del metodo psicoterapeutico rappresenta la *pars construens* di questa prima parte dedicata al rapporto fra la pratica psicoterapeutica e l'ideologia socialista. Mentre nei capitoli precedenti si è cercato di analizzare le scelte che hanno portato il Sistema Sanitario Nazionale Cubano a rigettare il modello psicoanalitico da una parte e il sistema nosografico rappresentato dal DSM dall'altra, adesso è mia intenzione occuparmi di quali prassi sono state elaborate per far fronte alle diverse esigenze in gioco nel campo della salute mentale.

### *Il metodo psicoterapeutico: principi teorici e finalità pratiche*

Nell'introduzione al suo testo sulla costruzione del metodo psicoterapeutico cubano, lo psichiatra Hiram Castro Lopez afferma:

Gli elementi teorici della psicoterapia devono essere considerati attraverso due aspetti strettamente relazionati fra loro: i suoi elementi filosofici e i suoi elementi tecnici. Dal punto di vista filosofico partiamo dalle basi marxiste-leniniste della nostra società, che definiscono la linea filosofica della nostra scienza (Castro-Lopez, 1980: 74).

Se la finalità esplicita di qualunque pratica che si definisca terapeutica, è quella di ripristinare lo stato di salute anteriore alla malattia, in psichiatria la salute non può essere considerato uno stato che precede la malattia, quanto la costruzione di un faticoso equilibrio fra corpo e mondo (Lakoff, 2005). Seguendo

quanto dichiarato dallo psichiatra nell'apertura del testo di fondazione della pratica terapeutica presa a esame, la qualità di questo equilibrio va letta all'interno di una cornice di riferimento teorica marxista-lenista. In altre parole il *telos* verso cui tende la terapia come pratica potrebbe essere dunque considerato la necessità di ripristinare un equilibrio fra l'individuo e la società (Castro-Lopez, 1980).

Dunque il fine implicito di tale pratica è costituito da una parte dalla costruzione stessa del suo metodo, a cui sottende una precipua scelta filosofica, e dall'altro è quello di definire e ratificare il significato stesso della parola salute. La salute è così definita dal nostro autore non già come l'assenza del quadro sintomatologico che esplicita lo stato di malattia, ma «dall'incorporazione felice del paziente nel suo ambiente sociale, come un cittadino socialmente utile». (Castro-Lopez, 1980: 41) Il rapporto quasi ostensivo fra l'idea d'individuo sano e quella di cittadino socialmente utile ci rimanda esplicitamente al quadro teorico marxista già delineato nel precedente capitolo. Da questo punto di vista l'impresa medica cubana potrebbe essere definita, utilizzando una celebre espressione di Gregory Bateson, un *sistema a finalità cosciente* (Bateson, 1968 trad. It. 2008). L'ideologia che sottende alla costruzione della prassi terapeutica non è occultata, quanto piuttosto esplicitata e giustificata all'interno di un preciso quadro teorico. Ma se ciò che s'intende per salute è chiaramente esplicito, quali sono le pratiche che producono salute? Quali le strategie messe in campo?

Il testo del nostro autore prosegue delineando il quadro teorico internazionale che contraddistingue i vari metodi terapeutici in campo *psi*: Freud, come immaginabile è riassunto in poche e frettolose battute, Lacan non è neppure nominato<sup>63</sup>, lì dove un ampio spazio è lasciato al lavoro di Pavlov sull'apprendimento. Dopo l'exkursus nel campo delle terapie, lo psichiatra si premura di specificare quali sono le linee guida dello Stato Cubano nella scelta di una prassi terapeutica:

1. Che si possa applicare nelle condizioni delle infrastrutture funzionali a *Salud Publica*

---

<sup>63</sup> Faccio qui riferimento alla querelle fra psicoanalisi e marxismo riportata nel capitolo secondo.

2. Che sia indicata per il trattamento di un ampio gruppo di patologie psichiatriche e che la sua applicazione risulti possibile all'interno di una popolazione di vari livelli socio-culturali
3. Che renda possibile formare terapeuti senza procedimenti lunghi e farraginosi
4. Che possieda un effetto dimostrato empiricamente
5. Che sia congruente con la concezione marxista-leninista, evitando il "diversionismo" filosofico

Chiariti questi punti, l'autore precisa che ciascun terapeuta possiede un certo margine di libertà nel contaminare la tecnica base con altre metodologie provenienti da altre correnti, purché ciò non intacchi la coerenza e la progettualità dell'iter di cura. Leggendo le linee guida così come riassunte da Hiram Castro-Lopez, è possibile osservare come all'indomani del trionfo della Revolución una delle istanze prioritarie nell'assetto del nuovo sistema sanitario sembra essere l'urgenza. L'urgenza di formare nel minor tempo possibile terapeuti che rispondessero a un modello unico, proposto strategicamente dallo stato; l'urgenza di costruire tale modello, l'urgenza di renderlo funzionante all'interno di un sistema totalmente statale e gratuito. Uso il termine urgenza poiché è rinvenibile nel testo di Castro, dove nell'argomentazione dei modelli terapeutici adottabili, alcune scuole di pensiero sono escluse in quanto richiederebbero un processo di formazione troppo lungo e dispendioso rispetto alle reali possibilità del Sistema Sanitario Cubano di farsene carico. (Castro-Lopez, 1980: 56)

Il frammento della lezione dello psicologo cubano Manuel Calviño descritto nel precedente capitolo offre un eco di quest'urgenza nella descrizione di come i giovani formati nelle facoltà di psicologia e psichiatria abbiano dovuto assumere gli incarichi di docenti non appena abbandonati i banchi.

Una frase celebre di Ernesto Che Guevara, citata dallo stesso Calviño durante la lezione, recita «*Necesito psicólogos y psiquiatras para echar para adelante todo esto*» [ho bisogno di psicologi e psichiatri per mandare avanti tutto questo]. Al di là della certezza supposta della paternità della frase, il fatto che venga attribuita ad uno dei principali teorici della Revolución, rivela una

progettualità politica, quantomeno di ordine retorico, attorno alla figura dello psicologo e dello psichiatra. Ovvero rivela un interesse, da parte del Sistema Sanitario Nazionale, nel rappresentare i professionisti psi come indispensabili per la buona riuscita del progetto socialista. Ciò mi ha spinto a interrogarmi, come avrò modo di illustrare nel seguito del testo, sul modo in cui questa retorica abbia influito nella costruzione di un immaginario collettivo attorno alla figura dei tecnici della salute *psi*, e come ciò influenzi e determini l'accesso ai servizi psichiatrici nella Cuba di oggi.

### *Curare l'individuo, curare la comunità*

La psicoterapia a Cuba è praticata da psichiatri e psicologi indifferentemente, che solitamente lavorano in equipe con altri specialisti. Ovvero durante una sessione di psicoterapia di gruppo, ad esempio, sono presenti contestualmente uno psichiatra, uno psicologo, un *trabajador social*<sup>64</sup> e un infermiere. Questa scelta metodologica riposa sulla concezione, esplicitata nel testo di Hiram Castro, che la possibilità di approcciare il paziente attraverso di uno sguardo olistico, ovvero tenendo in conto dell'interazione dei fattori psicologici e sociali, richieda un lavoro interdisciplinare.

L'individuo, secondo Marx, realizza se stesso nella sua appartenenza produttiva alla società di cui è entità storica, egli è per ciò stesso il prodotto delle relazioni storico sociali che determinano la sua partecipazione al processo di produzione (Fromm, 1965 *trad. It.* 1981). Ripristinare lo stato di salute di un siffatto individuo significa dunque ripristinare il suo rapporto funzionale con la società cui appartiene (Fromm, 1965; Castro-Lopez, 1980).

Un elemento d'interesse sta dunque nel fatto che, a conseguenza dell'enfasi posta sul legame fra individuo e società, differentemente da quanto avviene comunemente, a Cuba non venga praticata nessuna terapia individuale. Ovvero non solo lo scopo della terapia è reintegrare l'individuo nel suo intorno sociale, ma

---

<sup>64</sup> Il *trabajador social* cubano non è immediatamente traducibile con la corrispondente figura italiana dell'assistente sociale, ricopre piuttosto le funzioni del *social worker* anglosassone, ovvero affianca ad una formazione legata all'intervento nelle politiche sociali, delle specifiche competenze cliniche (Montaño, C. 1998).

anche il metodo richiama il concetto d'individuo in quanto essere relazionale. Tutte le attività psicoterapeutiche si svolgono in gruppo. Quando ho chiesto al dott. Baly come mai di questa scelta durante uno dei nostri colloqui, lo psichiatra ha fatto riferimento alle teorie di Jacob Moreno, secondo cui il gruppo costituisce l'atomo funzionale delle dinamiche sociali.<sup>65</sup>

La diffusione delle teorie di Moreno a Cuba, è dovuta al dott. Friso Polts che nel 1951 cominciò a lavorare con sessioni di psicoterapia di gruppo all'istituto di *Higiene Mental "Clinico 26"*.<sup>66</sup> Polts era stato allievo di Moreno alla *Bacon House* nel 1950, e fu uno dei formatori di José Angel Bustamante, che come abbiamo visto può essere considerato, assieme al suo allievo Hiram Castro, uno dei padri della scuola psicoterapeutica cubana.

Durante una sessione di psicoterapia, commentando la richiesta di una delle pazienti di ricevere un colloquio privato (che le era stato comunque accordato ed era avvenuto il giorno prima), lo psichiatra aveva affermato:

C'è differenza fra fare una psicoterapia *in* gruppo e una psicoterapia *di* gruppo. Lavorare *in* gruppo significa vedere le circostanze di un singolo individuo e discuterle in un gruppo. Lavorare con una psicoterapia *di* gruppo significa cercare di comprendere l'agire dell'essere umano. Io non sono più in grado di lavorare con terapie individuali e poi credo che il gruppo restituisca meglio il senso della nostra pratica: noi curiamo l'individuo *dentro* la società, ne discutiamo non i sogni o il passato, ma il modo di agire nel tempo presente.<sup>67</sup>

Il gruppo all'interno del quale avviene il processo terapeutico è figura della società nel suo complesso. Non ci si può prendere cura del singolo individuo separandolo dal suo contesto, lì dove come contesto si intende il vivere sociale, l'idea che l'individuo sia sempre partecipe di una comunità (Castro-Lopez, 1980). Il gruppo, dunque, non è solo un'istanza metodologica, ma anche un obiettivo dichiarato del lavoro terapeutico. L'equipe terapeutica, infatti, promuove la creazione di coesione all'interno del gruppo, sottolinea le affinità elettive fra i

---

<sup>65</sup> Jacob Moreno (1889-1974), fu allievo di Freud ma prese le distanze dalle sue teorie. Fu creatore dello psicodramma (1930) e della psicoterapia di gruppo, della teoria dei ruoli (1934), e di una forma particolare di azione-ricerca, chiamata *sociatria* (1932) che integra l'approccio sistemico alla psichiatria sociale.

<sup>66</sup> L'ospedale situato fra Boyeros e Avenida 26, noto come "Clinico 26" a l'Havana

<sup>67</sup> Sessione di psicoterapia di gruppo, *Hospital de día*, 26 novembre 2009



pazienti durante le sessioni, e incita la possibilità che il gruppo creatosi sopravviva all'iter terapeutico.

I pazienti della Clinica 1, durante il periodo di *ingresso*, sono tenuti a frequentare l'*Hospital de día* dal lunedì al giovedì, mentre il venerdì è dedicato a "*aire, sol y cultura*", come ripete spesso Baly, ovvero sono tenuti ad incontrarsi fuori dalla clinica per svolgere un'attività autogestita. Ogni settimana un paziente è nominato responsabile dell'attività, che viene decisa dai pazienti e riferita all'equipe il giovedì, solitamente si tratta di una visita ad un museo della città o di una giornata in spiaggia. Ciò che è interessante è che nessuno dei membri dell'equipe terapeutica partecipi a queste escursioni. Il lunedì al rientro nella clinica l'equipe s'informa sulla riuscita dell'attività e sulla partecipazione a essa.

Durante il mio ultimo soggiorno di ricerca, medici e pazienti del Centro erano stati invitati ad assistere a uno spettacolo teatrale sul tema dell'identità e del suo rapporto con la follia, messo in scena e prodotto da una giovane compagnia locale. Baly aveva così proposto ai pazienti della Clinica 1 di partecipare allo spettacolo come "attività del venerdì", come nel centro è normalmente chiamata. I pazienti avevano aderito con piacere all'iniziativa, ma non tutti erano stati informati della partecipazione dell'equipe terapeutica all'evento. Così, quando sono arrivata a teatro assieme ad una delle due psicologhe, ho salutato cordialmente i pazienti e una di loro mi ha detto: «Certo che siete incredibili! Che fate adesso ci seguite?», il tono di Dania era ironico, e non credo che ci fosse in lei un reale disappunto per la presenza dell'equipe terapeutica, ma il suo modo di esprimersi mi ha fatto riflettere sull'efficacia della costruzione del gruppo.

Un altro episodio significativo a tal riguardo, sempre appartenente al mio ultimo soggiorno, è avvenuto in occasione di un guasto dell'impianto idrico del Centro. Una mattina sono arrivata al Centro e ho trovato i pazienti dell'*Hospital de día* riuniti appena fuori dal portone. «Siete in sciopero?», ho chiesto loro ironica e incuriosita. Mi hanno spiegato del guasto e che erano stati costretti a lasciare la clinica, erano così in "riunione" per decidere come passare la mattinata. L'idea che invece di tornare ciascuno a casa propria rimanessero assieme per svolgere un'attività di gruppo, mi aveva colpito, non quanto mi colpì, entrando nel centro, scoprire che anche l'equipe dei terapeuti stava facendo lo stesso. Rimasti senza

pazienti, stazionavano nella stanzetta dove di solito si svolgevano le riunioni, un'anticamera arredata con un divano, una scrivania, una manciata di sedie e una libreria, dove accanto ai libri erano in mostra le foto della figlia di Baly e della sua nipotina neonata.

Questi e altri episodi mi hanno fatto ragionare su come l'esperienza terapeutica dell'*Hospital de día* costruisse un forte senso collettivo, una dimensione del noi che sembrava sopravvivere alla pratica terapeutica, dal momento che il gruppo di pazienti che avevo conosciuto l'anno precedente, continuava ad incontrarsi come gruppo organizzando feste e momenti di convivialità, a cui in alcune occasioni ho partecipato.

Questo senso di collettività mi sembra possa essere in parte considerato un riflesso dell'impostazione filosofica della scuola psicoterapeutica cubana, che ha come poli da una parte una concezione sistemica dell'individuo (faccio riferimento all'orientamento della psicoterapia sistemica) come prodotto delle sue relazioni, e dall'altra l'impianto teorico marxista-leninista. D'altra parte però ritengo che esso possa anche essere considerato il frutto dell'organizzazione sociale nel suo complesso, lì dove l'assetto economico della nazione non favorisce spinte individualiste e l'abitudine a vivere in famiglie numerose e pluri-generazionali, favorisce l'idea della necessità di una cornice di collettività per la costruzione del sé.

I pazienti sembravano aderire alla propria esperienza terapeutica proprio utilizzando il gruppo come strumento. La condivisione delle attività appariva dunque improntata verso la creazione di un dialogo fra i partecipanti che scavalcasse gli argini del *setting terapeutico*, e che non perdesse di significatività all'interno dello svolgersi delle loro vite. In questo modo, il percorso di cura sembrava configurarsi come un percorso di produzione di una socialità ordinata, oltre che, come abbiamo visto, un riflesso delle concezioni filosofiche che sottendono al metodo terapeutico.

### *Il Centro Comunitario di Salute Mentale dell'Habana Vieja*

Il Centro di Salute Mentale dell'Habana Vieja, è situato nel cuore del centro storico, in un palazzetto in stile coloniale recentemente restaurato, con una corte interna, e grandi finestre. Non ci sono grate e il grande portone di legno è quasi sempre aperto, la fontana al centro del patio e le tinte verde acqua dell'edificio contribuiscono a farlo sembrare più un luogo di soggiorno che un'istituzione psichiatrica. Al pian terreno vi è una scrivania subito accanto all'ingresso che funge da portineria, una grande scalinata che porta al piano superiore, una navata occupata da un po' di sedie e un televisore che funge da sala d'attesa. Le stanze che corrono attorno al patio ospitano la "consulta infanto-iuvenil" [sala visite per bambini e adolescenti] e la "consulta de adultos" [sala visite per adulti] del Policlinico Tomar Romay, un'infermeria, e in fondo, una sala con una cucina che serve da mensa per i pazienti dell'*Hospital de Día* e per i dipendenti del centro.

Al piano di sopra vi sono tre grosse sale, un'altra stanza per la consulta e uno spazio di anticamera con due divani e due poltrone. Le stanze più grandi ospitano le attività dell'*Hospital de Día*, una nell'angolo è la sala della *Clinica 2*, mentre quella della *Clinica 1* ha anche una piccola anticamera, dove di solito l'equipe terapeutica staziona durante le pause. La stanza attigua è occupata dal dott. Calzadilla, un anziano psichiatra che si occupa del programma di riabilitazione per alcolisti. Agli incontri psicoterapeutici di questi ultimi è dedicata la terza sala. La quarta sala è invece occupata dall'archivio del centro, che ospita le *Historias Clínicas* [cartelle cliniche], dei pazienti. Il secondo e ultimo piano ospita l'ufficio di Ana Julia, la direttrice del centro, una piccola biblioteca e una sala conferenze.<sup>68</sup>

---

<sup>68</sup> La bellezza del posto non certamente negli standard delle cliniche cubane, il luogo che ospitava il Centro fino al 2006 era fatiscente. I lavori di ristrutturazione del palazzo fanno, infatti, parte del programma di recupero e restauro del centro storico dell'Habana, avviato con la collaborazione di molti partner stranieri, essendo stata l'Habana Vieja dichiarata patrimonio Unesco. All'amministrazione di Eusebio Leal, primo cittadino dell'Habana, si deve l'idea di destinare parte dei palazzi restaurati come patrimonio artistico locale a istituzioni sanitarie: fra i beneficiari di questa iniziativa il Centro di Salute Mentale Comunitario Francisca Pachita.

Le attività dell'*Hospital de Día* sono cadenzate dal ritmo della settimana, l'ingresso dei pazienti avviene tra le 8.00 e le 8.30, ora in cui iniziano le attività. Il lunedì mattina pazienti della Clinica 1 e 2 svolgono danza terapia, poi fanno una piccola merenda, e si dividono nelle due sale di pertinenza, nella clinica 1 si tiene la psicoterapia di gruppo con Baly e nella clinica 2 si svolgono attività di respirazione e rilassamento. Poi i pazienti pranzano assieme nella mensa del centro e dopo un'oretta di pausa in cui di solito chiacchierano in piccoli gruppi, riprendono le attività. Nel pomeriggio si svolgono solitamente attività leggere come un cineforum, che prevede la partecipazione di entrambi i gruppi di pazienti. Per quanto le attività siano, come dicevo, distribuite nello scorrere della settimana, sarebbe difficile costruire un calendario rigido delle attività che tenga conto della plasticità della vita del Centro. I momenti che costituiscono il perno delle prassi dell'*Hospital de Día*, sono le due sessioni di psicoterapia di gruppo tenute dal dott. Baly il lunedì e il giovedì mattina per la Clinica 1; le attività ginniche, che si svolgono tutte le mattine dalle 8.30 alle 9.30, e che includono danza terapia e ginnastica dolce, e che coinvolgono entrambi i gruppi; i giochi di ruolo e lo psicodramma che sono solitamente diretti dal dott. Leiva, si svolgono a volte durante la mattina a volte durante il pomeriggio, mai in sovrapposizione con le sessioni psicoterapeutiche, poiché pensati per le due cliniche.

A queste attività si affiancano arte terapia, cineforum ed esercizi di rilassamento, il tutto pensato e gestito da un'equipe che coordina le attività tenendo conto delle disponibilità dei membri che di volta in volta gestiscono i momenti e delle richieste dei pazienti, che spesso propongono, o che sembrano necessitare, secondo l'equipe stessa, di una data attività. Nonostante le attività coinvolgano sempre i gruppi, vi sono momenti di attenzione rivolti al singolo individuo, l'equipe a volte si riunisce per discutere un caso problematico, o un paziente decide di rivolgersi ad uno dei terapeuti per parlare del suo stato d'animo. La tendenza generale è di non negare al paziente le attenzioni che reclama ma di guidarlo ad esperire le proprie criticità all'interno dei momenti di gruppo e non nel colloquio con un singolo membro dell'equipe. A tale scopo spesso i colloqui privati vengono richiamati durante le attività di gruppo e il paziente viene invitato più o meno esplicitamente, a seconda dei casi, a esporsi.

Un altro momento fisso dell'*Hospital de Día* è la consulta di *evaluación de ingreso* [letteralmente: intervista di valutazione del ricovero], che si tiene tutti i martedì mattina e che impegna la metà dell'equipe. L'intervista è diretta dallo psichiatra Baly, affiancato da almeno una delle psicologhe e dalla *trabajadora social* [assistente sociale]. Come accennato, un individuo che stia vivendo un momento problematico della sua vita, o che venga ritenuto dal suo medico di famiglia bisognoso di un colloquio di carattere psichiatrico ottiene una remissione al suo "psichiatra di area", ovvero allo psichiatra del policlinico a cui pertiene per residenza. Lo psichiatra in questione, dopo un primo colloquio esplorativo può decidere di continuare a seguire il paziente attraverso colloqui quindicinali e una terapia farmacologica, se ritiene che la situazione non necessiti di un vero e proprio iter terapeutico quanto di un semplice monitoraggio, o di rimetterlo ad un'*Hospital de Día* perché sia "*ingresado*" [letteralmente ricoverato. In questo contesto si parla di "ricovero" anche se si tratta di un'ospedalizzazione esclusivamente diurna].

Alla remissione non segue, però, un ricovero automatico, ma un colloquio di valutazione in cui si discute con il soggetto le criticità in questione e le motivazioni personali. In questo modo l'equipe valuta se confermare l'istanza di ingresso ed eventualmente in quale clinica. Varrà sottolineare come non esista nessuna forma di coercizione, ed in assenza di pericolosità legate al tentato suicidio, o a episodi di crisi psicotiche acute, che sono solitamente rimessi all'Ospedale Psichiatrico Nazionale o alle UIC, non vi è per i pazienti a cui è stato prescritto l'*Hospital de Día* nessun obbligo ad accettare l'*iter* di cura proposto.

Un esempio di remissione all'*Hospital de día* cui non è conseguito il ricovero, malgrado l'opinione dei medici, è la storia di una donna sulla quarantina di nome Rossana. Vorrei riportare quanto avvenne nel primo e unico colloquio sostenuto dalla donna presso il Centro di Salute Mentale dell'Habana Vieja per descrivere il carattere di scelta che caratterizza l'ingresso a questo peculiare iter terapeutico.

Rossana è una donna di 46 anni, direttrice didattica della scuola di formazione dei *trabajadores social* [assistenti sociali], che arriva alla *consulta de*

*evaluacion de ingreso* per il ricovero all'*Hospital de día* su suggerimento di una sua studentessa che lavora da un paio di anni al Centro come psicologa.

Rossana racconta di sentirsi depressa da alcuni mesi, malessere che lei descrive con la necessità di piangere anche “senza motivo”. La donna racconta inoltre di aver lasciato l’insegnamento, che pure lei amava, per assumere la direzione didattica dell’istituto dove presta servizio, un lavoro che le aggrada meno ma che le spettava per anzianità. E’ madre di due figli entrambi dello stesso partner con cui è sposata da più di venti anni. Molti anni fa suo marito l’ha tradita, ma dopo quel tradimento la loro relazione è migliorata, racconta la donna, adesso suo marito si trova in Canada, la loro relazione continua e lei è in attesa di poter *salir del Pais* [“uscire” da Cuba] e raggiungere il marito lì. Quando lo psichiatra le chiede cosa c’è che non va nella sua vita lei non sa cosa rispondere, così lo psichiatra le chiede quali sono i suoi obiettivi all’*Hospital de día*, prospettandole due possibilità: la prima è curare sintomaticamente la sua depressione, senza modifiche sostanziali del suo modo di vita, la seconda è cercare di sradicare le ragioni della sua depressione lavorando sulle “sue attitudini”. Per ciò che Baly, lo psichiatra, descrive come cura sintomatica la paziente sarebbe “ingressada en el dos” [ricoverata nella Clinica 2], dove si lavora con esercizi di rilassamento, giochi di socializzazione, cineforum, arteterapia ed esercizio fisico. “En el uno” [ricoverata nella Clinica 1] invece la paziente si troverebbe ad affrontare in psicoterapia di gruppo ciò che viene chiamato “Modificaciòn de características y actitudes” [Modificazione di caratteristiche e attitudini]. La donna appare disorientata e chiede ai medici di valutare per lei. Nella decisione di quale canale usare per il trattamento della donna avviene un piccolo scontro nell’equipe terapeutica. Le psicologhe presenti all’intervista, Marlene e Gladys, vorrebbero che la donna fosse assegnata alla clinica 1. Ritengono, infatti, che Rossana debba affrontare un lavoro psicoterapeutico importante sulle sue attitudini. Baly e Leiba, i due psichiatri, ritengono invece che non sia il caso di far affrontare alla donna un lavoro del genere in vista del progetto di vita che la signora ha: rimanere con suo marito e raggiungerlo in Canada. Che sia piuttosto il caso di abbassare la sua soglia di ansia nel quotidiano e lavorare sulla sua depressione in maniera sintomatica. Dopo una breve contrattazione dai toni accesi, durante la quale la paziente è stata momentaneamente allontanata, l’equipe decide di ricoverare la donna nella Clinica 2 per una settimana e continuare a studiare il caso.

La donna non si presenterà la mattina dopo, e nessuno dell’equipe ne avrà più notizia nei mesi a venire. Anche nel caso di una prescrizione indirizzata al ricovero in *Hospital de día* non vi è nessun obbligo per il soggetto di accettare l’iter terapeutico proposto. Non è così del tutto infrequente che le persone invitate a ricoverarsi non si presentino il giorno dopo all’accettazione. In questo è possibile che giochi un ruolo la mancata consegna di un diagnostico all’individuo. Il fatto che al soggetto non venga attribuita nessuna identità nosografica rende la scelta di partecipare all’iter terapeutico più legata alla consapevolezza del singolo di volere

o necessitare aiuto. Tale aiuto non sempre è verbalizzato dai soggetti attraverso l'utilizzo di un lessico nosografico come nel caso di Rossana che dichiara di essere "depressa", opinione che non viene durante la sua intervista di ricovero ratificata dai medici. In certi casi, coloro che si rivolgono al Centro di Salute Mentale, dichiarano semplicemente di necessitare un appoggio per affrontare i problemi della vita quotidiana.

Durante un'intervista sulla sua storia di vita, Marisela, una donna di 50 anni, che ha avuto un *ingresso* di due mesi in *Hospital de Día*, parlando della psicoterapia mi dice:

Io penso che per come si vive in questo paese, ci sono tante persone che hanno bisogno di questo. Perché io ti dico: amen di un qualunque trauma che posso aver avuto nell'infanzia, la vita che si conduce in questo paese, per la mia opinione, tutto è così incerto! molte persone dovrebbero avere un aiuto come questo. Per poter almeno sopravvivere! (...) Io mi sento qualcuno che necessita di aiuto. Ecco come mi sento. Io non mi sento né paziente, né cliente. Io mi sento una persona che ha bisogno di aiuto per portare avanti una vita tranquilla<sup>69</sup>

In questa narrazione dei motivi del suo ricovero, Marisela non iscrive il suo disagio in un quadro medico, non lo pensa in termini di rappresentazione di sintomi, quanto piuttosto dichiara di considerare l'iter terapeutico come un aiuto necessario a fronteggiare il quotidiano. In un testo del 1992, *Life is hard, Machismo, Danger and the Intimacy of power in Nicaragua*, l'antropologo statunitense Roger Lancaster discute la locuzione proverbiale *La vida es dura* che egli descrive come ricorsiva nei dialoghi con i suoi interlocutori Nicaraguensi. Lancaster svolge ricerca in Nicaragua sul finire degli anni ottanta e descrive il paese come un luogo "tragico" [*tragic place*] in cui affermazioni come *la vida es dura* sembrano commentare la situazione iscrivendola in un certo margine di fatalismo, sottolineando al tempo stesso «the banality of suffering, the intimacy of power, the comfort of resignation and the resilience of the oppressed» (Lancaster, 1992: XVI).

A Cuba esiste un'espressione idiomatica simile ma sottilmente più complessa: *No es facil. Non è facile* è un intercalare consueto, una chiosa di molti discorsi, da quelli che riguardano la situazione delle case, le derrate alimentari e in generale molti problemi della vita di ogni giorno che il cittadino cubano medio è

---

<sup>69</sup> Marzo 2009, l'intervista si è svolta a casa della signora.

costretto a fronteggiare. Ironicamente quando qualcuno chiude un discorso dicendo *No es facil*, il suo interlocutore risponde, aderendo a un fare formulare quanto apotropaico, *pero tampoco es dificil* [però non è neppure difficile]. Locuzione che sta a indicare la possibilità di aggirare, se non di risolvere, i problemi del quotidiano, ma che suona anche come un incitamento a non darsi per vinti.

Espressioni paradigmatiche come *La vida es dura*, *No es facil*, sembrano riflettere un senso diffuso e generale di disagio percepito dagli attori come sociale e sovra personale. All'interno di quest'ottica non risulta difficile comprendere come questo insistere sulla necessità sociale della psicoterapia, come forma del prendersi cura del sé strettamente legata alle generali condizioni del vivere piuttosto che alle peculiari problematicità di un individuo, possa costituire un elemento ricorsivo nelle narrazioni dei medici e dei pazienti del centro. Partecipando alle consulte di valutazione d'ingresso all'*Hospital de Día* mi sono spesso posta la domanda: un problema di questo tipo come sarebbe stato affrontato nel mio paese? Detto altrimenti, una persona con un problema di questo genere sarebbe ricorsa ad un tecnico della salute del mondo *psi*? Ho pensato molte volte a una frase di Clifford Geertz che recita «I problemi essendo esistenziali sono universali, le soluzioni essendo umane sono diverse» (Geertz, 1973 trad. It. 1998: 322). Una donna preoccupata perché sua figlia frequenta cattive compagnie, un uomo che soffre perché lontano dalla sua famiglia, una donna tradita dal marito, sono situazioni di dolore che possono darsi in qualunque contesto, ma sono le risposte a tali situazioni ad essere localmente determinate.

### *Il soggetto nevrotico*

In apertura di una sessione terapeutica, lo psichiatra che guida la seduta dichiara: «Questa non è una terapia per i pazzi [*locos*] voi siete qui perché avete dei problemi e fate delle cose irrazionali»<sup>70</sup>. Discutendo successivamente questa affermazione con il dottor Baly, egli sottolineava come il Centro di Salute Mentale

---

<sup>70</sup> *Hospital de día*, sessione di psicoterapia del 29 ottobre 2009



Comunitaria, ed in particolare l'Hospital de dia, fosse una struttura sanitaria rivolta maggiormente «a quelli che la psicoanalisi chiamava *nevrotici*»<sup>71</sup>

Il concetto di divisione fra psicosi e nevrosi è uno dei passaggi chiave per intendere la distinzione fra psichiatria classica e psichiatria comunitaria. Ovvero la nascita della psichiatria comunitaria, oltre che la de istituzionalizzazione dei pazienti manicomializzati, conteneva nei suoi progetti l'inclusione nei servizi psichiatrici di una categoria di pazienti considerati "trattabili" e che non rendevano necessaria nessuna forma di contenimento (Lakoff, 2005: 46).

Un paziente nevrotico, secondo la definizione freudiana, è una struttura psichica in cui l'esame della realtà non è compromesso, e il senso del sé risulta relativamente coeso, ma dove è presente un conflitto focale che genera un sintomo (Freud, 1917, *trad It.* 2009). Per scelta metodologica vorrei evitare di entrare nel dibattito scientifico attorno al concetto di nevrosi, attenendomi alle definizioni locali del termine.<sup>72</sup> Nella complessità della contrattazione dei significati delle categorie nosografiche, m'interessa, infatti, comprendere come la psichiatria cubana abbia assegnato i propri significati. Mi baserò dunque sulla produzione scientifica locale, sull'osservazione delle pratiche e sulle narrazioni di pazienti e operatori.

Parlando dell'utenza di un Centro di Salute Mentale, lo psicologo Adalberto Estopiñan mi dice: «qui vengono persone che hanno un conflitto e generalmente funzionano a un livello nevrotico, per noi [per i medici cubani] la nevrosi non è una malattia (...) ma è l'attitudine che si assume di fronte a un problema.»<sup>73</sup>

Secondo il testo *Histeria y Neurosis*, scritto da Hiram Castro nel 1987 ma attualmente in uso nelle facoltà *psi*, la nevrosi sarebbe un prodotto di un apprendimento anormale sviluppato nell'interazione fra l'individuo e il suo ambiente. Questo apprendimento determina una forma inconscia di valutazione delle situazioni e della propria condotta, di maniera tale che se è vero che non è riscontrabile una deformazione del reale propria di una psicosi, non vi è comunque

---

<sup>71</sup> Colloquio con il dott. Baly, 29 ottobre 2009

<sup>72</sup> La distinzione fra nevrosi e psicosi va comunque considerata come eminentemente teorica, più riflessa dalla strutturazione dei servizi che dai quadri diagnostici e dai conseguenti processi di cura.

<sup>73</sup> Colloquio successivo a una psicoterapia di gruppo, Maggio 2008

una valutazione del tutto obiettiva, che motiva una discreta alterazione nelle autovalutazioni della persona e nella valutazione delle sue relazioni con il prossimo. I sintomi caratteristici, sono fobie, ansie, piccole alterazioni somatiche.

E' interessante notare come nel testo dello psichiatra cubano, nella costruzione del quadro nosografico della nevrosi, nonostante non vi sia un distacco netto dall'ipotesi freudiana e si mantenga la distinzione fra nevrosi e psicosi come delimitata dal padre della psicoanalisi, la prospettiva sia centrata sul rapporto fra l'individuo e il suo ambiente sociale. La cifra critica della condotta nevrotica non è il quadro sintomatologico, quanto piuttosto l'inadeguatezza dell'individuo all'interazione sociale. La predisposizione, o attitudine nevrotica provocherebbe, infatti, disarmonia in determinate forme del relazionarsi dell'individuo con gli avvenimenti, con gli altri e con se stesso, secondo tre principali linee guida individuate dallo psichiatra: la predisposizione alla fuga, la ricerca di appoggio, e di rafforzamento. Ovvero le funzioni dei sintomi del paziente nevrotico sono schematicamente riducibili a tre: la necessità di cercare appoggio, il bisogno di evadere da situazioni non gradite e la necessità di rinforzare la propria autostima.

L'*attitudine*<sup>74</sup> del soggetto di decodificare ciò che gli accade attraverso una data griglia, frutto della sua storia personale, lo porterà a privilegiare queste necessità. Scopo della terapia è dunque aiutare il soggetto a riconoscere le sue predisposizioni, a esaminarne in prima istanza le conseguenze materiali, e, in secondo luogo, il loro significato precipuo nella biografia personale, e in ultima istanza a modificarle.

Ecco la descrizione del metodo che mi venne offerta dal dott. Estopiñan:

Questo metodo è valido non solo per soggetti con una specifica diagnosi, ma per chiunque nel corso della vita attraversi un momento di estrema difficoltà. Quello che facciamo [durante la psicoterapia] è creare una condizione per cui le attitudini inadeguate dei soggetti emergano e possano essere segnalate. E' dire: hai visto come hai agito? [...] in modo che le persone comincino ad

---

<sup>74</sup> Il concetto di attitudine, o predisposizione, compare nell'opera di Carl G. Jung (nel cap. IX di *Tipi Psicologici*, opera del 1927), dove lo psicoanalista definisce l'attitudine come "la disponibilità della psiche di agire o reagire in un certo modo", nonostante non vi sia una vera differenza fra la definizione Jungiana e quella della psichiatria cubana, non è presente nei testi che ho avuto modo di consultare nessun riferimento esplicito allo psicoanalista svizzero.

accorgersi delle intenzioni occulte che hanno le loro azioni [...]. Inoltre mostriamo loro che questa non è una malattia e loro non sono malati.

Un metodo terapeutico dunque, quello cubano, che non presuppone l'esistenza di un disturbo dato, ma che si ritiene ugualmente valido per il supporto di un individuo che si trovi ad affrontare una situazione particolarmente difficile.

Come evidenziato dal frammento etnografico che racconta la storia della signora Rossana, l'*Hospital de día* possiede, in senso metaforico, due "porte" che i medici chiamano "el uno" e "el dos". Durante la *consulta de evaluacion de ingreso*, che è l'intervista che determina l'ingresso del paziente e dove si decide attraverso quale entrata dare accesso al processo terapeutico, l'intervista è presenziata dallo psichiatra ma vi partecipa tutta l'equipe medica dell'*Hospital de Dia*.

Uno schema lineare riportato sul manuale di Psichiatria di Hiram Castro illustra la differenza fra i due ingressi. Ai due estremi di un asse vengono riportate le due modalità di ingresso, al centro, nella posizione di obiettivo per entrambi i percorsi: la "modificazione delle attitudini". In linea con l'idea precedentemente espressa che per curare un paziente nevrotico sia necessario indirizzarlo verso una modificazione delle sue attitudini di risposta ai problemi del quotidiano.

L'ingresso denominato "el uno" segna un inizio in questo percorso con un lavoro psicoterapeutico mirato alla comprensione delle "cause" che hanno prodotto nel soggetto le attitudini erronee. Attraverso l'individuazione delle cause da parte del soggetto si prosegue all'analisi delle attitudini e quindi alla loro progressiva modificazione. L'ingresso denominato "el dos" fissa al contrario il punto d'inizio del percorso nella cura del sintomo.

Poiché nel caso dei disordini mentali si ragiona, perlopiù, in mancanza di evidenze somatiche, è forse utile specificare che con sintomo s'intende ad esempio il fatto che un determinato soggetto soffra di crisi di panico. In questo caso il soggetto comincia con una psicoterapia leggera che mira ad abbassare il livello di tensione nel quotidiano (es. la terapia cinetica, varie tecniche di rilassamento...), in modo da predisporre il soggetto alla modificazione delle attitudini (fig. 9-10). Questo scollamento, propedeutico al percorso di cura, fra "causa" e "sintomo" è ugualmente riscontrabile nelle terapie farmacologiche. Lo psicofarmaco, come in

molti paesi in cui si lavora con il concetto di nevrosi, è utilizzato per rendere il soggetto “pronto” a partecipare alla psicoterapia (Lakoff A. 2005). Nel caso di un soggetto depresso, ad esempio, uno o più cicli di *amitrictilina* [antidepressivo generico] accompagneranno l'ingresso all'iter psicoterapeutico. Nella pratica quotidiana del centro, la divisione non è da ritenersi così rigida, ed esistono, come vedremo, diverse modalità di condurre le sessioni psicoterapeutiche, e diversi approcci terapeutici non del tutto riducibili alla psicoterapia.

*Parte seconda*

**SAPERI, PRATICHE E RELAZIONI:**

**ANALISI ETNOGRAFICA DI UN DISPOSITIVO TERAPEUTICO**

## La medicalizzazione del quotidiano

*Normalità è la capacità del soggetto normale di creare nuove norme quando la situazione lo reclama.*  
G. Canguilhem

Il farmaco è un oggetto ambiguo. E' ambigua la sua etimologia, la parola deriva dal greco *pharmacòn*, che significa rimedio ma anche veleno, ed è ambiguo il suo statuto, poiché esso è al tempo stesso un presidio sanitario ed un oggetto commerciale. E' un presidio sanitario in quanto agente bio-chimico la cui funzione primaria è la cura del sintomo, quando non il ripristino di una situazione di benessere dell'organismo a cui viene somministrato. E' un oggetto commerciale in quanto prodotto che sottostà alle leggi del marketing, muove economia, viene sponsorizzato, reso attraente dalla grafica del package e dalle campagne pubblicitarie (Fainzang, 2005, *trad. It.* 2009).

Questa ambiguità costitutiva ci invita a considerare che il farmaco abbia un'importanza non solo dal punto di vista dell'efficacia del suo funzionamento chimico, ma che possieda una portata simbolica nell'agire sociale del medico, oltre che, come discusso nel terzo capitolo, una portata politica all'interno dell'arena della salute.<sup>75</sup>

Il gesto di assunzione di un farmaco coinvolge molto più che la semplice incorporazione di sostanze chimiche. Attraverso l'assunzione di un farmaco si assume una certa idea di sé, delle cause della malattia e delle responsabilità nella gestione della cura, del significato dell'essere malati e delle percezioni dei diritti (Nichter e Vuckrovic, 1994). Prendere una medicina significa accettare determinati assunti riguardo a ciò che è normale e desiderabile, non solo riguardo al corpo in qualità di ente fisico, ma anche al corpo in quanto agente sociale e in quanto oggetto e soggetto di politiche (Scheper Hughes e Lock, 1987).

---

<sup>75</sup> Non s'intende dissociare la portata simbolica del farmaco dal suo peso politico, quanto cercare di analizzare ciò che accade nelle pratiche del quotidiano e quanto esse si pongano talvolta in maniera conseguente, talvolta in maniera contraddittoria, in relazione con le politiche che guidano la nazione.

Individuando come regimi discorsivi, rispetto all'utilizzo di un farmaco, la sua portata simbolica, il suo peso economico e la sua interazione nell'arena politica della salute, mi sembra rilevante analizzare la condotta farmacologica dei cittadini cubani. Come accennato precedentemente, il mercato dei farmaci, con le sue leggi economiche, il suo peso politico, e la sua pervasività commerciale, non è penetrato nell'isola, se non in maniera molto marginale.

In questo paragrafo mi propongo di analizzare la condotta farmacologica della popolazione dell'Habana, attraverso il materiale etnografico raccolto nel periodo di ricerca all'interno dei consultori medici e la letteratura scientifica locale, di modo da mantenere l'analisi sul doppio livello dei discorsi e delle pratiche e di cercare di mostrare in che rapporto i primi stanno con i secondi. Mi concentrerò in particolare sulla prescrizione e l'utilizzo degli psicofarmaci, con l'obiettivo di mostrare le traiettorie di accesso a tali farmaci da parte di persone che non partecipano a un precipuo iter di cura di carattere psicologico o psichiatrico.

#### *Il consultorio del dott. Aramis*

Il *Barrio Jesus Monte del Municipio 10 de Octubre* è un quartiere di periferia urbana con una notevole densità abitativa e dove la gente vive in condizioni indigenti. Le strade sono dissestate e le abitazioni sono spesso ambienti unici di dimensioni piccole dove convivono più persone. Il consultorio del dottor Aramis, riflette bene la condizione del territorio. È un locale angusto in cui trovano spazio solo la scrivania e due sedie, affiancato da un'altra stanza della stessa grandezza adibita a infermeria. Il dottore è minuto quanto lo spazio che occupa, e il suo consultorio, per lo meno nei due mesi in cui l'ho frequentato,<sup>76</sup> era sempre gremito di gente.

Durante la mia esperienza di osservazione all'interno dei consultori medici ero rimasta colpita dalla frequenza con cui venivano somministrati farmaci come amitrietilina, meprobamato, e diazepam. *L'amitrietilina* è un antidepressivo

---

<sup>76</sup> Ho frequentato il consultorio del dott. Aramis per due giorni alla settimana durante un periodo di due mesi, marzo- aprile 2009, la mattina assistevo alle consulte e il pomeriggio accompagnavo il medico nelle visite domiciliari.

generico, il meprobamato appartiene alla classe dei derivati dei carbammati e si utilizza come ansiolitico, della stessa funzione il *diazepan* che appartiene alla famiglia delle benzodiazepine. I motivi per cui vengono somministrati questi farmaci, che a differenza di psicofarmaci più “importanti” (come i neurolettici) possono essere somministrati dal medico di famiglia e non necessitano di un consulto specialistico, sono vari.

In un soleggiato pomeriggio di marzo ho accompagnato il dottor Aramis a visitare una paziente impossibilitata ad alzarsi dal letto, una donna sulla sessantina che per via di un eccessivo sforzo muscolare non riusciva a muoversi da diversi giorni. A chiamare il medico perché la visitasse era stata la sua vicina di casa, una donna di dieci anni più anziana. Mentre il dottore terminava di visitare la paziente allettata, la vicina che l’aveva allertato e che era presente durante la visita chiese al medico di farle una “ricettina” [recetica]:

Dottore mi può fare una ricettina di diazepam? Ho un po’ i nervi: ieri ho visto mia nipote e visto che non la vedevo da molto tempo mi sono messa a piangere e ho ancora un po’ i nervi così [gesto con la mano che vibra]<sup>77</sup>

Il primo dato d’interesse, messo in evidenza dal frammento etnografico, è che la paziente conosca il nome del farmaco e lo chieda in maniera specifica, pur associandolo a una parola generica quanto frequente come “i nervi” [*los nervios*].<sup>78</sup>

---

<sup>77</sup> Visita domiciliare con il dott. Aramis, 12 marzo 2009, Calle Princesa, Municipio 10 de Octubre

<sup>78</sup> Nell’ambito dell’antropologia medica esistono numerosi studi che trattano il problema dei “nervi”. Il termine *nervi* è associato, nel senso comune, a forme di malessere di diverso tipo: esperienze generiche di dolore, insonnia, batticuore, convulsioni violente, grida. All’interno di un più ampio discorso che propone di considerare la malattia come *prassi corporea* l’antropologa americana Nancy Scheper-Hughes definisce gli “attacchi di nervi” dei tagliatori di canna da zucchero dell’Alto do Cruzeiro come «atti di sfida e di dissenso che registrano graficamente il rifiuto di sopportare ciò che è, nella realtà, insopportabile» (Scheper-Hughes 2000: p.289), veri e propri atti di protesta iscritti nei corpi. Secondo la studiosa infatti, in particolari situazioni sociali, le contraddizioni socio-politiche emergono in maniera performativa attraverso espressioni di dolore e di affezioni dei corpi degli individui che le esperiscono. Parlare di “nervi” permetterebbe dunque ai soggetti che soffrono di trovare una categoria culturale (e nosologica) attraverso la quale spiegare la propria situazione, e di più, di trovare un canale, come può esserlo la ricerca di medicalizzazione, per portare alla luce il proprio dissenso. Inoltre l’interesse della Scheper-Hughes per questo fenomeno è correlato alla trasversalità geografica dell’utilizzo del termine “nervi” che nelle sue variazioni (*nervi*, *nevra*, *nervios*) è presente nelle narrazioni di malattia raccolte in posti diversi e fra gruppi di varia collocazione sociale.



Il secondo dato è che il bisogno del farmaco sia motivato con una diretta localizzazione biografica: “ho pianto perché ho rivisto mia nipote”. Queste caratteristiche le ho ritrovate con una certa ridondanza all’interno dei dialoghi fra medici e pazienti nei consultori e in particolar modo nella richiesta di un ansiolitico. Gli eventi che richiedevano di volta in volta una medicalizzazione attraverso sostanze psicotrope, nelle modalità di espressione dei pazienti, erano spesso legati alla sfera del familiare e del domestico, una lite fra coniugi o fra genitori e figli, o un conflitto lavorativo, la morte di un parente. In alcuni casi vi era una breve descrizione del quadro sintomatologico, che includeva l’insonnia, l’inappetenza o una più generica situazione di ansia. Nella maggior parte dei casi la motivazione della richiesta del farmaco aggrumava attorno alla narrazione di un evento biografico. “Ho litigato con mio figlio”, “Ho scoperto che mio marito mi tradisce”, “mia sorella è stata ricoverata in ospedale”, sono alcune delle motivazioni addotte dai pazienti nella richiesta di *amitriptilina* e *diazepam* all’interno dei consultori medici.<sup>79</sup>

Questo differentemente da ciò che avveniva, come vedremo, all’interno delle istituzioni psichiatriche, dove i pazienti hanno modo di costruire un processo che per astrazione porta dalla narrazione di un evento percepito come dolente, all’analisi del vissuto. Nei consultori la richiesta dello psicofarmaco si mantiene sul piano della narrazione del quotidiano. Il medico di famiglia non sembra intraprendere nessun processo interpretativo nei confronti della richiesta di medicalizzazione del paziente, né demandare ad altri specialisti tale processo. Il farmaco diviene il medio dell’interazione diretta fra il medico e l’evento dolente. La mancanza di elaborazione di un vero e proprio diagnostico che motivi la somministrazione del farmaco sembra restituire l’idea che non sia il corpo a dover

---

Questa ridondanza nell’uso del termine nervi come categoria nosologica è spiegabile, secondo la studiosa americana, in relazione alla forza “culturale” e la plasticità semantica del termine stesso. I nervi sembrano configurarsi come categoria interpretativa estremamente flessibile di un determinato stato di malessere: utilizzata dalle classi popolari per esprimere e drammatizzare un disagio di tipo sociale, tale categoria sembra essere oggi entrata a far parte del linguaggio medico acquistando lo spessore di una categoria nosologica “a portata di mano”.

<sup>79</sup> Si fa qui riferimento ai periodi di osservazione svolti presso i consultori medici del Municipio dell’*Habana Vieja*, *Centro Habana*, *Cerro* e *10 de Octubre*, durante i seguenti periodi: Ottobre-Dicembre 2007, Aprile-Giugno 2008; Febbraio-Aprile 2009.

essere medicalizzato ma la vita stessa, ovvero che gli eventi che possano essere addomesticati attraverso una somministrazione farmacologica.

Il fatto stesso che la richiesta di uno psicofarmaco sia pensabile in un piano informale, come nel caso in cui il medico è fuori dal suo luogo di lavoro e la persona che chiede non è quella che ha sollecitato la visita domiciliare, può essere considerato informante rispetto alla frequenza di questo genere di richieste. Quando ho chiesto al dott. Aramis se gli capiti sovente che gli vengano richieste prescrizioni fuori dal consultorio, lui mi ha risposto che proprio per la frequenza di questa pratica lui porta sempre con sé il ricettario, perché la gente gli chiede ricette anche se lo incontra per strada. Quando poi gli ho domandato se queste richieste includessero psicofarmaci e con quale frequenza, ha esclamato ironico: «non ti dico come l'aspirina, ma quasi!». <sup>80</sup>

Secondo il parere dei medici che ho intervistato, il 40% della popolazione adulta fa uso di psicofarmaci: «ad esempio, una persona è triste o è nervosa per aver subito un lutto, e cerca *meprobamato*<sup>81</sup>, o *diazepan*»<sup>82</sup>. Il ricorso facile al medicamento, e ancor di più il ricorso facile al sedativo, sembrano essere elementi comuni nella società contemporanea, ma in uno Stato in cui la condotta farmacologica della popolazione è interamente regolata dal Governo e non esiste la possibilità legale di acquistare un farmaco senza una prescrizione medica, neppure una semplice aspirina, l'abuso di certe sostanze non può essere messo in connessione con le leggi del mercato globale.

«La popolazione non è ben educata rispetto all'utilizzo dei farmaci, o forse lo è eccessivamente, nel senso che conosce i nomi delle medicine e sa cosa chiedere» mi dice Dagmilys, medico di famiglia di uno dei consultori del *Reperto Martí (Municipio Cerro)*, un quartiere periferico dalla struttura urbana molto più

---

<sup>80</sup> Intervista a dott. Aramis, 27 marzo 2009, (registrata)

<sup>81</sup> Il *meprobamato* è un farmaco che sembra aver avuto una vita sociale complessa in questa isola. Negli anni novanta, nel *periodo speciale*, probabilmente a causa di un brusco cambio di dieta, una gran percentuale di cubani ha patito di problemi muscolari. La cosa deve aver avuto proporzioni importanti poiché viene definita e ricordata dagli storici della salute locali come una "epidemia di neuropatie". E' in questo periodo che comincia a diffondersi il *meprobamatro*, un farmaco prodotto nell'isola, che diventa medicamento per la popolazione affetta dal problema, e, contemporaneamente, se legato all'alcool, una droga a buon mercato.

<sup>82</sup> *ibidem*

simile a quella degli agglomerati abitativi rurali che al resto della città (fig. 6). Quando chiedo alla dottoressa di entrare nel dettaglio per quanto riguarda ciò che intende rispetto all'educazione all'utilizzo dei farmaci, lei mi spiega che esiste un programma televisivo che si chiama "La dose esatta", e che parla dei farmaci di più comune utilizzo, spiegandone uso e controindicazioni. Secondo la dottoressa, questo programma assieme alle "chiacchiere fra vicini di casa", ha messo la gente comune nella condizione di conoscere i nomi dei farmaci e le loro proprietà d'uso.

Così ti arriva un paziente che sa che il vicino di casa ha avuto x problema e ha preso y farmaco, e ti chiede la stessa cosa. A volte perché si autodiagnostica, a volte semplicemente perché pensa che sarebbe più sicuro avere quel farmaco in casa, in caso di necessità. (...) I farmaci bisogna pagarli, eppure sembra che la gente sia felice di chiedere prescrizioni, di qualunque genere<sup>83</sup>

Come nel nostro paese, su una ricetta medica oltre al nome del farmaco è indicato il nome e il codice del medico che l'ha prescritto, il nome e il numero della carta d'identità del paziente a cui è destinato. Eppure è molto frequente, rispetto alla mia esperienza nei consultori, che si chiedano ricette mediche a nome di un parente o di un vicino, e che il medico compili prescrizioni senza fare troppe domande. I consultori sono sempre sovraffollati, la gente che arriva per una visita molte volte ha anche un problema da raccontare, e la burocrazia ruba molto tempo, così spesso chi viene al consultorio solo per una prescrizione si somma alla finestra e va via con i suoi "papelitos" [letteralmente "fogliettini", ma è il modo in cui gergalmente si chiamano le ricette] senza troppa difficoltà.

«Se le persone non escono dal consultorio con un fogliettino in mano, non escono contenti»<sup>84</sup>, ho sentito commentare ad Haydè che da venticinque anni è infermiera di un consultorio dell'Habana Vieja, di fronte ad una paziente che insisteva per una prescrizione. L'importanza della prescrizione risiede nel fatto

---

<sup>83</sup> Intervista alla dott.sa Dagmilis, 18 marzo 2009 (registrata). Il consultorio della dottoressa Dagmilis si trova nel "Reperto Martí", un barrio del *Municipio del Cerro*, periferico e vicino all'aeroporto della città, con un modello di urbanizzazione distinto da quello del *Municipio del 10 Octubre*. Per distribuzione delle case, unità abitative di un solo piano, distanziate l'una dall'altra da piccoli giardini, e per la conformazione delle strade, popolate da capre e maiali, il *barrio* somiglia a un villaggio di provincia più che al resto della periferia urbana.

<sup>84</sup> Consultorio Medico del dott. Fabio Quintana, *Barrio Catedral, Habana Vieja*

che essa è l'unico oggetto materiale che passa all'interno della relazione terapeutica, rappresentando dunque la prova, il precipitato materico dell'avvenuta interazione di cura (Fainzang, 2005 *trad. it.* 2009; Schirripa, 2009).

Lasciare il consultorio con un "fogliettino" significa lasciarlo con la prova che la relazione di cura ha avuto luogo, significa portar via la promessa stessa della guarigione. La ricetta medica è una disposizione che definisce qualcosa che deve essere eseguito in un certo modo, trasferendo nell'ordine del discorso il gesto terapeutico. La posizione del paziente rispetto a tale discorso può essere di volta in volta di sottomissione, se egli accetta la posologia con cui gli viene prescritto il farmaco, di negoziazione se egli interviene nella somministrazione aggiungendo nuove regole o mutando quelle fornitegli, o di resistenza se egli decide di non prendere il farmaco (Fainzang, 2005). In ogni caso la prescrizione segna il fattore interveniente del medico nell'agire quotidiano del paziente, e nel caso in cui, come avviene nelle situazioni descritte, la prescrizione non sia mossa dall'intenzione del medico ma da una precipua richiesta del paziente, essa sembra segnare non solo la prova dell'avvenuto intervento di medicalizzazione, ma il desiderio dello stesso da parte del paziente.

Quando il paziente, nel realizzare una richiesta d'intervento del medico nella sua situazione di malessere, non richiede una diagnosi, ovvero non necessita di nominare l'esistenza di una malattia come evento, come condizione alterata che necessita l'azione medica, ma si concentra sulle cause nella vita quotidiana che provocano il suo malessere, che tipo di intervento egli sta richiedendo al medico?

Come mostrato nel primo capitolo, il medico di famiglia è una figura centrale nell'impresa medica cubana, ma è anche una delle figure alle dipendenze statali che mostra di essere più partecipe della vita della popolazione. Il medico visita i pazienti nelle loro case, vive nel loro stesso quartiere condividendone spesso le problematiche, si occupa delle famiglie in maniera trans generazionale e in molti casi è interpellato dai propri assistiti nella risoluzione dei conflitti familiari. Ciò ci permette di pensare che attraverso la richiesta di medicalizzazione, i pazienti chiedano in realtà l'attenzione del proprio medico. Inoltre considerando che, in un sistema sanitario com'è quello cubano, in cui il medico rappresenta in qualche modo lo sguardo dello Stato per tutto ciò che pertiene alla salute e alla vita

intima dell'individuo, potremmo ipotizzare che il paziente, attraverso la richiesta del farmaco, cerchi di attrarre e deviare lo sguardo che lo Stato posa su di lui. In questo modo la medicalizzazione del quotidiano non sarebbe considerabile una pratica di oggettivazione delle sofferenze degli individui, ma un'azione di soggettivazione degli stessi. Attraendo lo sguardo medico su di sé il soggetto realizza, infatti, un atto di presenza ma anche una richiesta di presa in carico delle proprie difficoltà, chiede ovvero, ad uno Stato che dirige e che pianifica, di tenere in conto le sue precipue difficoltà, legate appunto alle pratiche del quotidiano (Ong, 2005).

Se questo ragionamento ci fornisce una chiave analitica per comprendere la richiesta degli psicofarmaci da parte dei pazienti all'infuori della presenza di un diagnostico e in maniera vincolata alle difficoltà quotidiane, rimane da riflettere sulla sovrabbondanza di tali richieste. I pazienti, secondo i medici che ho avuto modo di intervistare, richiedono spesso più farmaci di quelli che potrebbero consumare e tendono ad accumularli in casa. Durante l'intervista al dottor Aramis, affrontando questo tema, gli ho chiesto cosa pensasse del fatto che i pazienti chiedessero prescrizioni mediche in maniera sovrabbondante rispetto al loro bisogno.

Qui la gente è abituata a mettere da parte le cose per i tempi difficili, è abituata a mettere da parte il cibo, è abituata a mettere da parte le lenzuola, io credo che faccia lo stesso con i farmaci. Si sente più tranquilla a tenerli, a metterli da parte. Solo che siccome non può comprarli senza prescrizione chiede al medico ricette su ricette<sup>85</sup>

La possibilità di acquisire [*adquirir*, letteralmente nell'intervista], poter entrare in possesso di qualcosa che si ritiene necessario è un'argomentazione che ha molto a che vedere con le difficoltà della vita quotidiana della media dei cittadini cubani. Abituati a lunghe file per la distribuzione dei generi alimentari, abituati alla possibilità che un determinato prodotto non sia disponibile sul

---

<sup>85</sup> Intervista a dott. Aramis, 27 marzo 2009 Il prezzo dei farmaci non è molto alto, ma neppure così basso da giustificare l'abuso. Una confezione di ibuprofene costa un paio di pesos (moneta nazionale, quindi 8 centesimi di dollaro), un ciclo di antibiotici può costare attorno ai 20 pesos (siamo sempre a meno di un dollaro), ma va considerato che una pensione si aggira sui 120 pesos mensili, e che lo stipendio medio è di 500 pesos.

mercato anche per lunghi periodi, risulta comprensibile che possano ragionare in termini di accumulo di beni di consumo.

### *Il programma nazionale di medicazione*

Nel 2009 la Rivista Cubana di Medicina Generale ha pubblicato uno studio sulla condotta farmacologica della popolazione. Lo studio, svolto su un campione di popolazione di 1055 abitanti, ha rilevato che più della metà degli intervistati faceva uso regolare di farmaci, fra i quali è stata individuata una presenza massiva di antipertensivi, antinfiammatori non steroidei, e psicofarmaci<sup>86</sup>. Discutendo dell'uso e dell'abuso di psicofarmaci su scala mondiale, gli autori dell'articolo affermano:

Praticamente tutto il mondo occidentale ha accesso ad una pillola dorata [*pildora*] che calma lo stress, riduce la tendenza alla depressione o l'angustia della vita, che non mancano ai giorni nostri a causa delle tensioni della vita quotidiana contemporanea. Per questa ragione la promozione farmaceutica rappresenta spesso una minaccia all'uso appropriato dei farmaci. (...) La trasformazione dei farmaci in beni di consumo, promossa dalle imprese produttrici e molto spesso con poco o nessun controllo da parte delle autorità sanitarie, ha portato a generare una società medicalizzata<sup>87</sup>

I farmaci a Cuba non vengono sponsorizzati, e non esistono i così detti "prodotti da banco", ovvero, qualunque farmaco necessita di prescrizione medica. Questo dovrebbe avvallare quanto suggerito dagli autori dell'articolo nel brano citato, in merito alla rigida regolamentazione della condotta farmacologica dei cittadini cubani rispetto agli abitanti degli altri paesi.<sup>88</sup>

---

<sup>86</sup> Nello specifico clorodiazepoxido, meprobamato, e benzodiazepine, ossia antidepressivi e ansiolitici generici.

<sup>87</sup> *Consumo de medicamentos referidos por la población adulta de Cuba, año 2007*, pubblicato all'interno della *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 2009; 25(4) 5-16. Gli autori dello studio e dell'articolo sono sei specialisti in Farmacologia che lavorano presso il Centro per lo sviluppo della Farmacoepidemiologia di Cuba [*Centro para el desarrollo de la Farmacoepidemiología*]

<sup>88</sup> E' inoltre interessante osservare come anche nel frammento dell'articolo scientifico riportato, l'uso degli psicofarmaci sia narrato dagli autori come strettamente legato agli episodi della vita quotidiana, che producono negli individui stress e angustie, più che alla diagnosi di disturbi legati alla salute mentale degli individui, o all'insorgere di problematiche legate alla storia delle persone. In questo senso è possibile comprendere

In tal senso, l'articolo prosegue presentando *Il programma nazionale di medicazione*, che gli autori definiscono come la messa in moto di una strategia per la promozione dell'uso razionale dei farmaci. Lo studio presentato fornirebbe dunque la base teorica per la codifica di «elementi di comunicazione massiva, selettiva e personale»<sup>89</sup>. Il programma televisivo precedentemente menzionato “La dose esatta” può essere considerato un buon esempio di elemento di comunicazione massiva con lo scopo educare la popolazione al corretto uso dei farmaci. L'idea del programma è guidare a una corretta automedicazione, spiegando le proprietà dei farmaci, i loro benefici, ma anche le controindicazioni, e le interazioni dannose con altri farmaci. La redattrice dei testi del programma, Maria del Carmen, mi ha raccontato come, confrontandosi con amici medici rispetto alla riuscita del programma, le è capitato spesso di sentirsi dire che la visione de “La dose esatta” avesse aumentato e reso più esplicita la richiesta dei farmaci da parte della popolazione:

Molti medici mi hanno detto che sì, secondo loro era un buon programma perché metteva la gente in condizione di sapere che controindicazioni hanno i farmaci e li aiutava a non intossicarsi, però che al tempo stesso questo programma li aveva messi in crisi, perché la gente arrivava e chiedeva x medicina, senza sentir ragioni.<sup>90</sup>

Sul piano delle retoriche lo Stato si propone come regolatore attento della condotta farmacologica della popolazione, istituendo non solo campagne per la promozione di un corretto uso dei farmaci e negando la vendita libera fuori dalla prescrizione medica, ma anche costruendo livelli comunicativi esterni alla comunicazione fra strutture sanitarie e pazienti, come il programma televisivo preso ad esempio. L'osservazione di quanto avviene nei consultori medici sembra poter individuare un notevole grado di complessità per quanto concerne la

---

l'affermazione del dott. Aramis, che paragona un ansiolitico a un antipiretico generico come l'aspirina: anche lo psicofarmaco è considerabile un farmaco sintomatico, un farmaco cioè che come l'aspirina cura il sintomo e non la causa dell'insorgere del problema.

<sup>89</sup> *ibidem*

<sup>90</sup> L'intervista a Maria del Carmen si è svolta a casa sua il 3 aprile 2009. L'avevo contattata tramite un paziente dell'Hospital de Dia perché ero venuta a sapere che stava realizzando un documentario sull'Hospital de Dia dell'Hospital Fajardo. Il documentario è pronto da circa un anno ma in attesa di autorizzazioni da parte del Ministero e pertanto non mi è ancora stato possibile visionarlo.

condotta farmacologica della popolazione. Discutendo della disponibilità dei medici rispetto a questa richiesta di medicalizzazione, la direttrice del programma mi dice che è sua opinione che sia proprio il vincolo di familiarità fra medico e paziente a rendere accondiscendente il medico:

Il medico è molto intimo dei suoi pazienti, perché praticamente sono i suoi vicini di casa. Ci sono queste vecchiette che vanno dal medico e dicono, non so, mi fa male il braccio o cose così, e il medico non mette in dubbio, cioè semplicemente cerca di fare il possibile.

Nella prassi quotidiana tale processo di regolamentazione passa attraverso la relazione fra il paziente che chiede la prescrizione ed il medico che compila la ricetta. Il vincolo fra medico e paziente diviene ciò che “regola la regola”, ovvero ciò che si pone come vettore di mediazione fra la programmazione della condotta farmacologica e la reale fruizione dei farmaci da parte della popolazione. Da questo punto di vista, come rilevato attraverso il materiale etnografico preso in esame, è opinione di molti medici che la consapevolezza apparente, poiché legata a nozioni informative generiche e non a una conoscenza medica, rispetto all’uso dei farmaci, messa a sistema con la tendenza all’accumulo di cui discusso, abbia implementato il livello di richiesta di medicalizzazione da parte della popolazione.

Rispetto al tema specifico dell’uso degli psicofarmaci, la direttrice del programma mi ha raccontato di aver realizzato due puntate dedicate a *meprobamato* e *amitrietilina*, [quest’ultima è gergalmente chiamata la *pillola dell’allegria*], poiché essi sono tra i farmaci che più di sovente causano intossicazioni dovute a un’incorretta automedicazione.

Vedi, girando questo documentario sull’Hospital de Dia, mi sono resa conto che esiste ancora molto pregiudizio rispetto all’idea di poter fare un percorso di tipo psichiatrico per risolvere il problema. Per questo la gente spesso va dal medico di famiglia ma non vuole andare da uno specialista. Perché tu ti siedi dal medico, gli racconti quello che ti è successo, la lite che hai avuto con tuo figlio, o non so, i problemi che hai con il tuo capo sul lavoro, e ti aspetti che lui ti ascolti e poi ti dia una pillola che ti permetta di dimenticarti tutto... non è un caso se la chiamano la pillola dell’allegria, no?<sup>91</sup>

---

<sup>91</sup> ibidem



Nella narrazione di Maria, emergono alcuni dati d'interesse che richiamano quanto emerso nell'osservazione nei consultori medici, rispetto alla relazione fra psicofarmaco ed eventi della vita quotidiana. Anche nell'opinione della regista emerge quella connessione diretta fra richiesta del farmaco e possibilità di medicalizzare il quotidiano, che scavalca qualunque presupposto interpretativo rispetto alla vita del singolo individuo. Lì dove lo Stato si propone come regolatore della sua condotta farmacologica, il paziente sembra mettere in campo il proprio esercizio del sapere, che rimette in discussione la sua sottomissione al sapere medico. Paradossalmente chi sembra perdere di potere nell'interazione è proprio il medico, che in queste pratiche sembra eclissarsi nella sua possibilità di operare prescrizioni e rimanere mera figura di mediazione fra lo Stato che dirige e pianifica l'offerta sanitaria, e il cittadino che cerca di volta in volta la forma più conveniente di fruizione.

#### *La consulta medica come "filtro"*

La consulta del dott. Mario si svolge nell'*Hospital Pediátrico William Soler*, nella periferia dell'Habana (*Municipio Cerro*) (fig. 7). Il dott. Mario è un pediatra che ha avviato da qualche anno un programma sperimentale di consulta interdisciplinare in cui assieme ad una psicologa e a una psichiatra si occupa di disagi adolescenziali. Il programma non è iscritto all'interno della pianificazione nazionale dell'offerta sanitaria, ma è un'azione informale che si svolge all'interno di un servizio pubblico con il bene placido del direttore sanitario dell'ospedale.

L'idea di aprire una consulta interdisciplinare è stata suggerita al dottor Mario dall'abuso di psicofarmaci osservato negli ultimi anni nella popolazione cubana.

Nel 1975 si è avviato uno studio per sapere quante persone avevano subito un'intossicazione da psicofarmaci, durante un monitoraggio di tre anni furono individuati trenta casi. In questo momento nei servizi di salute pubblica puoi trovare trenta casi d'intossicazione da psicofarmaci ogni mese, mese e mezzo<sup>92</sup>

---

<sup>92</sup> Intervista del 22 ottobre 2009, presso l'Ospedale pediatrico William Soler

Così, mi racconta il pediatra, di aver pensato di poter utilizzare la consulta medica come un “filtro”, che permettesse di valutare quali casi fossero gestibili attraverso sostegno medico di tipo classico e quali necessitassero invece di un consulto psichiatrico specialistico, con lo scopo di migliorare la condotta farmacologica nella fascia giovanile. La moltiplicazione dei casi d'intossicazione da psicofarmaco sembra confermare l'idea, suggerita dall'osservazione delle consulte mediche, di una richiesta di medicalizzazione poco regolata e di una tendenza all'accumulo di farmaci che rende possibile un'automedicazione incorretta.

Quando però chiedo al dott. Mario che ruolo egli crede che giochi il medico di famiglia all'interno dell'educazione sanitaria nell'ambito della salute mentale, egli mi risponde:

Il paradigma medico del nostro paese è sempre stato molto paternalista, quindi quello che succede è che i giovani, ma anche gli adulti, vanno dal medico e si aspettano che questi risolva i loro problemi. Questo ha portato a una perdita di responsabilità da parte delle persone rispetto alla loro salute<sup>93</sup>

Abbiamo visto nel primo capitolo come sia usuale che i pazienti portino all'interno della loro relazione con il medico di famiglia non solo questioni di ordine fisico, ma anche problemi di carattere psico-sociale. Questo, nelle parole del dottor Mario, sembra essere anche il frutto di una politica sanitaria di stampo “paternalista” che pone l'accento sulla presa in carico del cittadino da parte dell'impresa medica, causando una deresponsabilizzazione dello stesso rispetto alla sua salute. Le difficoltà della vita quotidiana entrano in maniera diretta nella consulta medica, reclamano attenzione da parte del medico in quanto rappresentante di un sistema sanitario capillare e in ultima *ratio* di uno Stato con un alto livello di ingerenza nella vita del singolo individuo. In tal modo i pazienti reclamano attenzione, e in alcuni casi, come abbiamo visto, medicalizzazione diretta: mentre lo Stato promette di farsi carico della salute del cittadino attraverso la pianificazione dell'offerta sanitaria, il cittadino sembra richiedere che questi si faccia carico dei suoi problemi.

---

<sup>93</sup> *ibidem*

### *Il mercato grigio dei farmaci*

Autori come Medea Benjamin, Joseph Collins e Michael Scott, hanno teorizzato l'esistenza a Cuba di un'economia informale, una forma di scambio di merci che si sviluppa parallelamente al mercato ufficiale proposto dallo Stato, e che è rappresentata da un mercato nero, che muove nella piena illegalità, ma anche di un mercato che gli autori definiscono "grigio", ovvero da una zona franca, in cui piccoli escamotage permettono di sfuggire ad alcune regole della compravendita ufficiale senza incorrere in pesanti sanzioni. Un esempio di mercato grigio potrebbe essere rappresentato da un coltivatore diretto che non dichiara l'esatta quantità dei beni prodotti e ne rivende una piccola parte a privati, evadendo dalle tasse statali, o da un ristorante che vende al dettaglio alimenti destinati alla cucina, come uova o pesce (Benjamin, Collin, Scott, 1992).

I farmaci occidentali arrivano a Cuba attraverso donativi da parte di organizzazioni non governative straniere, o attraverso percorsi informali legati ai vincoli di parentela o di amicizia. Si potrebbe ipotizzare anche l'esistenza di transazioni illegali. Io non ho mai assistito né sentito parlare di mercato nero dei farmaci, come invece è capitato rispetto alla tecnologia o all'abbigliamento. Rispetto a questo varrà ricordare che nelle regole doganali vi è un tetto economico massimo di oggetti elettronici trasportabili (computer, videocamere, lettori dvd...) relativamente basso (si aggira attorno ai 2000 euro di valore dei prodotti), mentre il tetto dei medicinali trasportabili con un solo visto turistico è di 10 kg, senza limiti di valore economico. Questo suggerisce che il Governo permetta e da un certo punto di vista promuova l'idea che gli stranieri importino farmaci che possano essere poi immessi nel circuito locale. Più che di un mercato nero dei farmaci si potrebbe dunque parlare di un mercato grigio, una zona di non-illegalità, fluida, che si aggruma attorno ai vincoli di amicizia e alle relazioni di parentela, e di scambi informali.

Nel momento in cui, come avveniva all'interno del Centro di Salute Mentale durante i colloqui di ricovero, lo psichiatra chiede al paziente se ha parenti all'estero che possano "facilitargli" l'accesso a un farmaco che non è in commercio

sul mercato locale, il farmaco sembra divenire luogo di trattative non già di una diagnosi quanto di un legame di ordine familiare.

Durante un primo colloquio che avrebbe determinato il ricovero di una paziente all'interno dell'*Hospital de Dia*, ad esempio, lo psichiatra domanda, come di consueto alla paziente se ha parenti all'estero che possano mandarle farmaci, e di specificarle in quale nazione si trovano questi parenti, in modo che egli possa indicare il nome preciso che quel determinato farmaco ha sul mercato. Quando la paziente risponde che ha una sorella negli Stati Uniti e una cugina in Spagna, lo psichiatra le chiede con quale delle due donne lei considera di avere il rapporto più stretto, aggiungendo che il farmaco è caro e chi glielo procura deve essere una persona molto interessata alla sua salute o con un livello economico alto. La signora dopo aver riflettuto un po' risponde che preferisce chiedere a sua cugina, con la quale ha un rapporto di maggior affetto e che ha un buon livello economico.

La possibilità di ricevere un farmaco, come quella di ricevere aiuti economici di altro genere, nella società cubana, è vincolata al supporto che può essere fornito dai parenti che vivono all'estero. Così, se normalmente il farmaco rappresenta la prova, l'istanza materiale, dell'avvenuta interazione fra medico e paziente, e dunque della relazione di cura, in questo caso sembra inoltre rappresentare la prova del legame con il parente emigrato.

Ma non solo. Tornando a quanto espresso dal dott. Aramis quando definisce l'accesso della popolazione ai farmaci nei termini della *possibilità di ottenere [adquirir]* prodotti che non sono disponibili sul mercato locale definisce anche lo statuto socio-economico delle persone. E se il farmaco, come oggetto commerciale, è implicato in questa dinamica, esso diviene, assieme ad altri prodotti come elettrodomestici o capi d'abbigliamento, un bene di consumo che definisce e corrobora lo *status* del paziente. Il farmaco assume così l'importanza di un oggetto che stabilisce relazioni, uno strumento che consente di legittimare ruoli sociali, non solo nel campo della relazione diretta medico-paziente, ma anche nelle altre relazioni corollarie che pure hanno pertinenza nel processo di cura, come quella paziente-famiglia, paziente-società.

*Farmaci senza diagnosi*

Nella prima parte, nel capitolo *Nazionalizzare la diagnosi*, si è discusso il rapporto fra ingresso del mercato del farmaco nell'arena politica della salute e costruzione delle categorie diagnostiche. Si è cercato di dimostrare come, lì dove le grandi imprese farmaceutiche non sono un attore sociale rilevante nel circuito politico ed economico, la costruzione delle categorie nosografiche rimanga più fluida, meno legata a quella parcellizzazione di cui è capofila la logica del DSM. Questa diversa codificazione nosografica, come sostenuto, muta il rapporto fra diagnosi e cura, e di conseguenza la prescrizione e il consumo dei farmaci.

La logica della specificità nella costruzione diagnostica, tipica dei paesi capitalisti, può essere, infatti, considerata il frutto di due processi fra loro correlati. Da una parte le regole della governamentalità legate al mercato dei farmaci richiedono che essi provino di possedere un determinato effetto su uno specifico target perché il loro uso venga legittimato all'interno della pratica biomedica; e d'altra parte per poter dimostrare questa efficacia i ricercatori devono essere capaci di classificare le classi di *disorders* secondo una modalità standardizzata, ovvero adottando quel modello efficacemente definito "disease specificity" (Rosemberg, 2002).

In questo modo gli psichiatri che accettano di utilizzare il manuale diagnostico DSM divengono misuratori ancor prima che interpreti. In accordo con il pragmatismo dell'efficacia dell'applicazione del farmaco, lavorano sul patologico come se esso fosse una categoria "disfunzionale", ovvero in una logica in cui un disturbo è misurato attraverso i suoi sintomi sulla scala della disfunzionalità dell'individuo rispetto al suo ambiente (Lakoff, 2005).

Nel caso cubano sembra invece di assistere a una messa tra parentesi della diagnosi. L'utilizzo dello psicofarmaco, da una parte rimane legato alla logica della presa diretta sul sintomo, che è considerato ciò che riduce la capacità dell'individuo di reagire in maniera corretta agli stimoli datigli dall'ambiente. Dall'altra il medicinale sembra rimanere del tutto svincolato dalla diagnosi, e rompere con quella logica della specificità di cui sopra, in due modalità diverse a seconda che la sua fruizione si collochi in maniera interna o esterna alla

partecipazione del soggetto ad un più complesso regime di cura di carattere psicologico o psichiatrico.

All'interno d'istituzioni precipuamente deputate alla costruzione di iter psicoterapeutici, il farmaco perde di rilevanza e acquisisce, come vedremo, una funzione di accompagnamento al lavoro del terapeuta con il soggetto.

Fuori da tali istituzioni, il medico di famiglia rimane il principale responsabile della gestione della condotta farmacologica della popolazione non ospedalizzata. Egli può prescrivere psicofarmaci come ansiolitici o antidepressivi pur non effettuando nessun tipo di diagnosi e non rimandando a nessuno specialista in particolare. L'accesso al farmaco risulta così svincolato dalla diagnosi come evento che si colloca nell'interazione fra il medico e il paziente, la medicalizzazione è diretta in maniera più o meno consapevole, a seconda che si tratti di una prescrizione *ad hoc* o di un'automedicazione, ai problemi della vita quotidiana.

Ciò sembra suggerire che fuori dalle regole del mercato globale, le categorie nosografiche non posseggano il medesimo potere di definizione all'esterno di un determinato sistema in cui alla diagnosi corrisponde il suo trattamento. Il paradosso che si produce è che questo scollamento, fra elaborazione di una diagnosi e accesso alla medicalizzazione diretta attraverso il farmaco, non diminuisce le percentuali di consumo di psicofarmaci da parte della popolazione, ma solo la percentuale di "malati". Abbiamo affermato in apertura del paragrafo come la portata simbolica del farmaco, come oggetto ambiguo, debba essere ricercata nella sua doppia valenza di presidio sanitario e di prodotto commerciale. A Cuba questa doppia valenza sembra essere sottolineata dalla doppia traiettoria di accesso al farmaco qui delineata. Il farmaco in vendita nel mercato locale, il cui accesso è mediato dall'interazione fra medico e paziente, e il farmaco reperibile solo all'interno di un mercato straniero, il cui accesso è mediato dall'interazione fra paziente e famigliari emigrati.

Gli psicofarmaci reperibili localmente per somministrazione sembrano divenire simbolo di un'interazione diretta del medico sulla vita dell'individuo, un gesto d'aiuto più che di cura. La richiesta dello psicofarmaco può essere in tal senso interpretata come la volontà di creare una condizione di "dicibilità" del

disagio o del problema di cui il paziente si fa portatore, una domanda di riconoscimento a cui si abbina una richiesta non già di una cura, quanto di un agente chimico che, con l'immediatezza e la precisione di un bisturi, rimuova il problema. Nell'intimità della relazione con il medico, il problema personale del paziente trova uno spazio di espressione, s'inserisce in una richiesta di aiuto. Tuttavia tale richiesta, espressa attraverso il dominio del linguaggio dei farmaci, sembra rivendicare un posizionamento da parte del paziente. Una negazione di quella struttura prescrittiva rappresentata dalla ricetta.

Richiedendo in maniera diretta il farmaco, nominandolo con il gergo proprio della medicina, il paziente sembra operare una sorta di torsione del linguaggio specialistico, che diventa torsione del vincolo di cura fra medico e paziente. Non è il medico che richiede al paziente una condotta farmacologica, non è il medico che somministra, è il paziente che attrae e in qualche modo devia lo sguardo medico che si poggia su di lui (Ong, 2005).

Operando una torsione del linguaggio specialistico attraverso la richiesta diretta dello psicofarmaco, il paziente sembra rinegoziare il proprio posizionamento all'interno dell'arena politica della salute. Egli negozia il proprio diritto a prendere parola attraverso la dimostrazione di competenza (conoscere il nome del farmaco), e contestualmente denuncia il proprio bisogno di aiuto, vincolando la richiesta del farmaco stesso ai problemi del quotidiano.

D'altra parte gli psicofarmaci reperibili solo sul mercato straniero, sembrano spostare il destinatario della richiesta di aiuto e di riconoscimento del gradiente di difficoltà della vita diaria, fuori dalla relazione fra Stato e Individuo. Tale richiesta, indirizzata al parente lontano, diviene un vettore di comunicazione fra il cittadino e l'ex-cittadino, ricalcando il collaudato modello delle "rimesse dei migranti" verso la propria famiglia di origine.

## Fabbricare terapeuti

*La psicoterapia es una tecnologia:  
recursos, juicios y practicas*

Isidoro Baly, durante una riunione  
d'equipe<sup>94</sup>

Questo paragrafo riflette sulla formazione degli psicoterapeuti cubani, analizzando da una parte i momenti didattici (esplicitamente connotati come tali o impliciti) ai quali ho avuto modo di assistere durante il periodo di ricerca presso il Centro di Salute Mentale, e dall'altra il percorso di formazione del formatore, il dottor Baly, lo psichiatra che dirige l'Hospital de Dia, attraverso la sua storia di vita, raccolta in un'intervista.

Come strumento di analisi utilizzerò il concetto di dispositivo elaborato da Michael Foucault, e poiché tale concetto è stato pensato dal filosofo francese per l'analisi di istituzioni come carceri e manicomi, che sono state storicamente caratterizzate da un alto livello coercitivo (Foucault, 1977), metterò a sistema il discorso foucaultiano con le categorie analitiche elaborate dall'antropologo canadese Allan Young nello studio della Sindrome da Stress Post Traumatico [Post Traumatic Stress Disorder, PTSD]. Mutuerò dalla riflessione di questo autore l'idea che in un'istituzione sanitaria di carattere psicoterapeutico possano essere individuati più livelli, o codici, comunicativi. Young individua nell'istituto<sup>95</sup> dove svolge la sua etnografia principalmente tre codici: quello eziologico, che si dà nel momento in cui al paziente è "assegnata" una diagnosi, e che sovrascrive un'identità di carattere nosologico sul soggetto; un codice terapeutico, che si compone del linguaggio dell'interpretazione dei sintomi e delle narrazioni dei soggetti, e che subordina il paziente all'autorità del terapeuta; ed un terzo codice, che Young definisce "istituzionale", che si dà nel momento in cui le interpretazioni dei terapeuti passano al vaglio del direttore dell'istituto e vengono segmentate e indicizzate per produrre ciò che l'antropologo chiama "knowledge product", *prodotto di conoscenza* (Young, 1995).

---

<sup>94</sup> «La psicoterapia è una tecnologia: strumenti, giudizi e pratiche.»

<sup>95</sup> Una delle sedi del NIHM (*National Institute Health Mental*) che si occupò negli anni ottanta della ricerca psichiatrica sui veterani di guerra.



Tale codice sottomete i terapeuti all'autorità dell'istituzione. Ciò che si pone in atto è dunque un processo di *reificazione*: la narrazione della sofferenza viene trasposta dal terapeuta in una geografia di segni e sintomi, che separano il dolore dal suo contesto personale, storico, sociale. Nel momento in cui il terapeuta affida la propria interpretazione al direttore, la sofferenza subisce il secondo distacco: prima separata da chi la esperisce, poi anche da chi la interpreta. Oggettivata da queste separazioni la sofferenza è divenuta categoria diagnostica, procedimento terapeutico, ideologia.

Proverò a utilizzare l'analisi che Young fa dei codici comunicativi come strumento euristico per leggere i livelli di comunicazione all'interno dell'*Hospital de Día*. Un tale procedimento permette, a mio avviso, attraverso un'ottica comparativa, di evidenziare meglio le pratiche situate, discutendo le modalità in cui le relazioni di cura cambiano, in relazione al cambiamento dei modelli diagnostici, ed in senso più ampio al cambiamento degli attori sociali che partecipano alla costruzione politica di tali modelli. Nell'analisi delle interviste ai pazienti e nell'osservazione delle modalità d'accesso all'istituzione, ho sostenuto come non sia possibile individuare un codice comunicativo di tipo eziologico, poiché al paziente non è assegnata una vera e propria diagnosi, che concettualizzi in categoria la sofferenza individuale.

Cercherò ora di mostrare come il secondo codice comunicativo individuato da Young, quello terapeutico, sia presente nel centro e secondo quali direttrici, punti di contatto e differenze, esso si modula. Per far questo farò riferimento a un'esperienza peculiare cui ho potuto partecipare durante la mia esperienza di ricerca presso il Centro di Salute Mentale, ovvero "il gruppo docente" che segue la "psicoterapia del gruppo chiuso del martedì". Il gruppo chiuso del martedì è un'esperienza sperimentale che ha coinvolto tredici ex pazienti dell'*Hospital de Día*, e che si svolgeva una volta a settimana il martedì pomeriggio. Con "chiuso" s'intende che, a differenza dell'*Hospital de Día*, dove ogni settimana ci sono nuovi ingressi e le psicoterapie si svolgono in gruppi i cui componenti sono determinati dagli ingressi e dalle dimissioni settimanali, questo gruppo ha avuto una durata di sei mesi con pazienti fissi, che hanno seguito tutta la durata della terapia. La richiesta di realizzare una psicoterapia di un "gruppo chiuso" con ex pazienti

dell'*Hospital de Día*, accompagnata da un momento di revisione che prese il nome di "gruppo docente", a quanto mi è stato raccontato, è stata del dott. Leiva, il secondo psichiatra del Centro. L'idea che muoveva la richiesta era che l'equipe terapeutica avesse una sede sperimentale e distaccata dalla routine dell'*Hospital de Día* per riflettere sui metodi psicoterapeutici utilizzati dal dott. Baly, psichiatra più anziano del gruppo e responsabile del centro.

### *Il setting terapeutico*

Ogni martedì pomeriggio i membri dell'equipe si riuniscono dopo l'una, bevono il caffè assieme e scherzano. La soglia del gioco fra loro è molto alta e la comunicazione interpersonale è informale quando non goliardica. Prima delle due comincia la psicoterapia di gruppo. Tutti i pazienti sono seduti in circolo ma solo il dott. Baly è seduto con loro. Gli altri membri dell'equipe, ed io con loro, rimaniamo seduti alle sue spalle. Quando la terapia termina, i pazienti escono e l'equipe si riunisce per la discussione. Questo è un gruppo "docente" (fig. 8-9). Ciò che l'equipe discute non è la condizione dei pazienti, o per lo meno non solo, ma i *recursos* (metodi) usati dal terapeuta, le finalità di certi interventi, l'andamento generale del gruppo. Lo scopo, come Baly non si stanca di ripetere, è che ciascun membro dell'equipe apprenda a dirigere una psicoterapia.

Il gruppo di pazienti è composto da 13 persone, 7 donne e 6 uomini, tutti di recente dimissione dall'*Hospital de día*, ricontattati da Baly per partecipare a questo esperimento. Tutti i partecipanti hanno consapevolezza della cifra didattica che tale esperienza ha per l'equipe.

La sessione terapeutica comincia sempre con un momento di silenzio: «Lo psichiatra "mette un silenzio" (spiega il dott. Baly all'equipe) e aspetta che qualcuno prenda la parola. Il silenzio è difficile da sopportare per il gruppo»<sup>96</sup>. Il silenzio è rotto da uno dei partecipanti che, quando più sommestamente, quando in maniera più brusca, prende la parola e comincia a raccontare un avvenimento o una riflessione svoltisi nell'ultima settimana. Lo psichiatra interrompe le

---

<sup>96</sup> Riunione de'equipe post sessione terapeutica del gruppo chiuso del martedì, 17 marzo 2009

narrazioni per fare domande, per chiedere dettagli e poi comincia a creare ponti fra i vari partecipanti al gruppo facendo analogie fra situazioni comuni, o chiedendo a qualcuno che sensazione ha provato ascoltando il resoconto dell'altro, o, in altri casi, chiede di esprimere interpretazioni o opinioni. Durante la seduta Baly cambia spesso di posto, a volte si alza in piedi o si avvicina in particolare a un partecipante, creando momenti di contatto fisico. Durante la sessione il resto dell'equipe, oltre ad essere fisicamente collocata fuori dal cerchio, mantiene il silenzio: tutti prendono appunti assiepati dietro la scrivania come se fosse un vetro in una camera separata.

Bastavano poche battute della seduta perché i partecipanti smettessero di accorgersi della nostra presenza, anche se eravamo mediamente otto persone. In un paio di sessioni Baly ha volontariamente interrotto la discussione tra i pazienti chiedendo chi di loro avesse cognizione della nostra presenza, per dimostrare a loro (e a noi) quanto nella concentrazione della comunicazione interna al gruppo, tutto ciò che è fuori da quella comunicazione divenga un rumore di fondo e perda di rilevanza. Egli definisce questo processo "focalizaciòn" [focalizzazione].

Il processo di focalizzazione, ovvero l'idea che i pazienti siano concentrati solo sulla loro comunicazione con il terapeuta, permette di evidenziare ciò che Young intende per codice comunicativo di tipo terapeutico, che non è altro che l'esercizio del sapere precipuo dell'equipe: il sapere psichiatrico. I pazienti accettano questo codice d'interazione nel momento in cui si siedono in circolo e riportano i loro vissuti rendendoli passibili di analisi.

Poiché lo spazio della comunicazione è definito all'interno del cerchio, che diviene perimetro simbolico dell'attenzione del gruppo, ciò che avviene esternamente perde di importanza, esattamente come durante un gioco perde di importanza ciò che avviene al di fuori dell'area eletta allo svolgimento dello stesso. Ciò suggerisce che il setting terapeutico si collochi in una dimensione diversa da quella rappresentata dal tempo lineare e storico all'interno del quale i soggetti vivono.

Per questa ragione l'antropologo inglese Victor Turner suggerisce che il *frame terapeutico* possa essere considerato come un incontro rituale di carattere secolare. Turner, mutuando da Emile Durkheim la definizione di sacro come *set*

*apart*, ha definito gli spazi del sacro nel contemporaneo come dimensioni appartate dalla vita attuale. Ovvero come eventi che accadono separatamente dallo svolgimento quotidiano della vita, e che sono circoscritti da un repertorio culturale di azioni appropriate, di reazioni e d'interazioni (Turner, 1967).

Come un rituale secolare, il *setting* terapeutico prevede una sospensione del tempo lineare, la creazione di uno spazio in cui sono concesse solo un numero determinato di azioni possibili, che prevedono l'aderenza dei partecipanti alle regole del rituale stesso. Inoltre, come sottolineato dall'antropologo anglosassone James Davies, oltre a condividere con il rituale le geometrie del *set apart*, l'incontro psico-terapeutico condivide con esso anche la possibilità di gestire ed in qualche modo imbrigliare le emozioni: i partecipanti sono liberi di esperire le proprie emozioni e di verbalizzarle senza che ciò abbia una conseguenza diretta nello scorrere della vita reale (Davies, 2009: 81-82).

Analizzando il *setting* terapeutico preso in esame con gli strumenti offerti dalla letteratura scientifica citata, potremmo descrivere tale setting come un luogo *fictionale*, in cui le regole del gioco sostanziano il vincolo terapeutico: il paziente, che riconosce al medico un *saper fare*, accetta di rispondere alle domande che gli vengono rivolte affidando le sue vicende personali all'interpretazione e al giudizio medico. Il *come se* che definisce i contorni del gioco, è rappresentato dalla sospensione del tempo lineare all'interno della quale trova spazio l'analisi. Sospensione del tempo, ma anche sospensione dello spazio, poiché ai pazienti è richiesto di fare *come se* coloro che si trovano fuori dal cerchio non ci fossero.

Ed è appunto la presenza di spettatori silenti, che prendono parola solo in un secondo momento del gioco, quando il setting terapeutico propriamente detto è stato sciolto e i pazienti sono usciti di scena, che introduce un terzo livello o codice comunicativo, che potremmo chiamare didattico (Young, 1995).

La presenza di un codice comunicativo di tipo didattico è determinata dalla funzione esplicitamente pedagogica della riunione d'equipe. Attraverso questo codice le domande del terapeuta (svolte durante la sessione e rivolte ai pazienti) sono anche le domande del docente, che chiede all'equipe di riflettere sui passaggi logici della psicoterapia.

La prima domanda che il dott. Baly fa all'equipe dopo la psicoterapia è: «cosa ha fatto il terapeuta oggi e che obiettivi ha raggiunto durante la sessione?». A turno ciascuno deve dare una risposta a questa domanda e poi inizia il dibattito. Nella riunione che segue la seduta il codice didattico è più immediatamente evidente, ma i due codici, quello terapeutico e quello didattico, e i due momenti, quello dell'analisi e quello della formazione, non risultano realmente separati. Il fatto stesso che l'equipe assista alla terapia nel momento in cui essa si dà rende i due codici comunicativi inestricabilmente legati. E i momenti in cui, in maniera meta-teatrale lo psichiatra rompe la finzione scenica per richiamare la presenza di un pubblico, egli sta in qualche modo palesando la compresenza dei due diversi codici e contestualmente delle diverse intenzioni.

Al tempo stesso il codice terapeutico non risulta dimesso durante le riunioni dell'equipe, in alcune occasioni infatti il dott. Baly analizza le risposte emotive della sua equipe senza lesinare paragoni fra dinamiche interne al gruppo dei terapeuti e dinamiche interne al gruppo dei pazienti. Un esempio può essere costituito dal suo atteggiamento nei confronti di Regla, l'assistente sociale.

*17 marzo 2009, ore 17.00, Riunione de'equipe.* Baly come di consueto chiede al gruppo quali sono gli obiettivi che il terapeuta ha raggiunto nella sessione di oggi, [...] Regla (l'assistente sociale) rimane in silenzio. «potete anche sbagliarvi, ma dovete quantomeno rispondere!», un vocio generale copre il silenzio di Regla, Baly guarda Regla e le dice «guarda come ti aiutano, sei come Yani!». Yani è una delle pazienti, Baly dice spesso che lei fa leva sulla sua timidezza per accattivarsi il favore del gruppo perché protegga i suoi silenzi. Tutti tacciono a questa affermazione.

L'equipe non si trova in un terreno franco e durante l'apprendimento non può sottrarsi all'analisi. Baly, per la sua autorità e per il ruolo che gioca all'interno di questo contesto può decidere di volta in volta quale codice comunicativo usare, in quale registro guidare l'analisi: egli può mettere l'insegnamento nella terapia e la terapia nell'insegnamento. Così se il codice terapeutico subordina i pazienti all'autorità del terapeuta, quello didattico subordina l'equipe all'autorità dello psichiatra. E' un gioco complesso quello messo in atto nella costruzione di questo gruppo, con una finalità dichiarata da parte dello psichiatra che dirige la sessione. La terapia è nell'educazione e l'educazione è nella terapia.

*La formazione dei terapeuti*

Negli ultimi anni la formazione degli psicoterapeuti è stata oggetto di analisi da parte delle scienze sociali. Autori come Tania Luhrmann e James Davies hanno sostenuto come essa non possa essere considerata semplicemente come un processo di acquisizione di conoscenza o d'istruzioni tecniche e cognitive. Hanno altresì proposto di analizzare tale peculiare iter formativo come un processo che implica un divenire partecipanti e membri accettati di un gruppo, e in definitiva un particolare tipo di persone. (Luhrmann, 2001; Davies, 2009) Questi approcci, mutuano dai lavori di Lave e Werger sull'apprendimento situato, la distinzione fra apprendimento [*learning*] e istruzione intenzionale [*intentional instruction*]. Distinzione che serve a porre l'accento su come non possa essere individuata una relazione ostensiva fra l'istruzione intenzionale e l'apprendimento, ovvero su quanto le persone apprendano ben oltre la propria intenzionalità (Lave e Werger, 1991).

Vorrei provare a utilizzare queste riflessioni, per analizzare le peculiari modalità in cui si configura l'iter di formazione dei terapeuti nel Centro di Salute Mentale, mettendo in tensione dialettica i momenti di formazione a cui ho assistito con il percorso del formatore.

Per descrivere il processo di formazione al quale i suoi co-terapeuti sono sottoposti durante le riunioni d'equipe il dott. Baly utilizza il termine "*entrenamiento*", che potrebbe essere ben tradotto con la parola inglese *training* e che potrebbe trovare più affinità con il vocabolo italiano "allenamento", più che con quello formazione. Lo psichiatra, infatti, non offre alla sua equipe lezioni frontali, non crea momenti di verifica formali, e non lavora mai sulla teoria in sé, ma, proprio come un allenatore, mantiene l'attenzione sui casi cercando di garantire che i suoi collaboratori stiano al passo, mantengano il ritmo. Nei discorsi del dott. Baly le pratiche necessarie per divenire buoni terapeuti sono essenzialmente due. Da una parte la lettura, per cui tende a raccomandare i classici del pensiero psicologico sovietico, come abbiamo sottolineato nel quarto capitolo dedicato alla formazione teorica degli psicoterapeuti cubani; dall'altra la prassi, l'*entrenamiento* (allenamento), che egli pratica infaticabilmente con il suo gruppo,

per garantire, altro elemento ricorsivo nei discorsi, che quando lui non sarà più in grado di lavorare, loro sappiano prendere il suo posto.

La centralità del dott. Baly, il suo ruolo di docente nei confronti dell'equipe, è largamente percepita dai pazienti, sia perché formalmente è lui il responsabile dei ricoveri e delle dimissioni, sia perché è lui nella maggior parte dei casi a condurre le sessioni psicoterapeutiche.

«Baly è un leader naturale», è una frase che ho sentito spesso pronunciare dagli altri membri dell'equipe terapeutica, e a volte semplicemente «Baly è Baly». Basso di statura, profondamente autocritico e scettico nei confronti del suo stesso carisma, Isidoro Baly è uno dei pochi cubani di religione ebraica che vivono nell'isola. Abbandonato dalla madre quando era ancora piccolo, in circostanze che non mi sono note, è cresciuto con una nonna che l'ha educato ai principi della *Torah* e con un padre medico e *trabajador social* [assistente sociale] molto impegnato a occuparsi dei problemi altrui e, da ciò che mi raccontano i suoi colleghi e amici, non sufficientemente di quelli di suo figlio. Si è sposato giovane, un matrimonio durato pochi anni da cui è nata la sua unica figlia, che si è a sua volta laureata in medicina ma che si è trasferita in Israele dove attualmente vive e lavora.

Baly ha cominciato a raccontarmi la sua storia dicendo «io facevo lo psichiatra prima ancora di diventare medico», facendo riferimento al suo tirocinio in psichiatria, svolto un anno prima di laurearsi, fra il '79 e l'80, presso l'ospedale *Callixto Garcia*. L'intervista a Baly si è svolta nel *corpo guardia* [guardia notturna] dello stesso ospedale dove si è laureato e dove oggi fa il turno di notte una volta a settimana. Erano le dieci di sera e non vi erano pazienti nella sala d'attesa di psichiatria: «è l'unico posto dove puoi trovarmi da solo anche per un'ora o due», mi ha detto quando mi ha proposto questo luogo per l'incontro. Nel momento in cui si svolse l'intervista ci conoscevamo già da qualche mese, e Baly conosceva abbastanza bene i caratteri della mia ricerca. Così mi ha narrato la sua storia personale di medico intrecciandola con la storia della psichiatria cubana, un'ora e mezza di registrato in cui si affastellano vicende di carattere personale e osservazioni di natura più generale sullo sviluppo della sua disciplina nell'isola.

Dopo due anni di servizio sociale nella *provincia*<sup>97</sup>, in cui a soli 24 anni e appena laureato si era dovuto «assumere da solo la responsabilità di un intero policlinico», Baly fu richiamato a lavorare all'Habana da Gali Garcia: «dottore in scienza medica, uno dei pochi psichiatri rimasti a Cuba dopo la rivoluzione», fondatore del Centro di Salute Mentale dell'Habana Vieja e di un «club di ex pazienti nevrotici che si riuniva nel pomeriggio». In quegli stessi anni lavorava in quell'ospedale José Angel Bustamante, «lui lavorava con le tecniche di psicoanalisi individuale di Sullivan<sup>98</sup> e Gali Garcia utilizzava le tecniche di psicoterapia sistemica di Palo Alto». Dopo un periodo di formazione con Bustamante e Garcia, Baly parte per una *missione*<sup>99</sup> in Nicaragua, dove rimane per tre anni. Al suo ritorno all'Habana svolge dieci anni “entrenamiento” [training] di psicoterapia di gruppo con Hiram Castro-Lopez (l'autore del manuale analizzato nel capitolo quarto). Quando gli ho chiesto di parlarmi in maniera più dettagliata della sua formazione il dott. Baly non ha fatto accenno agli anni dell'università e si è concentrato sul tirocinio con quello che chiama il suo “maestro”:

Con Hiram Castro ho lavorato su tre concetti fondamentali: le tecniche, le modalità con cui si introducono i pazienti alle tecniche ed i tre livelli di

---

<sup>97</sup> A Cuba l'Università è completamente gratuita. Gli studenti non sono chiamati a pagare tasse durante gli anni di frequenza. Anzi ricevono un piccolo bonus economico (dell'ordine dei due o tre dollari mensili, a seconda della facoltà), ma al termine del corso di laurea ripagano il proprio corso di studi svolgendo due anni di “servizio sociale”, ovvero di lavoro a bassissimo salario in località scelte dallo Stato. Mentre solitamente i laureati in ingegneria, in architettura o in altre discipline vengono perlopiù assegnati a luoghi di lavoro non troppo lontani dalla loro residenza, i medici sono spesso mandati “in provincia”, ovvero nei piccoli villaggi rurali che scarseggiano di risorse sanitarie. Tale pratica è talmente consolidata che i medici chiamano il servizio sociale “gli anni in provincia”.

<sup>98</sup> Harry S. Sullivan (1892-1948) fu assieme a Erich Fromm (1900-80) uno dei principali esponenti delle correnti “psicologiche-sociali” della psicanalisi. Questi studiosi hanno sottolineato il ruolo della cultura materiale e dei fattori sociali nella formazione della personalità e nelle dinamiche interpersonali (Mecacci, L. 2007).

<sup>99</sup> I medici, che solitamente sono coloro che con maggior difficoltà ricevono permessi di uscita dalla nazione per motivi di ricongiungimento familiare o di formazione all'estero, possono invece richiedere di partecipare alle “missioni sanitarie” che lo Stato Cubano ha istituito in vari paesi dell'America Latina e in alcuni paesi africani. Molti medici trascorrono dunque periodi della durata variabile fra i due e i cinque anni impegnati in tali missioni, secondo il bollettino del Ministero di Salute Pubblica Cubano del 2009, 15.000 medici cubani sono impegnati in missione in 65 paesi. ([www.infomed.cu](http://www.infomed.cu))



psicoterapia (livello di terapia razionale, livello di terapia profonda e livello di appoggio che sono le tecniche di rilassamento ed i farmaci).<sup>100</sup>

Baly racconta di questo periodo come la “epoca d’oro” della psicoterapia cubana: «tutto andava benissimo finché non ci colse il *periodo especial*, molte persone scomparvero, molti se ne andarono dall’isola». Mentre nel principio degli anni novanta Cuba fu colta da un periodo di estrema povertà, per cui molti professionisti di ogni ambito disciplinare tentarono di cercar fortuna all’estero, Hiram Castro morì di cancro, e i suoi allievi diretti, fra cui Baly appunto, divennero gli eredi della pratica esperta nel campo psicoterapeutico. Dopo la morte del suo maestro Baly comincia ad avvicinarsi ad altre scuole di pensiero, pur senza abbandonare il metodo appreso, piuttosto cercando di contaminarlo con altre pratiche terapeutiche: «cominciai a leggere la psicoterapia della Gestalt<sup>101</sup>, approfondì la terapia sistemica, lessi autori come Milton Erickson e Jay Haley<sup>102</sup>, appresi alcuni rudimenti di neurolinguistica, ma senza abbandonare Vygotskij e Leontiev».

Quando chiedo a Baly di definire quelli che considera i suoi apporti al lavoro del suo maestro, mi risponde:

La differenza fra quello che faceva Hiram e quello che faccio io, è che io do degli esercizi, degli esperimenti ai miei pazienti, perché penso che l’unica cosa che può irrompere in un individuo con la forza di un’esperienza vissuta è un’altra esperienza vissuta, non un discorso.

Questi esercizi, la cui natura analizzeremo successivamente, pur essendo parte integrante del lavoro di Baly, e dunque del principale (per numero di utenti e per celebrità) Hospital de Dia dell’Habana<sup>103</sup>, non conoscono una restituzione

---

<sup>100</sup> Intervista al dott. Isidoro Baly, 18 giugno 2008, *Hospital Callixto Garcia*

<sup>101</sup> La Gestalt o teoria della forma fu un movimento del campo della psicologia sperimentale degli inizi del ‘900 che attacca l’idea di introspezione analitica, e rifiuta l’attenzione ai processi inconsci, in favore di un’analisi della relazione fra il dato fenomenologico e il processo neurofisiologico (Helson, 1969).

<sup>102</sup> Anche la teoria di Milton Erikson può rientrare nell’indirizzo psicosociale. Erikson operò negli USA dopo la seconda guerra mondiale (Mecacci, 2007). Jay Haley, membro del gruppo di Palo Alto, è uno dei fondatori della teoria sistemica (Bentrardo e Bianciardi, 2009).

<sup>103</sup> Il Centro di Salute Mentale dell’Habana Vieja, oltre ad essere, assieme all’*Hospital Fajardo*, la prima struttura a ospitare un *Hospital de Dia* a Cuba, gode di ottima fama

accademica, ovvero non rientrano nell'iter formativo ufficiale, e vengono insegnati dallo psichiatra solo ai suoi diretti collaboratori.

Riflettendo sul modo in cui pratica e formazione s'intersecano, sembra rilevante considerare come sia nei momenti didattici a cui ho partecipato nel Centro, sia nella narrazione della storia di formazione dello psichiatra-docente, l'accento venga posto sulle pratiche discorsive e conversazionali, sull'allenamento in senso lato, molto di più che sui momenti di apprendimento accademici e formali. La stessa istanza che muove le pratiche di insegnamento, l'idea che il maestro abbia degli eredi, sembra rispondere più ad una logica aurorale di trasmissione del sapere legata all'immagine del capo-guida, che ad un'istituzione formale di apprendimento. Baly ripete spesso, infatti, che la sua maggior preoccupazione è che i suoi co-terapeuti siano in grado di prendere il suo posto quando lui sarà andato in pensione. Lui stesso ha in qualche modo ereditato il titolo di "maestro" dopo la morte di Hiram Castro.

La distinzione applicata da Lave e Werger fra apprendimento e istruzione intenzionale, s'inspessisce in questo caso di una doppia ambiguità. Da una parte vi è un momento dedicato precipuamente all'istruzione intenzionale, che è la pratica accademica che diploma psicologi e laurea psichiatri. Dall'altra vi è l'apprendimento situato, che avviene sul luogo di lavoro, e che sembra avere a sua volta un doppio livello, quello intenzionale, legato al momento esplicitamente didattico rappresentato dalla riunione d'equipe che segue al gruppo del martedì. E quello informale, che si dà nel mescolamento dei codici comunicativi di ordine didattico e terapeutico che lo psichiatra che guida la sessione può costruire quanto con i pazienti quanto con i co-terapeuti. La priorità data a questo secondo momento nella prassi lavorativa, può essere interpretata come priorità assegnata al sapere di cui si fa portatore il formatore più che all'istituzione ufficialmente deputata alla formazione.

Come sostenuto da Luhmann e ripreso da Davies, il training a cui gli psicoterapeuti sono sottoposti può essere analizzato come una modalità situata di costruzione di precipi valori, conoscenze e credenze. Potremmo dunque dire che,

---

presso il Governo, che ha destinato al Centro uno dei palazzi recentemente restaurati del centro storico.

nel caso di questo centro, il perno di tali valori non è la pratica disciplinare in sé, ma la centralità del ruolo dello psichiatra come guida. (Luhmann, N. 2001, Davies, J. 2009)

### *La produzione di conoscenza*

Nella sua etnografia svolta all'interno di un'istituzione psichiatrica per la cura dei veterani di guerra, citata all'inizio del paragrafo, Young rifletteva sulla produzione di conoscenza all'interno di un dispositivo terapeutico [*knowledge product*]. La conoscenza prodotta all'interno di tale dispositivo è, secondo l'antropologo canadese (Young, 1995), la costruzione stessa del quadro diagnostico della PTSD [Post Traumatic Stress Disorder].

Anche all'interno del Centro di Salute Mentale è possibile parlare di una produzione di conoscenza, ma essa, in mancanza di un vero e proprio codice eziologico, e, come ipotizzato, della necessità stessa di creare o ratificare i quadri nosografici, si aggruma del tutto attorno alle pratiche. La prassi terapeutica diviene così il motore ma anche il prodotto di tale processo di costruzione di conoscenza. Svincolata dall'assegnazione di una diagnosi, la terapia acquisisce un valore centrale all'interno della costruzione non solo del vincolo fra terapeuta e paziente, ma anche di quello fra docente e discente.

Se il codice didattico subordina il co-terapeuta al suo formatore (lo psichiatra), non vi è però un vero e proprio codice istituzionale che garantisca il ritorno, all'interno dei saperi accademici, ufficiali, della conoscenza prodotta, come avviene per la codificazione della PTSD. La conoscenza prodotta che non conosca un ritorno istituzionale rimane altresì appannaggio della piccola comunità che ne fruisce, i co-terapeuti che ne fruiscono in qualità di discenti e i pazienti che tendono a ristrutturare le proprie narrazioni del sé secondo il lessico mutuato dalla psicoterapia, come sosterrò nel prossimo capitolo. Il dottor Baly è stato "allenato" da Hiram Castro, ed è oggi a sua volta "allenatore", secondo un procedimento di trasmissione relazionale del sapere che rimanda più da vicino alle modalità tipiche dei contesti informali che alla costruzione di un sapere di carattere istituzionale. Affermando ciò non s'intende privare di scientificità il

percorso di formazione dei terapeuti cubani, ma al contrario riflettere sulla distribuzione dei ruoli di guide all'interno di tale società, e dunque in un senso più ampio, sull'analisi del rapporto fra Stato e individuo nella Cuba di oggi e quindi su ciò che costituisce uno dei nodi problematici di questo lavoro.

Come argomentato nella prima parte del lavoro, Cuba è uno Stato in cui esiste una rigida programmazione dei curricula formativi all'interno delle accademie, al punto che la selezione degli autori che possono essere studiati passa attraverso un confronto della loro compatibilità, quando non aderenza, con il pensiero filosofico di matrice marxista-leninista. Ciò aveva comportato ad esempio l'esclusione del modello Freudiano dai curricula universitari negli anni '60, nonché la scelta di non adottare il manuale diagnostico in uso su scala globale, il DSM, poiché considerato inadatto al modello olistico di cura della persona proposto dalla strutturazione sanitaria nazionale.<sup>104</sup>

Affermare che in uno Stato dove esiste un così stretto legame fra scelte curriculari e ideologia dell'*elite* governativa, la prassi terapeutica possa essere considerata più il prodotto di un'educazione informale che avviene all'interno delle singole strutture e come risulti strettamente legata alle capacità e al carisma dello psichiatra che riveste il ruolo del formatore, significa porre l'accento su quello scollamento, esistente fra costruzione di un apparato teorico nazionale e le pratiche del quotidiano. Significa interrogarsi sulla possibilità che esistano dei margini in quello che sembrerebbe il "tutto pieno" della forma dominante.

In maniera non del tutto dissimile dai meccanismi che sostanziano l'economia informale, è possibile teorizzare l'esistenza anche di un piano dell'educazione informale, che non agisce nell'illegalità (non si parla di rimettere in circolo testi sottoposti a censura, ad esempio), ma che costituisce una zona grigia all'interno della quale si produce conoscenza negli interstizi delle istituzioni, nei momenti in cui al piano ideologico si sostituisce l'urgenza della prassi. Quando il dott. Baly fa riferimento, ad esempio, alla Scuola Sistemica di Palo Alto, egli sta esplicitando il legame dell'esperienza terapeutica cubana con una corrente di studi statunitense, che pur concettualmente presente nella costruzione del pensiero

---

<sup>104</sup> Cfr. capitolo secondo e terzo

psichiatrico cubano non è mai citata esplicitamente nei manuali universitari. Ugualmente quando dichiara di aver contaminato il metodo appreso da Hiram Castro con la lettura della terapia della Gestalt e di autori come Milton Erikson, egli propone un modello terapeutico flessibile che sfugge alle rigide revisioni degli standard proposti dal Governo, ma non rompe con la strutturazione dell'offerta sanitaria. Egli nel far questo non intraprende un braccio di ferro con le istituzioni, non propone la lettura dei teorici di tale scuola presso le accademie, ma semplicemente indirizza la prassi terapeutica dei suoi collaboratori verso una rotta che egli considera efficace.

La produzione di conoscenza nell'ambito della formazione degli psicoterapeuti sembra configurarsi, dunque, non come un prodotto di resistenza contro i canali ufficiali di trasmissione del sapere, quanto piuttosto come un processo opaco. Un processo difficilmente intellegibile nelle macro dinamiche che costituiscono e sostanziano gli itinerari accademici, ma riscontrabile nei micro-itinerari interni alle istituzioni. Un sapere interstiziale che si colloca ai margini rispetto al piano del discorso ufficiale, ma che sostanzia la prassi terapeutica.

### *Il Centro di Salute Mentale come dispositivo terapeutico*

In conclusione ritengo sia possibile analizzare il Centro di Salute Mentale preso in esame come un dispositivo, utilizzando quanto teorizzato dal filosofo francese Michael Foucault, come strumento euristico per l'analisi di tale istituzione terapeutica. Ovvero considerare il Centro come un sistema nel quale interagiscono dinamicamente i discorsi teorici sulla salute dell'individuo, e le predisposizioni filosofiche che sottendono alla costruzione del percorso di cura, le norme sociali e giuridiche che segnalano l'appropriatezza dell'individuo all'intorno familiare e sociale o la sua necessità di partecipare a un precipuo iter terapeutico, l'edificio come struttura architettonica adibita a setting e lo Stato in quanto finanziatore e amministratore della struttura in ciascuna delle sue parti.

In tale dispositivo esistono i soggetti, nel senso che l'esistenza stessa del dispositivo ne sostanzia l'identità. Quando nell'analisi della microfisica del potere il

filosofo francese Michael Foucault introdusse il concetto di dispositivo, egli intendeva, infatti, porre l'accento su come il potere vada analizzato come produttore di una pratica discorsiva (Foucault, 1973-74, *trad it.* 2003). Con ciò s'intende che all'interno di un dispositivo i soggetti non sono semplicemente piegati a un potere che li amministra e governa, ma sono sostanzialmente costruiti dalla stessa esistenza di tale potere. Il terapeuta esiste in quanto tale poiché esercita la propria professione all'interno del dispositivo terapeutico, e la costruzione della sua identità di terapeuta è prodotta proprio dalla quella rete fra discorsi, istituzioni, norme sociali e giuridiche e amministrazione economica con cui abbiamo definito l'esistenza stessa del dispositivo.

Che il potere fondi l'esistenza stessa del soggetto, non significa che il soggetto esaurisca la sua individualizzazione nell'adesione al potere, egli la definisce piuttosto in maniera dinamica attraverso un complesso processo di assoggettamento/resistenza al dispositivo. L'esistenza di un potere e di un contropotere, ovvero di una possibile strategia di resistenza del soggetto, impedisce la chiusura del circolo dialettico e permette al sistema di sopravvivere (Foucault, 1977; Revel, 2003). Ma la dicotomia potere/contropotere non esaurisce a sua volta l'esistenza del soggetto, che altrimenti vedrebbe preclusa qualunque possibilità di azione, se non appunto il contribuire a mantenere il dispositivo stesso.

Esiste una dissimmetria fra l'agito del potere e le posizioni di resistenza.<sup>105</sup> Questa dissimmetria, questo scollamento che Foucault chiama *potenza o divenire soggetti*, propone l'idea di una produzione di senso, una messa in tensione di saperi, che non si colloca in una ragione oppositiva nei confronti del potere, quanto in una creativa, in-intenzionale (Foucault, 1978 *trad. it.* 1994). Nel caso preso in esame, la formazione dei terapeuti nel Centro di Salute Mentale "Francisca Panchica", potremmo definire la produzione di conoscenza all'interno di tale dispositivo come in-intenzionale poiché non sembra esistere una volontà formale di ampliare il discorso sul metodo e di creare saperi aggiuntivi, quanto l'idea che

---

<sup>105</sup> La resistenza di cui si discute in questo paragrafo è quella che si produce fra i due dispositivi in analisi, quello istituito dal Governo attraverso le strategie sanitarie nazionali, attraverso la formazione accademica dei terapeuti, e quello del Centro di Salute Mentale come luogo di produzione di conoscenza.

tale produzione creativa messa in circolo nella micro-comunità dei terapeuti del centro foraggi le capacità dei singoli.

Il potere produce degli effetti di libertà, che si collocano a latere dei sistemi normativi. Lì dove lo Stato Cubano costruisce rigidi binari di un'educazione formale, la prassi sfugge alle maglie strette del controllo, costituendo non tentativi rivoluzionari di dis-adesione al discorso dominante, ma operazioni creative che si danno proprio all'interno di quelle istituzioni che di tali discorsi dovrebbero costituire il perno.

## Come si costruisce un paziente

*C'era una volta un artista molto arrabbiato che scribacchiava cose di ogni genere, e dopo la sua morte guardarono nei suoi quaderni e videro che in un posto aveva scritto: «I savi vedono i contorni e perciò li disegnano». Ma in un altro posto aveva scritto: «I pazzi vedono i contorni e perciò li disegnano».*

Gregory Bateson, *I metaloghi*

Nel celebre metalogo, riportato in calce all'inizio del paragrafo, Mary Catherine Bateson infante chiede al padre "perché le cose hanno i contorni?". Padre e figlia metalogando<sup>106</sup> sul concetto di contorno, lo annodano al concetto di prevedibilità, utilizzando come *exemplum* la partita a croquet descritta da Lewis Carroll in *Alice nel paese delle meraviglie*. In questa singolare modalità di gioco, in cui le mazze sono dei fenicotteri, che *forse* piegheranno il collo e non colpiranno la palla, e le palle sono porcospini, che *potrebbero* decidere di correre in una traiettoria del tutto diversa da quella suggerita dal colpo, non è possibile costruire un vero regime di prevedibilità, ovvero stabilire delle regole fisse che fungano da contorni del gioco. Ciò che rende la partita im-prevedibile è il carattere stesso degli strumenti da gioco, ovvero il loro essere esseri viventi: «Perché se avessero creato un pasticcio in un altro modo qualunque i giocatori avrebbero potuto imparare a cavarsela. (...) Ma una volta che si fanno entrare degli esseri viventi, diventa impossibile. (...) è proprio il fatto che gli animali sono capaci di prevedere e imparare che li rende l'unica cosa imprevedibile al mondo. E pensare che noi facciamo le leggi come se le persone fossero del tutto regolari e prevedibili» (Bateson, 1953 *trad. it.* 2008).

La psichiatria il cui oggetto di conoscenza emerge dall'incontro fra la narrazione soggettiva del paziente e gli schemi clinici interpretativi ha avuto

---

<sup>106</sup> Un metalogo è, nel lessico Batesoniano, è una conversazione su un argomento problematico costruita in modo che la struttura della conversazione si ponga in tensione dialettica con il suo contenuto (Bateson, 1972 *trad. It.* 2008).



difficoltà ad iscrivere la malattia mentale nell'ordinato mondo delle cose stabili (Lakoff, A., 2005).

La stabilità del pensiero biomedico è nata basandosi sull'oggettivazione della malattia, sulla sua astrabilità dal contesto relazionale e situazionale in cui si dà. Un paziente affetto da insufficienza renale cronica, può avere alle spalle una storia di alcoolismo, essere portatore di una deficienza alla nascita, avere i reni danneggiati da un tumore, ma il processo biochimico di cui è carente rimane il medesimo, dieci diversi medici eseguirebbero la medesima diagnosi. La malattia mentale non si offre allo sguardo medico con la stessa dattità materiale, ed è forse per questo che, con ricorsività nella storia della psichiatria, essa doveva venire "mostrata", per essere curata.

Prendendo a prestito la metafora batesoniana potremmo dire che la psichiatria assomiglia alla partita a croquet giocata da Alice, dove l'imprevedibilità data dalla soggettività del paziente, sia nel modo in cui esperisce la propria sofferenza, sia nel modo in cui interagisce con la terapia, rende difficile la costruzione di veri "contorni", che perimetrino e oggettivino la malattia stessa. E nel caso delle nevrosi i confini si stemperano ancor di più, poiché non esiste un vero e proprio parametro che permetta di distinguere un "problema", da "un conflitto focale".

In questo paragrafo, cercherò di analizzare quali sono le modalità attraverso le quali la psichiatria cubana, e in particolare la prassi terapeutica dell'Hospital de Dia, costruisce i suoi contorni, delimitando ed in qualche misura costruendo la figura del paziente. Parlerò di costruzione prendendo a prestito il termine dalla tradizione sociologica anglosassone, i cui grumi tematici saranno riassunti brevemente nel corso del testo, ed utilizzando in particolare la storia di vita di Nelson, uno dei pazienti del Centro, e frammenti delle storie di altri pazienti. Porre l'accento su una storia di vita in particolare è un procedimento che ritengo utile per mettere a fuoco alcune delle modalità con cui i pazienti si narrano. Mettere in tensione le parole di Nelson con quelle di altri pazienti mi permette altresì di mostrare le ridondanze significative che diventano oggetto di analisi.

*Nelson*

Nelson ha quarantadue anni, è alto, magro e molto affabile. Lo conosco al gruppo del martedì, la psicoterapia di “gruppo chiuso” che Baly sta conducendo con alcuni ex pazienti dell’Hospital de Dia, di cui si è parlato nel precedente paragrafo. Quando propongo al gruppo di svolgere delle interviste sulle loro storie di vita, Nelson è uno dei primi a rendersi disponibile, ci accordiamo per un sabato pomeriggio e mi invita a casa sua, dove vive con il suo compagno e sua suocera.

Nelson ha vissuto con i suoi genitori e sua nonna fino all’età di dodici anni, nella provincia dell’Habana, fino a che i suoi non si sono spostati in un appartamento autonomo e lui ha deciso di rimanere con sua nonna. Durante le scuole superiori vive nel convitto della scuola, ma rimanendo ancora vicino alla nonna, da cui sente di “separarsi” veramente quando si iscrive all’università e va a vivere nel campus del suo ateneo all’Habana per studiare Lingua Russa e Inglese. Nell’86 Nelson si sposa, ma quando decide di trascorrere un anno di studio a Kiev la moglie lo lascia per un altro uomo. Tornato a l’Habana, nell’88, descrive la separazione dalla moglie come l’inizio della sua personale ricerca della propria sessualità: «mi dissi: semplicemente “devo cercare me stesso [mi mismo]”, trovarmi e dirmi “tu cosa vuoi?”». Nelson descrive questo cambiamento come un trauma: «Fu traumatico, ero completamente psicotico, andai da uno psicologo perché ero traumatizzato». Il consiglio di rivolgersi a uno psicologo per discutere la sua situazione gli arriva da una sua docente dell’università, che aveva notato dei cali di rendimento e dei cambiamenti nel suo umore. «Lo psicologo mi disse che dovevo imparare a convivere con la mia omosessualità. Mi costò molto lavoro accettare me stesso». Dopo il suo avvicinamento a uno psicologo, che Nelson descrive più nei termini di una buona amicizia che di una psicoterapia («andavo a casa sua, aveva una moglie molto simpatica e due bambini, o lui veniva a casa mia, era un vero amico»), intraprende la sua prima relazione omosessuale stabile, una convivenza di dodici anni. Al termine di questa relazione, dopo cinque mesi che definisce di “vagabondaggio”, Nelson incontra Joel, il suo attuale partner.

Nel 1995 perde sua nonna, e oltre al dolore della perdita si affianca un riacutizzarsi del senso di colpa nei confronti di sua madre, che gli rimprovera

durante il funerale di aver amato più sua nonna che lei. Nel '99 si ammala suo padre e Nelson comincia a essere “ossessionato” (cito testualmente) dall’idea di aiutare la sua famiglia, mentre sua madre osteggia la sua convivenza omosessuale («mi faceva guerra, ogni volta erano discussioni»). Nel 2000 comincia a lavorare per la televisione, nel 2004 suo padre si aggrava, passaggio che Nelson commenta dicendo: «e la mia psicosi aumentò». L’anno successivo, mentre si trova sull’*Isla de la Juventud* per il festival della televisione, durante una cena comincia a provare «nausea, affaticamento, mancanza d’aria, dolore al petto», si convince che si tratti di un infarto e chiama soccorso, sviene in preda al panico, gli racconteranno il giorno dopo che gridava “sto morendo, sto morendo”. Lo ricoverano e, dopo alcuni accertamenti, la mattina successiva la dottoressa che lo ha visitato lo “rimette” allo psichiatra: «mi disse che era evidente che si trattava di un problema di nervi». I medici che lo assistono interpretano la crisi come psicosomatica, gli parlano di “sindrome da isolamento”, ritenendo che il suo stato di stress fosse stato acuitizzato dalla sensazione di trovarsi su un’isola. Rientrato all’Habana, Nelson mi racconta di aver cominciato una terapia per il rilassamento, con sedute di digito terapia e agopuntura, non prende nessun farmaco.

Nel 2006 Nelson perde suo padre e si “destabilizza” nuovamente, non dorme, non mangia, fuma molto, litiga con chiunque gli sta intorno, questa volta si rivolge a uno psichiatra che gli prescrive una terapia farmacologica, *nitrazepan* (ansiolitico) alla mattina, e *amitrictilina* (tranquillante) prima di andare a dormire. Comincia con mezza pastiglia di ciascun medicinale, poi passa a una pastiglia intera, «alla radice di questo incremento dei farmaci dei forti dolori al petto», mi racconta.

I farmaci non leniscono i dolori, che persistono, così Nelson decide di “indagare”, si rivolge al suo medico di famiglia che lo manda da un ortopedico, gli diagnosticano una osteocondrite<sup>107</sup> e gli prescrivono *meprobamato* e *duralgina* (antinfiammatorio). Un cocktail di farmaci non particolarmente fortunato, mi racconta, sottolineando che anche questo però lo scoprirà solo in seguito.

---

<sup>107</sup> Con il termine osteocondrosi o osteocondrite si indica un gruppo di patologie che riguardano l’osso (*osteo-*) e la cartilagine (*condro*) e che hanno una eziopatogenesi degenerativa (*-osi*).

Nell'aprile del 2007 i dolori aumentano, Nelson si rivolge a un amico che lavora presso l'Ospedale Callixto Garcia, lì un reumatologo gli diagnostica una "fibromialgia"<sup>108</sup>, «molti la chiamano la sindrome del dolore perverso, è una malattia che affligge le zone muscolari e cartilaginee, ed è causata dallo stress». Così Nelson torna alla terapia farmacologica: *nitrazepan*, *amitricitilina* e *meprobamato*: «divenni quasi uno zombie». Per il suo stato riceve molte critiche sul lavoro e dagli amici «mi dicevano: non stai funzionando bene!». Al principio del 2008 si ammala sua madre, si succedono numerosi ricoveri, finché la donna muore nel giugno dello stesso anno. «E lì fu dove cadde la casa. L'edificio che io avevo costruito si deflagrò», sciogliendo la metafora, Nelson mi racconta come, dopo la morte di sua madre torna a non dormire, ad avere inappetenza ad avere discussioni e litigi nell'alveo privato e in quello lavorativo. Smette di fumare perché incolpa le sigarette della morte di entrambi i genitori, ma il suo nervosismo aumenta: «e così l'ansia... caddi in uno stato terribile», un suo amico gli consiglia di andare a farsi "valutare" da uno psichiatra e lo mette in contatto con il dott. Leiva.

Leiva gli parla di ricovero in *Hospital de Día* già al primo colloquio, ribadendogli che non può risolvere con i farmaci i suoi problemi. Nelson fa inizialmente resistenza all'idea, mi racconta come si vergognasse di portare al lavoro un certificato medico di tipo psichiatrico, di come avesse paura di essere giudicato, poi dopo una settimana si convince e accetta il ricovero diurno. Nelson mi descrive brevemente le attività del centro a cui prendeva parte, le psicoterapie e i giochi «che sembrano giochi ma non lo sono, tutto questo ti portava ad apprendere a conoscere te stesso», mi descrive l'equipe dei terapeuti come «dei professionisti ma capaci di tanta umanità» che associa alla capacità di svestire i panni dei medici fuori dalle sessioni di lavoro.

Quando gli chiedo di descrivermi la psicoterapia Nelson mi dice: «è come entrare dentro un labirinto o salire una scala che conduce a una soffitta, alle cose più nascoste e oscure della tua vita», mi racconta come grazie alla psicoterapia ha

---

<sup>108</sup> La fibromialgia, o sindrome fibromialgica o sindrome di Atlante, è una sindrome caratterizzata da dolore muscolare cronico diffuso associato a rigidità. Al dolore cronico, che si presenta a intervalli, si associano spesso disturbi dell'umore e in particolare del sonno, e astenia, ovvero affaticamento cronico. Inoltre la non-risposta ai comuni antidolorifici nonché il carattere "migrante" dei dolori sono peculiari della fibromialgia.

potuto scoprire «*la radice del suo trauma*», che identifica nella lite fra sua nonna e sua madre rispetto alla sua scelta di rimanere a vivere con la prima. Nelson ha trascorso quattro mesi in *Hospital de Día*, che ritiene, mi dice, abbiano cambiato sostanzialmente il suo carattere, e che per questo, venuto a conoscenza del gruppo chiuso del martedì, ha deciso di continuare: «voglio conoscere me stesso per essere migliore (...) perché nell'*Hospital de Día* tu analizzi ciò che ti succede nella vita, ma in questa terapia puoi andare più in profondità, ed io lì ho capito che non ero ancora guarito [*curado*]». Poiché usa il termine “guarito”, chiedo a Nelson se si considera malato [*enfermo*], mi risponde:

mi sono fatto questa domanda molte volte, io continuo a considerarmi un paziente, credo di non aver ancora superato molte cose che ritengo di dover superare [...] questa psicoterapia del martedì t'insegna a vivere, io non vivevo, convivevo con le persone, con le cose, ora sto cominciando a vivere.

Nel raccontarmi della sua decisione di rimanere a vivere con la nonna, mentre siamo appena all'inizio dell'intervista, Nelson anticipa come questo sia un elemento chiave per la comprensione dei problemi familiari che si sono sviluppati in seguito, oltre ad essere una delle cause centrali del suo senso di colpa. «Ma questo l'ho scoperto più avanti, da adulto», sottolinea come a voler scindere il tempo della narrazione da quello dell'evento, chiarendo che le riflessioni appartengono al tempo presente anche se accompagnano il tempo passato. Come poi sostiene nelle ultime battute dell'intervista, la comprensione dell'episodio della sua separazione dai suoi genitori in favore della nonna sia un'acquisizione direttamente legata alla psicoterapia.

Nella narrazione di Nelson, come in ogni narrazione, esistono dunque due tempi e due coscienze: quella legata al tempo dell'accadimento (in cui le cose avvenivano senza che lui ne comprendesse appieno il significato) e quella del tempo narrativo (quella in cui i significati sono stati compresi e possono essere restituiti narrativamente) (Ricoeur, 1990). Ma questo secondo tempo, questa seconda coscienza, è intimamente legata alla terapia. La terapia è, nella narrazione di Nelson, il medium che rende possibile il passaggio dalla prima alla seconda.

Un elemento di ridondanza nelle narrazioni degli ex pazienti dell'*Hospital de Dia* che ho avuto modo di intervistare (quattordici in totale), è costituito dall'utilizzo di alcuni vocaboli del lessico terapeutico di cui i pazienti sembrano in qualche modo essersi impossessati e che restituiscono nell'organizzazione delle proprie narrazioni biografiche. Mentre la mia domanda iniziale era molto ampia ("Raccontami di te, dove sei nato, dove sei cresciuto..."), Nelson ha cominciato la sua narrazione da una traccia, quella del suo senso di colpa nei confronti della madre e della sua localizzazione biografica. La sua storia di vita è già stata disciplinata dalla pratica psicoterapeutica, le riflessioni fatte in sede terapeutica si trasformano in veri e propri criteri narrativi.

Essendo essenzialmente basata sulla parola, composta di atti narrativi, la psicoterapia disciplina il linguaggio dei pazienti, ma al tempo stesso sono anche i pazienti a impossessarsi della pratica terapeutica. Lì dove il *saper fare* del medico è portato alla luce dal suo *saper parlare*, l'utilizzo da parte dei pazienti di vocaboli appartenenti al lessico terapeutico, può essere letta non solo come il segno di un assoggettamento al dispositivo di cura, ma anche di una volontà di impossessarsi di quello stesso *saper fare*.

Un fattore d'interesse è dunque, nel caso peculiare delle nevrosi, la possibilità che il malato entri in qualche modo a far parte degli esperti. Nel momento in cui prende parte alla pratica psicoterapeutica egli socializza con il lessico di tale pratica, se ne impossessa parzialmente, e di conseguenza si assume la sua parte di responsabilità nella gestione della propria salute.

Un indicatore di questo impossessarsi parzialmente del linguaggio psicoterapeutico è, ad esempio, l'uso oggettivato del concetto di "me stesso". Durante una sessione di psicoterapia, Baly aveva così commentato le lacrime di una paziente: «durante la terapia coloro che sono in lotta [*bronca*] sono il paziente e se stesso. Lo psichiatra è colui che sta nel mezzo per evitare che si uccidano»<sup>109</sup>. Questo "me stesso" interiore, che a volte lo psichiatra chiama ironicamente "quel figlio di puttana che è dentro di te" [*el hijo de puta que tienes adentro*], è l'oggetto del percorso di conoscenza dell'iter psicoterapeutico. Al paziente è chiesto di

---

<sup>109</sup> Sessione di Psicoterapia di Gruppo in *Hospital de Dia*, 29 ottobre 2009

riconoscere questa alterità interna, a cogliere l'intervallo che esiste fra "me" e "me stesso", questo intervallo, restituito dai pazienti nelle loro narrazioni anche fuori dalla terapia, è prodotto dal lavoro dello psicoterapeuta.

La coscienza soggettiva, il sé (*ipse*), lungi dall'essere immediatamente coincidente con l'io (*idem*), è investita del compito di divenire cosciente. L'*ipseità* è così qualcosa che ci appartiene e ci sfugge al tempo stesso, costituisce la nostra alterità interna, la nostra unicità, ciò che ci distingue dagli altri e al contempo da noi stessi.<sup>110</sup>

Durante la psicoterapia il paziente dunque "scopre" di non essere un'entità coesa: scopre che esiste dentro di sé un altro, e che quest'altro necessita di essere incontrato e conosciuto, come «salire una scala che conduce a una soffitta, alle cose più nascoste e oscure della tua vita», nelle parole di Nelson. La psicoterapia conduce allo scoprire che tale alterità interna esiste, a soggettivarla, rendendola oggetto del processo di conoscenza, poiché posta in essere da questo processo di conoscenza, la terapia può essere descritta come un apprendimento, dove «apprendendo a conoscere me stesso». La coscienza diviene in tal senso lo strumento attraverso il quale il soggetto diviene un oggetto per se stesso, il modo in cui egli può riflettere su se stesso e percepirsi in quanto riflettente e riflessivo (Butler, 1997, trad. It. 2005: 27). Essa è dunque strumento quanto oggetto di conoscenza.

Nell'ultima parte dell'intervista quando ho chiesto a Nelson come mai avesse deciso di procedere nel percorso psicoterapeutico anche dopo la dimissione dall'*Hospital de Día*, lui mi ha risposto che non riteneva di essere ancora completamente *curado*. *Curado* è una parola ambigua da tradurre in italiano, poiché significa sia *curato* (parola che pone l'accento sull'aver ricevuto una cura), che *guarito* (termine che denota solo che lo stato di salute è stato ripristinato). Così ho chiesto a Nelson se si sentisse *malato*, e lui mi ha risposto di sentirsi *paziente*,

---

<sup>110</sup> Questa concezione della soggettività sembra richiamare quella espressa da Paul Ricoeur nel suo saggio *Sé come un altro*. Il filosofo francese, infatti, individua nell'opera di Marx, Nietzsche e Freud una rivoluzione copernicana nello studio del soggetto e dell'intersoggettività. Questi studiosi, secondo Ricoeur, hanno avuto il merito di rendere oggetto di dubbio e dunque di ricerca non solo la realtà del mondo esterno, ma il mondo stesso della "coscienza soggettiva".

ovvero nella sua definizione di se stesso in rapporto con l'esperienza di sofferenza, egli poneva l'attenzione non sulla condizione, sull'insorgere del dolore, ma sulla relazione di cura, d'aiuto.

Si è discusso di come l'assenza di un vero e proprio dominio farmacologico si rifletta in un cambiamento del rapporto fra diagnosi e terapia, poiché non vi è un farmaco-freccia per colpire una malattia-bersaglio. Muta la modalità di identificazione del bersaglio, che non rimane piegata alle logiche della specificità e della standardizzazione. Nel suo ricovero presso l'*Hospital de Dia* Nelson non riceve una diagnosi, non gli viene offerta un'identità eziologica, ma viene impegnato in una pratica, quella terapeutica appunto.

Egli non può dunque esprimersi in un codice eziologico, non può narrarsi nei termini di una malattia specifica che reifichi la sua sofferenza. Ha però accesso a un codice terapeutico all'interno del quale descrivere il suo peculiare processo di approccio alla terapia. Lì dove non vi è il dominio della diagnosi sull'individuo, l'attenzione slitta dall'evento della malattia alla relazione di cura, Nelson non è "un depresso", o "un affetto da DAG" (Disturbo da Ansia Generalizzato). E' innanzi tutto un *paziente*. Così le tappe della sua storia di vita in cui ha ricevuto delle diagnosi (*la sindrome da isolamento, la sindrome del dolore perverso*), rappresentano solo dei tentativi di descrizione di un quadro sintomatologico che non producono un effetto di riconoscimento nel soggetto. Nelson, infatti, usa indifferentemente nella narrazione aggettivi come "psicotico" o lemmi come "malato di nervi", che lungi dall'individuare una realtà clinica, rispecchiano l'ingresso di un lessico psichiatrico nel parlare comune, che si riappropria delle parole della clinica come aggettivi peggiorativi, non differentemente da come avviene quando si insulta qualcuno utilizzando in maniera dispregiativa un termine medico.

Nella clinica cubana, il momento di elaborazione del diagnostico non è investito di una grande rilevanza (pratica e simbolica), poiché il paziente non "riceve" una diagnosi, ma viene incorporato in un processo terapeutico che in qualche modo può essere considerato trans-nosografico. Per questo motivo, potremmo ipotizzare che il soggetto di presa in carico da parte del dispositivo di cura non sia né "la malattia", né "il malato", quanto la persona. Prendiamo a prestito il lessico coniato da Allan Young nell'analisi del dispositivo psichiatrico



costruito attorno alla PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), cui si è fatto riferimento nel capitolo precedente. Come accennato nell'analisi dell'intervista di Nelson, potremmo affermare che non esista un vero e proprio *codice eziologico* che induca nel paziente un riconoscimento identitario di carattere nosografico (come s'intende ad esempio per definizioni come "un depresso", "uno ciclotimico" etc.). Ovvero, non c'è un contorno che distingua la malattia come cosa, né un contorno che descriva il paziente come malato.

Questa potrebbe essere considerata una delle ragioni per cui i soggetti intervistati tendono a descrivere la propria posizione con il termine "paziente", che pone l'accento sulla relazione di cura, piuttosto che in termini nosografici: il codice terapeutico è più rilevante del codice eziologico, ciò che crea il contorno è l'esistenza stessa della relazione di cura.

Ciò che inoltre rende peculiare questa relazione di cura che s'istaura tra medico e paziente nel contesto specifico in cui stiamo ragionando, è il tipo di legame che i medici costruiscono con i pazienti, il modo in cui viene modellato il *setting* della terapia, le modalità in cui medici e pazienti in quanto persone abitano gli spazi in cui agiscono. Ciò sarà oggetto della terza parte di questo lavoro.

### *Costruzione sociale di un paziente*

Esiste molta letteratura scientifica che indaga i processi attraverso i quali una persona sofferente divenga "un paziente". I sociologi americani David Pilgrim e Anne Rogers (Pilgrim, e Rogers, 2005) hanno sottolineato come, sotto l'influenza della sociologia della devianza e in particolare dell'opera di Erving Goffman sulla negoziazione storico-sociale delle categorie della devianza, molte delle ricerche nel campo della salute mentale prodotte negli anni sessanta-settanta comincino con uno studio della costruzione sociale della categoria di pazienti (*patienthood*). Ne sono un esempio i lavori di Daniel Levinson e Eugene B. Gallagher sulle analisi dei ruoli e delle strutture della socialità fra i pazienti del *Massachusetts Mental Health Center* (Levinson e Gallagher, 1964). O gli studi di R. D. Scott sulla perdita dell'*agency* che caratterizzava il divenire pazienti all'interno di un'istituzione

manicomiale, e sulla rilevanza di tale aspetto nel costruire una categoria stabile e coesa del malato mentale come “deviante” (Scott, 1973).

Questo approccio sociologico rimane tuttavia centrato sulle questioni individuate da Goffman in *Asylums*: la “costruzione sociale del paziente” è intesa all’interno di supposti meccanismi di detrimento della soggettività messi in atto dalle strutture manicomiali e ben rappresentati dal processo di spogliazione di qualunque avere e dalla distribuzione di uniformi comuni (Goffman, 1961). Il concetto di paziente di questi studi rimane dunque ancorato all’istituzione totale e non ci consentirebbe di discutere la categoria di paziente al di fuori del dispositivo manicomiale. Inoltre, l’uso stesso del concetto di costruzione sociale è stato, nell’ultimo decennio, sottoposto a revisione critica. Nella sua riflessione su quello che chiama “costruzionismo”, Ian Hacking mette in guardia sulle possibili derive dell’uso del concetto di “costruzione sociale”, e dall’effetto satisfattorio ed esemplificativo che esso tende a produrre.

La funzione della costruzione sociale è la critica dello *status quo*. (...) Le idee non galleggiano nell’aria, vivono all’interno di un contesto sociale. Chiamiamo dunque questo contesto matrice entro cui un’idea viene a configurarsi. (...) Quando leggiamo qualcosa sulla costruzione sociale di x, è molto spesso all’idea di x (nella sua matrice) cui si fa riferimento (Hacking, I. 1999 *trad. It.* 2000).

La matrice sociale costituirebbe dunque la messa a sistema dell’orizzonte storico, dell’interazione sociale e del libero arbitrio degli individui, in un’ottica che si fa erede del pensiero di Sartre e della filosofia di Heidegger, ma, contestualmente, rappresenterebbe il rischio di reificazione del discorso attorno all’individuo paziente in oggetto, in categoria acritica.

La tradizione sociologica post-strutturalista, ben rappresentata dal lavoro di Paul Miller e Nikolas Rose (Miller e Rose, 1988), si pone l’obiettivo di allargare il focus dell’impresa psichiatrica al di fuori dei manicomi. I due sociologi britannici non analizzano le pratiche psichiatriche esclusivamente all’interno di una logica legata al controllo coercitivo della società, ma s’interessano di come il dominio dei tecnici della salute del mondo psi- si sia esteso molto al di là dei confini delle strutture istituzionali. Larghe fasce di popolazione sono, infatti, coinvolte, scrivono

Rose e Miller, a causa dell'educazione e della diffusione mediatica di tali questioni, in una disposizione all'analisi psicologica delle proprie esistenze, che li spinge a far volontario ricorso a relazioni di cura come il *counselling* e la psicoterapia. Questa tensione della gente comune verso la scoperta di un sé, appartato e nascosto, che necessita di una precipua tecnologia per essere portato alla luce, ha esteso, secondo i nostri autori, il ruolo dei professionisti psi- nella regolamentazione delle pratiche del quotidiano.

Rose sviluppa ulteriormente questa argomentazione in un testo di due anni successivo al lavoro di ricerca svolto con Miller presso il Tavistock Institute,<sup>111</sup> *Governing the Soul* (1990). In questo testo il sociologo mutua da Foucault il concetto di confessione, come rito laico delle pratiche quotidiane. Ne *La volontà di Sapere*, Foucault così descriveva il processo attraverso il quale la confessione di matrice cristiana fosse divenuta una tecnologia clinica:

Attraverso una codificazione clinica del “far parlare”: combinare la confessione con l'esame, il racconto di se stessi con il dispiegamento di un insieme di segni e di sintomi decifrabili (...) è possibile far rientrare la procedura della confessione in un campo di osservazioni scientificamente accettabili (Foucault, 1976 trad. it. 2005: 60).

Rose sulla scorta di queste riflessioni sostiene che i rituali psicoterapeutici contemporanei mimino e parzialmente sostituiscano le vecchie enfasi religiose ed i pellegrinaggi spirituali, in un'ottica di tipo compensativo rispetto ai disagi che emergono nella modernità. Se, come sostenuto da Foucault, la crescita del protestantesimo, con la sua enfasi sulla colpa e sulla responsabilità del singolo, ha lanciato un ponte fra la religiosità di stampo medievale e le moderne culture del sé, caratterizzate, secondo Rose, da una sorta di ossessione indirizzata alla conoscenza di se stessi, le nuove versioni della confessione, come il *counselling* e le terapie psicologiche, sono divenute gli strumenti attraverso i quali le identità si “inscrivono sopra i soggetti” (Rose, 1990).

Nel precedente capitolo ho proposto di analizzare il Centro di Salute Mentale come un dispositivo, nell'accezione foucaultiana del termine, ovvero come

---

<sup>111</sup> Il *Tavistock and Portman Institute* è una clinica londinese in cui si lavora con metodo psicoanalitico.

una rete di discorsi e di pratiche che fonda e sostanzia i soggetti che vi appartengono. Se la soggettivazione rappresenta letteralmente, la costruzione del soggetto, il principio di regolazione attraverso il quale il soggetto viene formulato o generato (Butler, 1997 *trad. It.* 2005), il punto di interesse è come la soggettività dei pazienti venga a costituirsi in questo precipuo contesto.

*“Non stai funzionando bene”*

Yani è una ragazza di 25 anni che sta studiando per il diploma di informatico. Nel gruppo dei pazienti e in generale nel Centro di Salute Mentale è chiamata “la ballerina”, perché da quando era bambina balla flamenco nella scuola di danza in cui insegna suo zio. Durante l’intervista, svoltasi a casa sua in un pomeriggio di marzo, Yani mi ha raccontato di essere arrivata nell’*Hospital de Dia* dopo la fine di una relazione sentimentale: «mi ero depressa molto e la mia ex cognata mi consigliò di andare al Centro, lei era stata paziente di Baly e mi disse che lì mi avrebbero potuta aiutare»<sup>112</sup>.

Il fatto che la scelta di ricorrere a un servizio psichiatrico sia un suggerimento di amici e conoscenti è un elemento ricorsivo nelle narrazioni dei pazienti. Nelson racconta che i suoi amici gli dicevano che non “stava funzionando bene”. Yani racconta che la ex cognata riteneva che avesse bisogno di un aiuto professionale per affrontare la sua separazione. Marisela, la cui storia ho raccontato nel capitolo precedente, arriva al centro su suggerimento di un’amica di suo figlio.

Si è sottolineato come il medico sia coinvolto in una relazione plurale con la società oltre che in quella duale con il paziente, ma anche il paziente non sfugge a questa logica. Il momento della scelta di un precipuo iter terapeutico non vede l’individuo isolato di fronte al ventaglio delle possibili terapie. Ciascuno di noi è immerso in un intorno che può essere considerato, in maniera più ampia, la società in cui viviamo, ma anche in maniera più ristretta e tangibile gli amici, la famiglia, i colleghi di lavoro. Questo è l’intorno che legittima le nostre scelte, ciò che

---

<sup>112</sup> Intervista a Yani, 14 marzo 2009 (registrato)

l'antropologo John Jantzen chiama *therapy management group*, ovvero l'idea che un individuo sceglierà un percorso terapeutico fra quelli a lui disponibili anche secondo ciò che il gruppo sociale a cui appartiene autorizza come trattamento terapeutico (Jantzen, J. 1970). Un'indicazione di cura psichica non è un consiglio neutro, e il fatto che rientri nel passaparola fra amici e parenti suggerisce una socializzazione molto alta del ricorso alla pratica terapeutica, legata a problemi di comune insorgenza, come la fine di una storia d'amore.

Un paziente dello stesso gruppo, così ha narrato il suo primo avvicinamento ai trattamenti psichiatrici:

Avevo un'alopecia al sopracciglio destro: mi visitò un dermatologo e non era un problema dermatologico, mi visitò un neurologo e non era un problema neurologico e il neurologo mi disse "è che tu sei pazzo!" (*es que tu estas loco!*)<sup>113</sup>

L'intervista con Raudelis si è svolta a casa sua. Ci conoscevamo da circa due mesi, anche lui era un ex paziente dell'*Hospital de Día* che ha fatto parte del gruppo del martedì. Raudelis è un uomo di alta statura, di 38 anni. Quando durante l'intervista gli ho chiesto se il medico avesse usato esattamente la parola *loco* [pazzo]? Ha risposto di sì, raccontandomi la sua pessima reazione alla cosa.

In quel periodo Raudelis faceva parte della FAR, *Forzas Armadas Revolucionarias*. Così disse di non potermi raccontare nel dettaglio cosa facesse perché si tratta di segreti di Stato, ma descrisse il suo lavoro in termini di stress e di sforzo fisico. Quando gli ho chiesto se si fosse sentito "malato" [*enfermo*] ha risposto negativamente, ma ha aggiunto che se prima non era disposto a pensare che lo stress potesse portare un essere umano ad ammalarsi, con questa esperienza aveva appreso come questo possa succedere.

Nella storia di Raudelis ci sono stati tre ricoveri. Il primo, avvenuto durante gli anni della FAR e gestito da un'istituzione psichiatrica per militari, dove essenzialmente si operava, secondo i racconti di Raudelis, in termini di rilassamento e riabilitazione.<sup>114</sup> Il secondo nel Centro di Salute Mentale

---

<sup>113</sup> Intervista a Raudelis, 22 marzo 2009, (registrato)

<sup>114</sup> Per rilassamento s'intendono tecniche di respirazione come il training autogeno. Non è stato ad ogni modo possibile indagare meglio le metodologie usate in campo militare.

dell'Habana Vieja, dove Raudelis arriva su consiglio della sua vecchia psicologa, ormai amica, che lo "raccomanda" a Leiba, uno degli psichiatri del Centro. La "causa" di questo ricovero nelle parole di Raudelis è il senso di depressione causato dal collasso della sua quarta relazione sentimentale, «perché mi succedeva sempre la stessa cosa, ogni volta che avevo una relazione dopo un certo tempo terminava in un disastro [*iba a fracassar*]». Il terzo ricovero, che è quello a seguito del quale si è svolta l'intervista, è stato determinato da un periodo di stress lavorativo particolarmente intenso che è inoltre considerato da Raudelis e dai suoi medici la causa dell'ictus che l'ha colpito alla fine del 2008.

Il collasso di una situazione lavorativa particolarmente stressante compare nelle narrazioni dei pazienti, e nelle interviste d'ingresso cui ho assistito nei sette mesi trascorsi nella clinica, come una causa comune nella richiesta non già di una medicalizzazione immediata, ma di un più complesso iter di cura. Quando parlo di "causa" intendo ciò che viene localizzato biograficamente dal soggetto che racconta. Come ho già premesso, infatti, non è mio interesse analizzare ciò che accade da un punto di vista psicologico. Al contrario, la localizzazione biografica della causa del ricovero, la ricostruzione narrativa dell'insorgere del sintomo, come momento di rottura della normalità, può essere considerata informante rispetto alla costruzione sociale dello stato di disagio e di contro, poiché ogni categoria definisce il suo opposto, dell'immagine socialmente condivisa dello status di salute.

Nella situazione vissuta da Yani, il suo stato di depressione conseguente alla fine di una relazione amorosa è considerato nel suo intorno sociale inadeguato, come inadeguati sono considerati il nervosismo di Nelson e lo stress di Raudelis. Questo ci restituisce un'immagine di una società molto attenta alle relazioni funzionali, in cui il disagio nei confronti di una situazione che irrompe nell'equilibrio quotidiano è facilmente delegato a un tecnico della salute. Ciò può essere considerato intimamente legato a quel passaggio di carattere ontologico ma eminentemente politico, descritto nel capitolo precedente, dalla sanità pubblica alla salute pubblica. Non bisogna con ciò intendere che vi sia un controllo coercitivo da parte dello Stato nei confronti dell'amministrazione della salute mentale dei cittadini, quanto piuttosto che le politiche che modellano l'offerta

sanitaria influiscano nella formazione dei giudizi di valore della popolazione, della consapevolezza rispetto agli strumenti di cura a cui è possibile ricorrere, della soglia di attenzione rispetto all'insorgere di una sofferenza. In questo senso, potremmo dire che l'insorgere del sintomo, e la sua localizzazione narrativa informano su quanto viene ritenuto sano e adeguato all'interno della condotta sociale. Questa è una delle considerazioni che mi ha spinto a scegliere il concetto di "costruzione sociale" come chiave di analisi rispetto alla categoria di paziente.

Del dispositivo di cura fanno parte, infatti, anche i giudizi su ciò che può essere considerato giusto, buono, desiderabile per un soddisfacente stato di salute. Così uno Stato con un modello di presa in carico com'è quello cubano in cui è alto il livello di monitoraggio della salute dei cittadini, sembra produrre delle soggettività attente alla sofferenza degli individui specie quando questa possa essere interpretata come disfunzionale rispetto alla convivenza comune, come nel caso dei disordini mentali.

### *Apprendimento e ipseità*

Maria de los Angeles è una ricercatrice sulla cinquantina che lavora all'interno dei servizi di *Salud Pública*. L'ho intervistata nella casa dove vivevo all'Habana, durante una pausa pranzo, in una mattina rovente di marzo. Maria mi ha raccontato di essere arrivata al Centro di Salute Mentale grazie al consiglio di un suo amico, Carlos, che era stato anche lui paziente della stessa equipe terapeutica. Quando le ho chiesto come mai avesse avuto tanta disponibilità a seguire il consiglio del suo amico, ha risposto: «non ero consapevole [di aver bisogno di una psicoterapia] dal punto di vista scientifico, ma sì sapevo di avere una necessità imperiosa di essere vista (letteralmente) da un medico»<sup>115</sup>. Uno dei termini utilizzati dai medici per descrivere il procedimento d'ingresso dei pazienti nell'*Hospital de Día* è *valoración* [valutazione]. Il medico è chiamato a "valutare" la sofferenza del paziente, a sottoporla al vaglio dello sguardo clinico, ed è in termini

---

<sup>115</sup> Intervista a Maria de los Angeles, 1 aprile 2009 (registrato)

di sguardo, infatti, più che d'incontro, che questa prima approssimazione alla relazione di cura viene descritta da Maria, come da molti altri pazienti, che a volte, come Nelson e Raudelis, utilizzano lo stesso termine valutazione.

Ma se i pazienti raccontano l'intervista d'ingresso come un momento in cui si sono sentiti "valutati", in quanto sottomessi al giudizio medico, che decideva l'accesso dell'individuo all'iter terapeutico, i termini con cui vengono narrate le semi-degenze e le dinamiche di interazione che ne seguono sono completamente diversi.

Quando ho chiesto a Maria di descrivere il suo status all'interno del centro, lei ha risposto che si è sentita paziente, ma solo parzialmente, poiché la relazione fra medici e pazienti è particolarmente intima e le distanze molto sottili. I pazienti, mi fa notare Maria, non chiamano mai i medici con appellativi come "dottore", come invece avviene di sovente nei consultori dei medici di base o nelle consulte specialistiche all'interno dei policlinici, ma chiamano i terapeuti per nome. Questo, come il fatto stesso che i luoghi in cui avvengono le terapie siano stanze con le porte aperte e che non esistano nel centro spazi che separino i medici dai pazienti, neppure nei momenti ricreativi o di pausa (terapeuti e pazienti consumano lo stesso pasto nella stessa mensa, stazionano a conversare nella stessa sala d'attesa in gruppetti misti), sembra creare nel centro un clima informale che sfuoca ulteriormente i confini fra pazienti e terapeuti<sup>116</sup>.

Ciò che abbiamo dunque descritto come una sorta doppio movimento che determina l'iscrizione dell'identità di paziente sul soggetto, sembra riposare, oltre che su questioni riconducibili alla postura dei pazienti verso i medici in una qualsivoglia relazione d'aiuto, anche su questioni precipuamente determinate dal contesto locale, come ad esempio la mancanza della codificazione di una vera e propria diagnosi, le modalità situate di reazione dell'intorno sociale al disagio dell'individuo e l'informalità del vincolo terapeutico su cui si tornerà più avanti. Mi pare però che sia possibile suggerire un'altra peculiarità.

Quando ho chiesto a Maria di raccontarmi della sua esperienza all'interno dell'*Hospital de Día*, mi risponde: «si apprendono molte cose, [...] apprendi a

---

<sup>116</sup> La costruzione di questo vincolo d'intimità sarà oggetto di analisi nel successivo capitolo.



tracciarti un cammino e che hai la responsabilità di tracciartelo». E ancora: «la psicoterapia serve ad apprendere a conoscere te stesso»<sup>117</sup>.

Yani, durante tutta l'intervista, descrive l'*Hospital de Día* come un posto «dove ti insegnano a stare meglio», «ti insegnano ad essere più forte», e ancora «siamo lì per conoscere noi stessi, per farci aiutare in questo». Il lessico al quale Yani attinge per descrivere la terapia sembra essere più legato alla sfera dell'apprendimento, che a quello della cura. Anche lei come Nelson e Maria, sottolinea il processo di produzione della conoscenza del sé, e lo iscrive all'interno di un orizzonte di tipo relazionale: l'*ipseità* è portata alla luce attraverso un processo di apprendimento, il terapeuta è colui che istruisce il paziente in questo processo.

Un paziente di questo Centro di Salute Mentale sembra essere più che un malato, dunque, una persona impegnata in un processo di apprendimento, in cui il terapeuta si configura come guida. Ciò è, a mio avviso, da intendersi come intimamente legato al discorso della mancanza di una vera e propria diagnosi di cui si è precedentemente parlato.

Proprio poiché la sofferenza non è incasellata in una precisa categoria diagnostica e non si produce in sede terapeutica un'identità fra il paziente e la sua malattia, l'attenzione della pratica terapeutica mette a fuoco le attitudini disfunzionali, in un processo che prevede il loro smascheramento, in prima istanza, e in seconda battuta la possibilità che il paziente apprenda a non reiterare tali attitudini. I contorni fra pratica terapeutica e educazione si fanno meno netti, e ciò, rimette in discussione non solo le identità dei terapeuti, come precedentemente analizzato, ma anche quelle dei pazienti.

Sulla scorta di quanto emerso dall'analisi delle interviste e dalla letteratura scientifica, s'intende dunque con "costruzione sociale del paziente", quella modalità attraverso la quale l'essere parte di una relazione di cura sovrascrive sul soggetto un'eccedenza di identità (rispetto a quella personale): quella dell'essere "paziente", appunto. Tale eccedenza va poi considerata nel suo doppio movimento, quello che mette in tensione il soggetto verso l'ambiente sociale, di cui fa parte sia

---

<sup>117</sup> *ibidem*

l'intorno amicale e familiare che legittima il ricorso alla terapia sia il *setting*, in cui avviene la relazione di cura; e quello che volge verso un supposto "interno", il se stesso oggettivato.

Parlo di movimento doppio e non di due movimenti in quanto queste tensioni, quella verso colui che aiuta il soggetto a conoscere (il terapeuta) e quella verso l'oggetto della sua conoscenza (se stesso), nel soggetto che si definisce paziente non sono separabili.

## Scrivere per osservare

Se si riesce a gestire la relazione fra osservatore e osservato (rapporto), la relazione fra autore e testo (firma) –si pensa- verrà da sé. Non basta semplicemente dire che questo è falso, e che trovarsi di fronte all'altro, per quanto possa essere questione delicata, non è lo stesso che trovarsi di fronte alla pagina. La difficoltà sta altrove, c'è qualcosa di stravagante nel costruire testi apparentemente scientifici partendo da esperienze ampiamente biografiche, il che è, dopo tutto, ciò che gli etnografi fanno.

Clifford Geertz, *Opere e vite*

Ne *La pragmatica della comunicazione umana* Watzlavich utilizza il gioco degli scacchi come esempio di interazione dettata da regole. Un osservatore esterno, supponendo di non poter fare domande, potrà cogliere almeno in parte le regole del gioco attraverso l'osservazione delle ridondanze nei gesti. Egli non può spiegare il comportamento dei giocatori ma può identificare un "modello complesso di ridondanze" (Watzlavich, 1967) L'osservazione etnografica di una psicoterapia di gruppo sembra lavorare da vicino a quanto descritto dallo psicologo californiano: non è possibile fare domande o interagire in maniera diretta con quanto si osserva. Ma è possibile cogliere una sottile rete di ridondanze che permettano di rappresentare di fronte a se stessi in prima istanza, e ad un eventuale lettore in seconda, lo stato generale del gioco.

Ho intitolato questo paragrafo *scrivere per osservare* assumendo come presupposto di questo gioco di parole che ciò che solitamente fa un etnografo è osservare per scrivere. L'operazione della scrittura è, come l'osservazione, soggetta alla dimensione del tempo. La scrittura etnografica è una pratica situata esattamente come lo sono le pratiche che di volta in volta sono oggetto di analisi. Il momento della scrittura a cui faccio riferimento in queste pagine, non è quello della scrittura analitica, collocata in una dimensione dell'altrove, rispetto alle pratiche osservate, e in un tempo successivo ma anche la scrittura che mi ha

accompagnato durante il periodo di ricerca, la scrittura che si svolgeva durante il corso dell'osservazione. (Ricoeur, 1983; Malighetti, 2004)

In una ricerca svoltasi per gran parte all'interno di setting psicoterapeutici, la scrittura è stata per me uno strumento oltre che un fine. Uno strumento per vigilare sulla mia postura, per determinare e contrattare di volta in volta il mio posizionamento nel Centro di Salute Mentale come osservatrice. In questo paragrafo mi propongo di rendere conto di questo processo, di questa tensione costante rispetto all'esigenza di mantenere una postura etnografica senza cedere alla tentazione di scivolare dentro il ruolo di paziente o in quello di co-terapeuta.

### *La postura etnografica*

All'interno del Centro di Salute Mentale non vi sono segnali materiali, o evidenti, che permettano di distinguere a colpo d'occhio i terapeuti dai pazienti. Nessuno dei medici indossa un camice e solo gli infermieri sono resi riconoscibili dalla loro divisa bianca. Non vi era d'altra parte neppure nulla che permettesse di distinguere me da pazienti e terapeuti. Il mio abbigliamento, che poteva in qualche modo qualificarmi come straniera, non era sufficiente a descrivere le ragioni della mia presenza. Nelle istituzioni sanitarie cubane vi sono, infatti, molti studenti stranieri che, impegnati nella carriera medica, svolgono servizio di tirocinio presso le strutture locali. Ai pazienti ero presentata dall'equipe come l'antropologa italiana che stava svolgendo un periodo di ricerca nel campo della salute mentale, ma non raramente lo psichiatra mi definiva come parte dell'equipe terapeutica abbreviando la mia qualifica in "l'antropologa italiana che lavora con noi".

Ciò che si offriva allo sguardo di chiunque osservasse la mia presenza nel Centro era che, tanto durante le sessioni psicoterapeutiche, quanto durante le interviste di ingresso o le altre attività del centro, io scrivevo. Scrivevo quanto accadeva intorno a me, annotavo le parole di medici e pazienti e tutto quanto mi pareva rilevante senza una grossa scrematura e delegando l'analisi a un momento successivo. "Conny scrive tutto!" è una frase che ho sentito pronunciare molte volte dall'equipe, in certi momenti con ironia, in altri con un sottile velo di

preoccupazione, maggiormente se gli argomenti trattati toccavano questioni politiche.

Il mio quaderno, che era oggetto di curiosità da parte in particolare dei terapeuti, ha rappresentato soprattutto uno strumento di regolazione dei rapporti relazionali fra me e l'equipe. I momenti in cui lo psichiatra mi si avvicinava per chiudermi il quaderno o togliermi la penna erano per me segnali, come colpi di tamburo, che annunciavano l'ingresso in campo di qualcosa d'importante. Il fatto stesso che durante le conversazioni ritenute "compromettenti", fossi invitata a chiudere il quaderno e non a lasciare la stanza, mi sembra significativo rispetto al ruolo simbolico giocato dalla mia attività di scrittura. Mi sembrava che questo distinguo fra ciò che potevo osservare e scrivere e ciò che potevo solo osservare, non fosse del tutto dissimile da quando, durante la registrazione di un'intervista, l'interlocutore ti chiede di spegnere il registratore prima di continuare a parlare. Segnalando l'ambiguità del doppio livello della presenza di un osservatore in campo, ovvero da una parte la consapevolezza da parte degli interlocutori che il momento dell'osservazione si risolve in quello della divulgazione di quanto osservato, dall'altra la negazione stessa di questo passaggio.

Ma nella richiesta di chiudere il quaderno era, nel mio caso, ipotizzabile un'altra eccedenza. Se, infatti, la richiesta di spegnere il registratore durante un'intervista può essere interpretata come una richiesta, da parte dell'intervistato, di un ordine di non-diffusione del narrato, e quindi di un momentaneo occultamento del ruolo di ricercatore, nel mio caso l'occultamento di tale ruolo conteneva in determinate circostanze anche la richiesta di rivestire un terzo ruolo: quello dell'allievo. Ho descritto precedentemente come la psicoterapia del "gruppo chiuso" del martedì fosse seguita da una riunione dell'equipe che rappresentava specificatamente un momento formativo. Ai co-terapeuti era richiesto di commentare il lavoro dello psichiatra al fine di individuare, dal punto di vista metodologico, i *recursos* [strumenti] messi in opera dal terapeuta durante la sessione. Durante il primo *grupo docente* [riunione educativa] cui ho assistito, mentre lo psichiatra conduceva il primo giro di domande ai co-terapeuti, sono stata privata del quaderno:

La sessione è terminata e i pazienti sono andati via, i membri dell'equipe sono seduti in cerchio. Ciascuno ha in mano gli appunti presi durante la sessione, e Baly apre la discussione dicendo «Che ha realizzato il terapeuta oggi? Quali obiettivi e in quale modo?», mentre dice questo si rende conto che sto ancora scrivendo, e mi toglie il quaderno di mano: «Ehi, sei venuta qui come giornalista? Se vuoi far parte di questo gruppo devi rispondere alle domande anche tu. Se sei qui per imparare, va bene, altrimenti non puoi partecipare».<sup>118</sup>

Mentre durante le sessioni psicoterapeutiche, durante le interviste di ricovero nell'*Hospital de Dia* e durante le riunioni d'equipe con finalità non esplicitamente pedagogiche mi era consentito di scrivere, ovvero di non occultare il mio ruolo di osservatrice, questa possibilità mi è stata esplicitamente negata durante le attività di formazione. Questa richiesta di occultamento mi metteva di fronte a numerose difficoltà. La prima era quella di dover accettare i termini della negoziazione della distanza che io cercavo di mantenere fra *me* e *loro*.

Questa necessità di mantenere una distanza, di non sottostimare lo scarto fra me ed i miei interlocutori, risiede nella convinzione che tale scarto istituisce la possibilità stessa da parte di chi compie l'analisi di costruire un'interpretazione di ciò che osserva (Geertz, 1988; Malighetti, 2008). La distanza è dunque ciò che si pone come requisito necessario nella costruzione di un dominio di senso. Chi conduce l'interpretazione deve mantenere una relativa tolleranza nei confronti del vuoto di significato che la distanza stessa sembra produrre a un primo sguardo, e affrontare l'incertezza della riflessione e dell'immaginazione (Klein, 1946; Morelli, 2009). A ciò va aggiunto che i canoni di questa distanza non sono stabiliti in maniera fissa, ma sono piuttosto fluidi e incostanti, poiché prodotto di una costante negoziazione fra l'analista ed i suoi interlocutori.

Se la mia postura di scrivente sottolineava il mio ruolo di osservatore durante il momento di formazione dell'equipe, il fatto che questa mia postura fosse talvolta negata e che lo psichiatra pretendesse da me risposte al pari dei co-terapeuti alle sue domande di formatore costituiva un gesto di negoziazione della mia presenza al cospetto dei miei interlocutori.

---

<sup>118</sup> Diario della sessione psicoterapeutica del 10 marzo 2009

Nei mesi successivi ricevetti un'altra richiesta, quella di affiancare una delle psicologhe del Centro nel condurre una lezione settimanale di danza terapia. La modalità in cui mi venne formulata questa richiesta mi sembra interessante dal punto di vista della comunicazione negoziale di cui dicevo.

Arrivo nel Centro come di consueto alle 8.30. Gladys, la psicologa che si occupa della danza terapia non è ancora arrivata e l'equipe sta discutendo sul da farsi mentre i pazienti aspettano nella sala attigua. Baly sembra abbastanza contrariato per il ritardo nell'inizio delle attività. Mentre discute con Marlene, l'altra psicologa, lamentandosi per la mancanza di disciplina da parte dell'equipe, indicandomi dice: «E lei cosa fa? Sono due anni che viene a guardarci lavorare e non è mica stupida, potrebbe dare una mano, no?». Sorrido imbarazzata. Durante la ricerca ho sempre la sensazione di essere in debito con i miei interlocutori, per il tempo che mi dedicano e per il fatto stesso che mi permettano di assistere al loro lavoro. Quando Marlene chiede a Baly cosa potrebbero farmi fare, lui risponde: «Questo! La danza terapia, si mette d'accordo con Gladys e noi facciamo la supervisione». <sup>119</sup>

La richiesta dei miei interlocutori di “fare” qualcosa all'interno del Centro, sembra suggerire una parziale negazione della mia attività di ricerca. L'osservazione non è contemplata nel campo delle “pratiche”, poiché i risultati di tale osservazione non hanno come destinatario il dispositivo terapeutico ma un terzo, l'accademia da cui provengo, e in senso lato per i miei interlocutori, l'Italia. Perché la mia presenza si collochi nel campo delle pratiche io devo dunque dirigere almeno parzialmente la mia attività a vantaggio del dispositivo. Questa richiesta faceva leva sulla mia personale percezione di dovermi in qualche modo sdebitare nei loro confronti, di soddisfare quel bisogno di rendersi “personalmente utili” che Geertz descrive come necessario all'antropologo per mantenere il rispetto di sé, una volta che ha riconosciuto che le istituzioni che lo supportano nulla possono o intendono fare in favore dei suoi interlocutori (Geertz, 2000 *trad. It.* 2001:47). Questo bisogno è ciò che mi ha portato ad accettare di affiancare la psicologa nelle lezioni di danza terapia, improvvisandomi insegnante di tarantella nei frenetici lunedì mattina dell'*Hospital de Día*.

In altre parole, lì dove io proponevo una postura di osservatore esterno, con un gradiente interveniente dato dalla mia sola presenza, i miei interlocutori mi

---

<sup>119</sup> Diario del 27 ottobre 2009

proponevano un maggiore livello di adesione al sistema, che io non ero in grado di rifiutare poiché mi sentivo in qualche modo debitrice nei loro confronti. Ciò mi metteva nell'impossibilità di pensare la mia ricerca come etnografica come un'osservazione partecipante (Malinowski, 1922), e mi suggeriva piuttosto di intenderla nel modo che Barbara Tedlock ha definito «osservazione della partecipazione» (Tedlock, 1991).

Infatti, malgrado durante la fase di scrittura del lavoro si sia spesso soggetti alla tentazione di descrivere quanto osservato come “reale”, di pensare che si possa realizzare una mera descrizione degli eventi, l'etnografia non è un processo di osservazione ma un evento: l'incontro storico fra l'etnografo e i soggetti che costituiscono oggetto del suo studio (Crapanzano, 1987 trad. It. 2001).

La mia partecipazione alle attività non era, dunque, da ritenersi neutra né spontanea. Richiedeva una forzatura di tipo *fictionale* quanto da parte mia, quanto da parte dei miei informatori. All'interno dell'attività di formazione che seguiva le sessioni terapeutiche mi era richiesto di comportarmi “come se” fossi una dei co-terapeuti impegnati nel miglioramento delle proprie capacità professionali. Poiché tale richiesta era limitata ai momenti formativi e non sfociava in nessun tipo di intervento all'interno dei lavori con i pazienti, essa svelava nel suo essere limitata al *setting* didattico la sua natura di finzione. La finzione quotidiana a cui prendevamo parte, i miei interlocutori ed io, era questo fare *come se* io fossi parte integrante dell'equipe. Una finzione che se da una parte, per dirla con Geertz, non era pienamente convincente per nessuno di noi, dall'altra fondava la mia stessa possibilità di partecipare alle attività del centro e quindi di svolgere la mia ricerca. (Geertz, 2000 trad. It. 2001:52)

Con la richiesta di partecipare come allieva ai momenti formativi, al pari dei membri dell'equipe, lo psichiatra non sembrava dunque aspettarsi da me che entrassi a far parte del training terapeutico, quanto semplicemente che riconoscessi la sua autorità nel fissare le regole del gioco. Nel momento in cui io proponevo la mia presenza come osservatrice esterna, i miei interlocutori rispondevano riportando la mia postura a una di quelle “disponibili” nelle attività del centro (co-terapeuta, allievo, paziente). Il prodotto di questa interazione era la quotidiana negoziazione del mio ruolo all'interno del Centro.



Nei paragrafi precedenti si è discusso di come all'interno dei momenti di formazione, lo psichiatra non abbandonasse del tutto il codice comunicativo di tipo terapeutico, riservandosi il diritto di commentare le reazioni emotive o le risposte discorsive dei membri dell'equipe attraverso la postura dell'analista e non solo del docente. Una delle evidenze del mio solo parziale coinvolgimento all'interno dei momenti formativi, può essere rinvenuta nell'abbandono del codice comunicativo terapeutico nell'interazione dello psichiatra con me. All'interno della performance che si dava nel setting didattico, lo psichiatra sembrava per un lato caldeggiare il mio essere allieva e dall'altro non perdere mai di vista del tutto la vera natura della mia presenza all'interno dello scacchiere.

Dopo la sessione terapeutica Baly ha chiesto a tutti di descrivere a turno ciò che il terapeuta aveva realizzato con il gruppo dei pazienti oggi, proponendo a ciascuno di esporre prima le proprie considerazioni e poi eventuali dubbi e domande. Nel chiedere ciò specifica che non è richiesto di focalizzarsi su un paziente in particolare, ma di ragionare nei termini "cosa ha fatto il terapeuta" "cosa ha fatto il gruppo". Al mio turno di parlare dico che quello che mi ha colpito di più può essere riassunto in due frasi pronunciate dal terapeuta: «Non tutte le cose che offrono conforto sono sane e non tutte le cose che causano malessere sono insane» e «A volte preoccupandosi per una stupidaggine le persone incorrono in problemi reali»<sup>120</sup> Baly mi chiede cosa mettono in evidenza queste frasi, io rispondo l'esistenza di uno scollamento fra quello che si vive (*la vivencia*) e quello che si prova (*el sentir*). «E cosa fa il terapeuta?» «Mette in evidenza ciò che manca, il buco fra l'uno e l'altro.» «E perché la gente non vede questo buco?» «Perché fa male», rispondo. Baly mi guarda stupito e aggiunge: «Non voglio entrare nel personale ma ti è mai capitato?» mi chiede, ed io rispondo di sì. Lo psichiatra annuisce e dà la parola a quello dopo di me.<sup>121</sup>

Nonostante io sia stata inclusa per tutta la durata dell'esperimento didattico nel gruppo che partecipava attivamente al momento formativo, in nessun momento sono stata resa esplicitamente oggetto di analisi. La difficoltà in cui incorrevo mi sembrava piuttosto quella non cedere alla tentazione di scivolare nell'auto-analisi. Durante le sessioni psicoterapeutiche l'attività della scrittura è stata per me prezioso strumento di distanziamento rispetto al codice comunicativo

---

<sup>120</sup> «*Todos los alivios no son sanos, y todos los malestares no son insanos*» e «*A veces corriendo atras de un malestar absurdo las personas se caen y se rompen la cabeza y empiezan a tener malestares real.*» (la traduzione nel testo non è letterale)

<sup>121</sup> Diario della sessione psicoterapeutica del 17 marzo 2009

di ordine terapeutico. Scrivendo la terapia nel momento in cui si dava, sforzandomi di appuntare i passaggi di livello all'interno delle comunicazioni fra pazienti e terapeuta, io mettevo in atto il mio sforzo di conservare una postura analitica e di non incorrere nell'esame delle mie personali vicissitudini attraverso il linguaggio della clinica.

L'intervallo che dovevo dunque cercare di preservare e i cui confini erano ridisegnati quotidianamente all'interno dell'interazione con i miei interlocutori, non riguardava dunque solo la mia postura verso di *loro*, ma anche la mia postura verso me stessa. Ciò produceva una tensione che risiedeva, da una parte, nell'impossibilità di privarmi della mia soggettività o di pensare di poter non metterla in gioco nel processo di analisi, dall'altra, nell'impossibilità di cedere il passo alle istanze della mia vita personale all'interno dell'osservazione delle sessioni psicoterapeutiche, per evitare il naufragio nel ruolo di paziente.

Ciò che mi sforzavo di riconoscere era dunque l'asimmetria morale fra me e i miei interlocutori e l'asimmetria interna alla mia stessa soggettività, che risiedeva nella volontà di realizzare un'analisi e nella difficoltà di non pensarsi nei termini del linguaggio clinico che si sta analizzando. Ciò contribuiva a ridefinire quotidianamente la mia postura nella partecipazione alle sessioni terapeutiche e ai momenti didattici, a vigilare sul rispetto di quell'intervallo che mi permetteva di riconoscere la mia e l'altrui fattività cercando di non incorrere nel rischio, sempre presente, del naufragio. Il naufragio nell'alterità, la tentazione di sentirsi parte integrante del contesto che si sta studiando, e di percepire come naturale e naturalmente accettata la propria presenza (Sobrero, 2009).

Da questo punto di vista il fatto che nell'*Hospital de Día* ci si occupasse di pazienti nevrotici, ovvero di persone che soffrivano per conflitti legati all'esperire la vita quotidiana e non ad una patologia psichiatrica grave, rendeva più complesso questo sforzo. Un paziente psicotico, ovvero, fuori dal linguaggio disciplinare, un paziente psichiatrico con una patologia grave (ma sarebbe meglio dire "visibile"), come una persona in preda a un delirio allucinatorio, inscena un'alienità che non mette in discussione il distanziarsi di colui che osserva, che non invita all'identificazione. Di contro un paziente nevrotico si differenzia spesso da un qualunque osservatore perché prende parte a un processo terapeutico, ovvero si

differenzia per essere “paziente”, più che per essere “nevrotico”. Il suo *dasein mancato* che si esprime nel suo essere «bloccato dall’ansia e al contempo fascinato da essa» (Basaglia, 1966 *trad. cons.* 2005: 11),<sup>122</sup> non si offre all’occhio dell’osservatore esterno se non nei termini del discorso terapeutico. Diviene “visibile”, ovvero distinguibile da un qualunque stato di ansia o di tristezza solo quando diviene oggetto di discorso clinico.

Attraverso la scrittura cercavo dunque di realizzare una presa su me stessa in quanto osservatrice impegnata in un procedimento analitico rivolto al “fuori”, a ciò che accadeva attorno a me nella sessione psicoterapeutica, con una torsione minore possibile verso il “dentro”, la mia soggettività, che per quanto ineliminabile come parte degli strumenti di analisi, non ne doveva divenire l’oggetto.

### *Il quaderno come oggetto indiziario*

Il mio quaderno, oltre a rappresentare un oggetto prezioso nella contrattazione della mia postura nei confronti dei miei interlocutori, e della mia postura nei confronti della mia soggettività, è divenuto in alcuni momenti oggetto di contrattazione anche all’interno delle relazioni fra i membri dell’equipe. Durante una delle riunioni d’equipe che seguivano le sessioni di psicoterapia, ad esempio, si era creato un diverbio fra uno dei due psichiatri, il dott. Leiva, e una delle due psicologhe, Marlene. L’origine della disputa era il comportamento dei due nei confronti di una paziente durante la consulta di valutazione d’ingresso. La psicologa sosteneva che lo psichiatra fosse stato troppo duro con la paziente e Leiva ribatteva che anche la psicologa aveva avuto un atteggiamento indisponente dovuto alla condotta della paziente. Il resto dell’equipe aveva preso parte nella

---

<sup>122</sup> Basaglia definisce il comportamento nevrotico come quello di un soggetto «bloccato dall’ansia e al contempo fascinato da essa. Il nevrotico non vive per il mondo, ma nel mondo per sé. Nello sterile dubbio egli esperisce soltanto il suo essere malato. Tuttavia anch’egli opera una scelta: la scelta che lo limita soltanto nella sua vita morbosa, cioè scegliere di non scegliere. (...) Per questo diciamo che il suo è un *dasein mancato*. (...) egli vive una mancata identificazione con se stesso: è questa la caratteristica nevrotica del “me” che nell’identificazione con la sua persona non può trovare nessun rapporto scambievole con “l’io di sé”, alcun soddisfacente equilibrio interiore. Il nevrotico non cerca nell’altro il partner umano, bensì un uditore che dovrebbe rimanere in una posizione indifferente e al contempo aiutarlo a vivere.» (Basaglia, 1966 *trad. cons.* 2005: 11-13)

discussione, e si erano create due piccole fazioni contrapposte che argomentavano a favore dell'uno e dell'altro polo del diverbio.

Io mi ero mantenuta in disparte, osservando in silenzio, assieme a Baly che sembrava guardare la scena divertito. Non scrivevo, ma avevo il quaderno poggiato sulle gambe perché la sessione era terminata da poco. A un certo punto della discussione, l'altra psicologa, Gladys, si volge verso di me e mi chiede se ho trascritto la consulta di valutazione e se ho riportato i dialoghi in spagnolo. Rispondo di sì, di fatto ero rimasta molto colpita dalla scena: una donna sulla cinquantina che era arrivata con una remissione psichiatrica del suo medico di famiglia, aveva raccontato durante la consulta di avere problemi con sua figlia che aveva cominciato a prostituirsi, con la madre anziana, malata di Alzheimer, e con il tetto di casa sua che stava letteralmente cadendo a pezzi, terminando con il dire esplicitamente che pensava che nessuno psichiatra la potesse aiutare perché i suoi non erano problemi psicologici ma problemi reali. Di fronte a questa dichiarazione Leiva, lo psichiatra che stava conducendo l'intervista, aveva stracciato la cartella clinica della paziente, e Marlene aveva risposto alla signora che si sbagliava e che se era vero che nessuno poteva risolvere i suoi problemi materiali, non significava che lei non avesse bisogno di un sostegno psicologico per affrontarli. La donna aveva ripetuto la sua posizione, esprimendosi con un certo sprezzo nei confronti della remissione psichiatrica ricevuta ed era stata invitata ad allontanarsi e a tornare qualora avesse cambiato idea.

Conseguentemente alla mia dichiarazione di aver descritto nel mio quaderno la scena, mi fu chiesto dai membri dell'equipe di rileggere il dialogo. Ciò che mi colpì fu che, dopo aver riascoltato la mia trascrizione dell'avvenimento, le parti in campo avevano abbandonato il diverbio. Ciò che avevo scritto era stato trattato come la prova evidente che le cose erano andate in quel modo e non in un altro. Questo non fu l'unico episodio in cui il mio quaderno fu utilizzato come prova, come metodo di verifica di qualcosa che era accaduto nel Centro e su cui non vi era accordo fra le parti in campo. In alcuni casi mi è stato chiesto di verificare la data di un determinato avvenimento, in altri, come nel caso narrato, di rileggere i dialoghi per comprovare posizionamenti in gioco. A me non veniva chiesta nessuna opinione diretta, non ero trattata come un testimone degli

avvenimenti in quanto presente all'accaduto, ma il mio quaderno si era convertito in una sorta di moviola che permetteva di rivedere le scene accadute e ricommentarle. Un oggetto indiziario la cui attendibilità non era ricondotta alla mia persona in quanto autore, ma che veniva considerato al pari di una registrazione riascoltabile, qualcosa di neutro.

La scrittura, evento considerato in sede clinica legato al prodotto della datità dei fatti più che all'autore della redazione, era considerata in questa sede del tutto svincolata dalla mia persona, come una cartella clinica è tendenzialmente considerata, in ambito medico, svincolata da chi la compila. L'autorialità dei testi che compilavo non era presa in nessun modo in considerazione dai miei interlocutori, ed era delegata nel loro immaginario ad una fase successiva, quella dell'elaborazione della mia tesi, che era l'unica ad essere considerata oggetto di dubbio.

Così ad esempio durante una conversazione con me, Baly aveva affermato: «Capita spesso che studiosi europei vengano a Cuba, passino mesi facendo osservazione, per poi dire che gli psichiatri sono degli strumenti della Rivoluzione». Indipendentemente dal contenuto di questa affermazione, rispetto alla relazione fra psichiatria e politiche governative, ciò che lo psichiatra sembrava voler mettere in evidenza è l'idea che l'aver condotto una ricerca sul campo non costituisce prova di attendibilità da parte dello studioso, e che gli psichiatri si sentivano oggetto di pregiudizio da parte degli osservatori occidentali.

Ciò che avrei potuto scrivere a conclusione del mio lavoro di ricerca non era dunque necessariamente "affidabile", in quanto rappresentava il prodotto della mia personale interpretazione. Lo stesso non si poteva dire della mia scrittura "durante" la ricerca, che era invece per i miei interlocutori semplice trascrizione degli eventi.

Questi avvenimenti legati alla consultazione del mio quaderno da parte dell'equipe, sembrano porre in evidenza un ulteriore elemento di complessità introdotto dalla mia presenza nel Centro. Ciò che era oggetto di quotidiana negoziazione non era solo la mia relazione con i miei interlocutori, ma anche la loro relazione interna era in qualche modo modificata dalla mia presenza.

*Parte terza*

**POLITICA, INTIMITÀ E IRONIA**

## Il terapeuta come guaritore ferito

«agli estremi confini della terra  
in un deserto senza umani (...)  
si staglia una figura solitaria e dolente  
colui che si è macchiato della colpa  
di agire in favore degli uomini»  
Eschilo

Nell'opera di Eschilo, *Prometeo incatenato*, si descrive il supplizio del titano Prometeo, incatenato alle cime del Caucaso e condannato a rimanere in vita mentre un'aquila gli strazia e divora il fegato che instancabilmente ricresce. A scatenare le ire di Zeus sono due doni che Prometeo rivolge all'allora giovane stirpe umana: l'uso del fuoco e la perdita della facoltà di conoscere l'istante della propria morte. «spensi all'uomo la vista della morte [...] Poi lo feci partecipe del fuoco» (Eschilo, vv. 371-373)<sup>123</sup>. Il segreto del progresso umano, risiederebbe dunque, secondo il mito greco, non già nel dono della *tecnè* (la tecnica, rappresentata dal fuoco)<sup>124</sup> ma nel dono, ancor più prezioso, della speranza. La possibilità di progredire dunque, si fonda su una rimozione, la rimozione della mortalità, e la cieca speranza [*elpis*] di essere immortali.

E' la speranza il *pharmacon* che Prometeo, l'amico degli uomini, offre ai mortali. Questo gesto di cura, questa possibilità di aiuto, gli costerà il supplizio, finché un altro medico, Chirone, colui che non può né guarire, né morire, per essere stato colpito erroneamente da Eracle con una freccia intrisa di veleno, non prenderà volontariamente il suo posto (Apollodoro, II 5, 4).

Ho scelto di iniziare questo capitolo con la narrazione della vicenda tragica di Prometeo, accogliendo quanto proposto dal filosofo tedesco Hans-Georg Gadamer che utilizza il titano come icona di "guaritore ferito". Ciò che permette a Gadamer di interpretare in tal senso il mito greco è la possibilità di leggere, nella figura mitologica di Prometeo, accanto all'aspetto demiurgico del sapere e

---

<sup>123</sup> Traduzione italiana di E. Mandruzzato

<sup>124</sup> L'interpretazione del dono del fuoco come dono della *Tecnè*, si deve a Platone (*Protagora*, 321d)

dell'arte, la sintassi di un dolore sillabato in un corpo, ovvero nella sua matrice umana (Gadamer, 1993 *trad It.* 1994). Nel gesto di aiuto di Prometeo e nel supplizio che ne segue troverebbero così un posizionamento i due poli dell'esperienza medica: la cura e il dolore.

Il tema del guaritore ferito rappresenta un *fil rouge* nel pensiero classico, basti pensare al mito di Asclepio, il dio malato della medicina, salvato da suo padre Apollo dopo essere stato colpito mortalmente da un fulmine. Il suo maestro, Chirone, il centauro che insegnò ad Asclepio l'arte del guarire, e che si sostituì a Prometeo nel supplizio, era a sua volta affetto da piaghe incurabili. Erede di questa tradizione nell'occidente europeo la figura del *Christus patiens*, essenza dalla doppia polarità che sussume in sé redenzione e sofferenza (Gadamer, 1993 *trad It.* 1994: 43).

L'idea che custodire dentro di sé una ferita, frutto di un'esperienza di dolore, costituisca quel *saper essere* che, assieme alla *tecnè* (il *saper fare*) è dote indispensabile per portare la salute, non è solo appannaggio di miti antichi e pratiche rituali. Varrà come esempio ricordare che gesto costitutivo della formazione di uno psicoanalista è l'autoanalisi, che consta, per quanto descritto da Freud, nella capacità dell'analista di fare primariamente esperienza dei mali del proprio animo, per potersi avvicinare a quelli altrui. E' solo attraverso l'analisi dei propri sogni, infatti, che il padre della psicoanalisi riesce a uscire dall'identificazione ostensiva dei sintomi isterici con l'abuso sessuale infantile e a ripensare l'iter terapeutico di una delle sue più celebri pazienti, Ida Bauer, nei testi Dora. L'autoanalisi rappresenterebbe, infatti, secondo Freud, la capacità dell'analista di trattare se stesso come un paziente, ovvero di sussumere in sé i due poli dell'esperienza medica: la cura e il dolore (Freud, 1889; Barbetta, 2010).

Anche la produzione mediatica contemporanea ha i suoi guaritori feriti, ne è un esempio la celebre figura del *Dottor House*<sup>125</sup>, il medico zoppo, allucinato, farmaco-dipendente ma dotato di un intuito peculiare nel comprendere le ragioni

---

<sup>125</sup> *Dr. House - Medical Division (House, M.D.)* è una serie televisiva statunitense ideata da David Shore e Paul Attanasio e trasmessa da Fox a partire dal 2004; distribuito in 66 paesi, *Dr. House* è stato il programma televisivo più seguito al mondo nel 2008.



del malessere degli altri; o il dottor Gallagher di *Mental*<sup>126</sup>, afflitto dal dolore per non poter curare la sua gemella schizofrenica e parzialmente allucinato lui stesso, eppure capace, o forse proprio per questo capace, di leggere il dolore dei propri pazienti senza cedere alla tentazione di un rapido ricorso al sistema diagnosi-cura (Amoretti, M.C. e Porello, D. 2007).

In questo capitolo affronterò il tema della condizione dello psichiatra cubano, dal punto di vista del suo rapporto con i doveri lavorativi, le aspettative dei pazienti e il suo status economico. Ho scelto di fare riferimento alle riflessioni di Gadamer sul tema del guaritore ferito poiché ritengo che possa essere un utile strumento euristico per analizzare la figura del medico cubano, e in particolare quella dello psichiatra. Ciò che intendo sostenere, infatti, è che lo psichiatra cubano sia un guaritore ferito, ovvero che molta parte della sua capacità di approccio ai propri pazienti sia dovuta alla sua ferita, che come proverò ad argomentare, potrebbe essere considerata la condizione socio-economica che egli condivide con loro.

### *Setting, intimità e gestione degli spazi*

Il lunedì mattina, il giorno in cui i mercati ortofrutticoli vengono riforniti, il dott. Baly, lo psichiatra, arriva solitamente al Centro con lo zaino pieno di ortaggi e, quando i pazienti sono seduti in cerchio, prima di iniziare la terapia, mostra una zucca comprata a un prezzo un po' più conveniente, si lamenta del costo dei pomodori o dà qualche suggerimento su dove comprare le uova se alla *bodega*<sup>127</sup> sono terminate. Non è insolito che qualcuno dei pazienti o dei terapeuti gli chieda dove ha comprato una determinata cosa o aggiunga altri consigli a quanto detto. Quando il breve dibattito sul rincaro degli alimenti è terminato, Baly riprende la parola e dà avvio alla sessione.

Questa contaminazione di codici comunicativi all'interno del Centro dove, nello spazio deputato al setting terapeutico, si giustappongono e, in certi casi,

<sup>126</sup> *Mental* è una serie televisiva statunitense del 2009, prodotta dalla Fox Telecolombia, sussidiaria della FOX.

<sup>127</sup> La *bodega* è il posto dove i cittadini cubani comprano il cibo che fa parte del paniere basico stabilito dal governo con i buoni di distribuzione.

mescolano linguaggio informale e linguaggio terapeutico, sembra riflettere la contaminazione di spazi all'interno della struttura. All'interno del Centro non è prevista, infatti, una divisione di spazi fra medici e pazienti. Pazienti e terapeuti condividono gli stessi bagni, la stessa mensa, mangiano lo stesso cibo e, rispetto alla gestione del servizio pasti, rispondono alle stesse regole (a ciascuno, ad esempio, è richiesto di portare un cucchiaino e un bicchiere da casa). Anche le aree in cui si gestiscono le pause, due spazi aperti arredati con alcune poltrone, che si trovano rispettivamente nel patio antistante la mensa e nel piano dove ci sono le sale dove si tengono le terapie, sono spazi comuni. Medici e pazienti li condividono in maniera fluida, e poiché nessuno, a parte le infermiere, indossa il camice, per un avventore che giunga in uno di questi spazi di sosta, è difficile a un primo colpo d'occhio distinguere i terapeuti dai loro pazienti.

Questa mancanza di divisione degli spazi contribuisce alla creazione di un clima d'informalità all'interno del servizio. I pazienti chiamano i medici per nome, non utilizzano appellativi come "dottore", e solo le infermiere vengono chiamate "seño", un abbreviativo per "signora", che è il modo in cui in genere a Cuba ci si riferisce alle infermiere e alle insegnanti della scuola primaria.

L'informalità è riscontrabile anche nel modo in cui vengono, o per certi versi non vengono, disciplinati i corpi. La mattina, quando i pazienti arrivano, salutano con gesti di familiarità i membri dell'equipe, baciandoli sulle guance o dando e ricevendo pacche amichevoli. In alcuni casi sostano nei corridoi intrattenendosi a chiacchierare. I temi di conversazione non riguardano necessariamente questioni affrontate durante la terapia, e spesso coinvolgono anche narrazioni della vita privata dei terapeuti. Durante il mio periodo di permanenza nel Centro, ad esempio, è capitato che il padre dello psichiatra fosse ricoverato in ospedale per un infarto, e gli aggiornamenti sulla salute del congiunto divenissero, per tutto il periodo della degenza, argomento di conversazione indifferente fra pazienti e terapeuti. Questo scambio d'informazioni sulla vita privata non si limita a casi di estrema gravità, come la malattia di un familiare stretto di uno dei terapeuti, ma riguarda anche piccoli avvenimenti della vita quotidiana, come narrazioni di litigi familiari o d'incontri amorosi, successi e insuccessi lavorativi.

Anche la gestione di piccoli gesti intimi, come rassettare il trucco o pettinarsi, sembra inserirsi fluidamente nella gestione del tempo quotidiano, con un livello di contaminazione fra gestualità pubblica e privata che, se da una parte può essere letto come una maggiore informalità dei costumi comune ai paesi di cultura latino-americana, dall'altra non può non costituire elemento di analisi all'interno di un contesto come un servizio sanitario. Durante una delle sessioni di psicoterapia di gruppo cui ho assistito, ad esempio, Regla, l'assistente sociale, si stava limando le unghie, quando Baly, lo psichiatra, passandole davanti, le ha sfilato di mano la limetta. L'ho guardato, immaginando che esprimesse, anche solo con lo sguardo, un rimprovero nei confronti della co-terapeuta, per quella che a me sembrava una violazione del setting terapeutico. Invece, con mia grande sorpresa, lui si è seduto e ha cominciato a sistemarsi le unghie continuando il discorso. Mi sono guardata intorno, in attesa di un qualche segno di stupore da parte degli astanti, ma non mi è sembrato di scorgere nessuna espressione di sorpresa, tranne che sul volto di Regla che, mimando un disappunto, si guardava le unghie sistemate solo per metà.

Questa contaminazione di spazi informali e formali sembra produrre uno smussamento degli angoli del verticismo che solitamente caratterizza un servizio di salute mentale e ci permette di riflettere sulla costruzione della relazione medico-paziente (fig. 10). Durante un primo periodo di osservazione all'interno del Centro mi sono chiesta se questa costruzione di rapporti informali e per certi versi intimi fra medici e pazienti, non fosse interpretabile come un esempio di quella che Basaglia ha definito "istituzione molle". Ovvero un dispositivo all'interno del quale le relazioni di cura non sono suggellate da un rigido controllo dei diritti e dei doveri del malato, come nel modello manicomiale classico, quanto piuttosto dalla costruzione di un vincolo relazionale che lega il paziente al medico attraverso i lacci della generosità e della riconoscenza, come avviene in molte istituzioni caritatevoli di matrice religiosa (Basaglia, 1966 *trad. cons.* 2005: 61). Ma l'osservazione della costruzione stessa dell'ospedalizzazione dei pazienti, mi hanno portato a formulare considerazioni di ordine distinto.

La formalizzazione degli spazi all'interno del servizio sanitario serve normalmente a distinguere chi è "oggetto" di cura (i pazienti), dai "soggetti" che li

curano (i medici). Tale distinzione riposa sulla possibilità di oggettivare il paziente come fruitore di cure mediche, di sottolineare la sua a-normalità, nel senso letterale di dis-adesione alla norma che lo vorrebbe sano o, nel caso della salute mentale, ragionevole e funzionale. Storicamente ciò che ha permesso questo processo di oggettivazione del paziente è la formulazione di un quadro diagnostico. Nel momento in cui la malattia viene nominata, il paziente acquisisce un'identità nosografica che lo offre allo sguardo medico come un possibile oggetto di cura (Foucault, 1969; Good, 1994). Inoltre, il principio di organizzazione architettonica di un centro di salute mentale è solitamente funzionale alla consapevolezza del malato di essere costantemente osservato, oggetto appunto dello sguardo medico. (Foucault, 1973-74 *trad. It.* 2010)

Nel caso del Centro di Salute Mentale preso in esame, abbiamo visto come al paziente non venga attribuita una diagnosi né durante la procedura di ricovero, né durante il corso dell'iter terapeutico. L'organizzazione amministrativa del Centro prevede, infatti, che per ogni paziente venga compilata una cartella clinica. La cartella rimane depositata in un archivio e dovrebbe contribuire all'elaborazione delle statistiche che andranno a confluire negli indici di morbilità del bilancio sanitario annuale. Nella prassi quotidiana, le cartelle cliniche sono compilate solo parzialmente, quasi mai dallo psichiatra, e con una modalità che suggerisce più un rapido disimpegno nei confronti di una pratica burocratica che un reale strumento di controllo. Inoltre, la diagnosi non viene mai pronunciata, né nel colloquio con il paziente, né durante le riunioni dell'equipe terapeutiche, dove la discussione non prevede mai la menzione di un "caso clinico", quanto piuttosto il racconto di una storia e di un quadro sintomatologico.

Questa disadesione alla norma, non può essere interpretata solo come uno scollamento fra livello formale di organizzazione di un servizio e livello informale delle prassi, poiché non si tratterebbe sufficientemente conto che si tratta di un contesto psichiatrico. Ovvero di un contesto in cui la relazione fra diagnosi e cura è talmente stretta da, come nel caso del nostro paese, costituire un metodo di

denominazione stessa del servizio<sup>128</sup> (Civita e Cosenza, 1999).

Come si è cercato di dimostrare nei precedenti capitoli, infatti, la mancanza di liberalizzazione della produzione e del commercio dei farmaci ha portato come conseguenza che la determinazione di categorie nosologiche non sia investita di alcun peso all'interno del mercato economico cubano. Ciò pare aver a sua volta influenzato la costruzione delle pratiche terapeutiche che si mantengono svincolate dal sistema diagnosi e cura, per imbracciare un'ottica che si è voluto definire sistemica, che pensa la cura come relazione con un soggetto (il paziente) più che come presa in carico di un oggetto (malattia). Non sarebbe dunque il malato il centro del dispositivo di cura, quanto piuttosto la relazione fra il medico ed il suo assistito. Così anche se formalmente il Centro di Salute Mentale rimane legato a un impianto di tipo rigido, sul piano delle pratiche ci troviamo di fronte ad una serie di condotte che entrano almeno parzialmente in contraddizione con questa logica e che rendono possibile una diversa fruizione del servizio, sia da parte degli utenti che da parte degli operatori.

Definendo dunque l'assenza di una vera e propria procedura diagnostica come una delle principali cause della mancata oggettivazione del malato e della malattia, rimane da chiedersi cosa abbia concorso nella produzione di una tale contaminazione degli spazi e la costruzione di un modello d'interazione così informale e fluido come quello descritto.

### *Il lavoro dello psichiatra*

Una mattina di ottobre ho ricevuto un invito per partecipare alla proiezione di un documentario organizzata per lo staff del Centro di Salute Mentale.<sup>129</sup> Il documentario, realizzato da un sociologo cubano, Pablo Rodriguez, era il frutto di uno studio sociologico sulla povertà e la disuguaglianza sociale nell'isola. Il

---

<sup>128</sup> I reparti psichiatrici ospedalieri sono denominati in Italia Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC).

<sup>129</sup> La proiezione s'inseriva nella programmazione didattica destinata ai dipendenti del Centro, che vede impegnati terapeuti e infermieri una mattina al mese nella fruizione di conferenze volte, nel progetto del *Ministero de Salud Publica*, al costante miglioramento delle risorse umane nell'ambito sanitario.

documento visivo presentava immagini di case disastrate a causa delle alluvioni, baraccopoli senza accesso a corrente elettrica e gas, bambini che giocavano nel fango, adulti che lamentavano le proprie condizioni di disagio economico di fronte alla telecamera.

Al termine della proiezione, Odalys, una delle psichiatre presenti in sala, aveva esclamato: «Noi conosciamo bene questa realtà perché lavoriamo nel settore psichiatrico e tutti quanti arrivano a piangere sulla nostra spalla». L'affermazione aveva agitato la sala, provocando una pioggia d'interventi. Ida, la psichiatra infantile, commentando una parte del documentario in cui si mostrava come, con un trucco ingegnoso, gli abitanti di una baracca avessero ottenuto di rubare la corrente elettrica al generatore di un albergo che si trovava sulla strada a una decina di metri di distanza, aveva aggiunto: «Su queste cose bisogna riderci su, altrimenti diventiamo tutti pazzi». Mentre, facendo riferimento alle condizioni disagiate delle abitazioni, Amalia, un'altra psichiatra, aveva affermato: «Chi non ha mai permutato una casa non sa cos'è la vita».<sup>130</sup>

Il frammento etnografico sembra mettere in luce in particolare due aspetti. Il primo concerne i compiti dello psichiatra, messo in evidenza dall'affermazione della dottoressa Odalys, che descriveva lo psichiatra come "una spalla su cui si piange", rispetto a problematiche di ordine economico e sociale. Il secondo aspetto, può essere osservato nello spirito d'identificazione con i problemi di povertà presentati nel video da parte delle dottoresse Ida e Amalia.

Per quanto concerne il lavoro dello psichiatra, ho descritto come, attraverso l'analisi delle interviste di ricovero del Centro, sia possibile osservare come le problematiche che vengono portate all'attenzione dello psichiatra non sempre siano di ordine psicologico o psichiatrico, ma come molto spesso riflettano i problemi socio-economici che i cittadini cubani stanno affrontando in questo periodo storico. Questo da una parte è reso possibile, com'è stato accennato nel primo capitolo, dal fatto che non sia necessario elaborare un quadro diagnostico psichiatrico per giustificare un ricovero in un centro diurno, per cui, come messo in evidenza dalle parole di Baly, non è necessario definire un uomo "depresso"

---

<sup>130</sup> 16 ottobre 2009, Centro di Salute Mentale.

perché sia compito di un medico prendersene cura, a volte può essere necessario occuparsi anche di una persona semplicemente “triste”. D'altra parte potrebbe essere considerato un prodotto dell'organizzazione stessa dell'offerta sanitaria.

In un paese in cui, grazie alla strutturazione socialista, gli iter terapeutici di carattere psi- sono parte dei servizi di attenzione primaria al cittadino e sono completamente gratuiti, sembra ipotizzabile che il ricorso alla figura dello psicologo e dello psichiatra sia agevole quando non esplicitamente consigliato da un'educazione pubblica che promuove l'accesso ai servizi di salute. Questi due aspetti potrebbero essere considerati interrelati fra loro e concorrono a costruire ciò che potremmo definire una socializzazione della psicologia e una psicologizzazione del sociale. Intendendo per socializzazione della psicologia quel processo attraverso il quale le nozioni psicologiche diventerebbero degli elementi comuni dell'intervento sociale creando quell'effetto di alta attenzione da parte della collettività rispetto alle risposte disfunzionali di un individuo. Mentre con il termine psicologizzazione del sociale si definisce l'immissione delle problematiche di carattere più strettamente socio-economico all'interno dei percorsi di tipo terapeutico, per cui poi «lo psicologo diviene lo strumento attraverso cui si pensano le situazioni di povertà, di marginalità e di violenza» (Fassin, 2005 *trad. It.* 2007)

La questione del rapporto fra psichiatria e povertà è un tema complesso, se lo si affronta dal punto di vista delle relazioni che una disciplina che ha voluto rappresentarsi come eminentemente medica, come la psichiatria, ha avuto con problematiche di ordine più strettamente sociale, come appunto la povertà o la disuguaglianza di classe.<sup>131</sup> Durante una delle sue celebri conferenze brasiliane, Franco Basaglia chiedeva provocatoriamente al suo uditorio se la psichiatria avesse potuto continuare ad esistere come disciplina in un mondo privo di miseria,

---

<sup>131</sup> Basti pensare che l'istituzione manicomiale nasce, nella seconda metà del 1500 a Roma ad opera dell'ordine Gesuita, al fine di raccogliere “pazzerelli, poveri e pellegrini”, trasformandosi solo successivamente, nella metà dell'800, in un luogo, almeno progettualmente destinato alla cura. L'identificazione quasi ostensiva fra poveri e pazienti bisognosi di cure psichiatriche era ancora presente nelle cartelle cliniche della fine dell'800 e degli inizi del secolo successivo, dove nell'anamnesi alla voce “cause dell'insorgere del disturbo” erano spesso riportate voci come “povertà e altri patimenti” o “vita di stenti”(Galzigna, 1988).

sottolineando come la parola *terapia* potesse essere per certi versi considerata un sinonimo di *lotta di classe*. Basaglia riteneva, infatti, che solo combattendo la disuguaglianza sociale si potesse fare della psichiatria una scienza al servizio del malato (Basaglia, 1979). E poiché le istituzioni psichiatriche sono state a lungo, e per certi versi sono ancora oggi, i luoghi a cui la società consegna i propri scarti, gli elementi devianti, le diversità irriducibili alla norma, non stupisce che le sacche marginali della popolazione siano oggetto di una particolare attenzione nel campo della salute mentale.

Nello specifico del caso cubano un elemento d'interesse che può essere rilevato anche attraverso l'osservazione delle sessioni psicoterapeutiche, è come i problemi di carattere materiale (faccio riferimento ai problemi che riguardano la gestione domestica e l'economia, il salario e la gestione dei beni) non costituiscano solo un motivo di avvicinamento del cittadino al servizio sanitario, ma anche degli elementi che entrano in dialogo con il discorso terapeutico. I problemi legati allo svolgersi della vita quotidiana divengono in certi casi oggetto d'analisi all'interno del setting terapeutico e in altri, come vedremo, strumenti di terapia.<sup>132</sup>

Per quanto concerne ciò che ho chiamato "identificazione" dei medici con le problematiche presentate dal documentario, mi sembra rilevante osservare che se la psichiatria ha sin dai suoi albori fatto i conti con la povertà e con la marginalità sociale, è insolito che, in tali circostanze, medici e pazienti appartengano allo stesso censo. Quando Basaglia parlava di *terapia* come *lotta di classe* egli faceva riferimento a un ruolo, che era quello dell'intellettuale di sinistra di stampo gramsciano, di restituzione di soggettività e di diritto di parola alle fasce meno abbienti della popolazione, dalle quali molto spesso provenivano gli utenti psichiatrici istituzionalizzati. Ma in una situazione in cui, il medico, l'intellettuale appunto, si muoveva a partire da una posizione di privilegio. I medici cubani, con i loro salari di settecento pesos mensili, l'equivalente di trenta dollari, non vivono una situazione di privilegio rispetto ai loro pazienti, di cui condividono la difficoltà nella gestione dell'economia domestica, le problematiche legate alla casa e in genere tutte le difficoltà che l'esistenza della doppia moneta causa a chi non ha

---

<sup>132</sup> Questa parte del discorso verrà approfondita nel prossimo capitolo



possibilità di accedere a pagamenti in dollari.<sup>133</sup> Per cui, se di lotta di classe si può parlare, l'inedito del sistema cubano è che i medici non sono i rappresentanti di una classe di censo inferiore, gli "avvocati dei poveri" come l'antropologo e medico Rudolf Virchow definì i medici agli albori dell'900, quanto piuttosto essi partecipano alla medesima lotta di classe dei loro pazienti.

I discorsi che riguardano il salario sono frequenti fra i terapeuti come quelli che riguardano più in generale l'economia del paese. In un'occasione, ad esempio, Baly mentre discuteva con i suoi co-terapeuti aveva esclamato: «io sono diventato medico quando ho salvato il mio primo paziente, non ho neppure lo stipendio del medico, io mangio perché sono ebreo», affermazione con la quale intendeva che molti dei suoi introiti sono dovuti al contributo economico che la comunità ebraica gli versa e da quelli che riceve saltuariamente da ebrei di altri Stati (perlopiù statunitensi e canadesi) che gli chiedono consulti in forma privata<sup>134</sup>. Il dottor Baly non è certamente l'unico che considera il lavoro presso il Centro di Salute Mentale una cosa "antieconomica". Ovvero un lavoro che, pur impegnando la maggior parte del loro tempo, non produce che una minima parte del denaro necessario per vivere.

Durante una delle riunioni d'equipe ad esempio, mentre Marta, la *defectologa*, mostrava alle sue colleghe le sue ultime opere, borse cucite artigianalmente con materiali di riciclo, Ida aveva esclamato: «Questo è il suo lavoro, quello che le dà da mangiare. Fare la terapeuta è un hobby!».<sup>135</sup> La maggior parte di coloro che lavorano presso il Centro hanno una forma di introito esterna che rappresenta la percentuale maggiore dei loro guadagni. Quando interrogati sul proprio lavoro di terapeuti rispondono: «Noi veniamo qui a lavorare perché ci piace, questa è la nostra passione, ma non è questo che ci permette di vivere». <sup>136</sup>

Il tema della povertà a Cuba è solo recentemente divenuto argomento di ricerca nell'ambito accademico locale. La prima pubblicazione scientifica

---

<sup>133</sup> Possono accedere a pagamenti in dollari, in termini di legalità, coloro che lavorano nell'ambito del turismo e della ristorazione, poiché ricevono mance dagli stranieri, o coloro che ricevono rimesse da familiari residenti all'estero.

<sup>134</sup> Di ciò ho notizia dallo stesso psichiatra, ma non sono mai riuscita a ottenere delucidazioni sull'argomento.

<sup>135</sup> 1 aprile 2009, Centro di Salute Mentale, riunione d'equipe

<sup>136</sup> Colloquio con Marlene, Centro di Salute Mentale, 10 marzo 2009

sull'argomento risale al 1999,<sup>137</sup> ovvero solo dieci anni dopo la caduta del blocco sovietico e il conseguente crollo dell'economia dell'isola. La ricerca rispetto alla disuguaglianza sociale è se possibile ancor più recente, poiché, come mi racconta una docente di geografia sociale, Luisa Iñiguez, «fino a pochi anni fa parlare di disuguaglianza significava essere reazionari. Adesso, e intendo più o meno dal 2005 in poi, si può parlare di sacche di marginalità e fasce di popolazione a rischio».<sup>138</sup> La politica socialista aveva fra i primi scopi quello di sradicare la marginalità sociale, livellando le differenze ed elaborando una politica di equità nella fruizione dei servizi. A ciò si deve la mancanza di grande disparità di salario fra personale professionista e non professionista, e ciò che è ancora più rilevante la gratuità dei servizi di salute e dell'educazione. Con il crollo del blocco sovietico e la conseguente crisi economica che ha obbligato il Governo ad aprire le porte al turismo e a sdoppiare la moneta per evitare il collasso economico (Moscato, A. 2004), l'introduzione delle micro-dinamiche del capitalismo (le mance ai camerieri, la nascita dell'economia informale cui si è fatto accenno), ha riportato in auge il tema delle disuguaglianze sociali.

Ciò che rende la situazione ancor più complessa è che il dislivello sociale, per quanto non paragonabile a quello presente in altri paesi del Caribe o dell'America Latina, segue traiettorie distinte da quelle che siamo abituati a immaginare a partire dalla seconda rivoluzione industriale in poi. Ovvero sono i professionisti, che lavorando esternamente al circuito del turismo, vessano nelle condizioni economiche peggiori. Medici, docenti universitari, architetti e ingegneri, poiché percepiscono un salario statale non integrabile attraverso il contatto con il turismo, com'è invece il salario, ad esempio, di un portiere in un albergo che è integrato dalle mance degli avventori, vessano in condizioni economiche peggiori dei lavoratori non professionisti.

---

<sup>137</sup> Faccio riferimento al testo di una sociologa cubana, Maria del Carmen Zabala Argüelles, *Esiste una qualche dimensione di povertà a Cuba?* (1999). In un testo più recente, facendo riferimento all'attività di ricerca da lei svolta nel corso degli ultimi anni, così si esprime la sociologa: «Condurre una ricerca sulla povertà significava lacerare una delle nostre grandi conquiste raggiunte come paese socialista e cristallizzata nei nostri discorsi ed immaginario sociale ovvero che Cuba avesse ottenuto di sradicare la povertà» [2010: 15]

<sup>138</sup> Intervista a Luisa Iñiguez, geografa e autrice del libro *Pobreza y Desigualdad social, un enfoque cubano*, 9 marzo 2009

Oltre all'oggettiva difficoltà economica cui sono costretti, infatti, è possibile ipotizzare che uno dei fattori che fa sì che i terapeuti che lavorano presso il Centro e, nella mia personale esperienza, anche molti altri medici, percepiscano il proprio lavoro come una "passione" più che come un mestiere è la consapevolezza che i loro colleghi all'estero abbiano accesso a salari ben più alti. Una domanda che mi è stata spesso rivolta, provocatoriamente, quando si discuteva con i medici della loro posizione economica, era: «Quanto guadagna uno psichiatra nel tuo paese?».

Questa prospettiva comparativa che passa attraverso la valutazione dei livelli salariali, è divenuta particolarmente evidente quando ho partecipato all'incontro con gli psicoanalisti francesi di cui ho parlato nel secondo capitolo. Durante uno degli accesi dibattiti che hanno seguito lo svolgimento delle conferenze, la questione della gratuità dell'azione terapeutica svolta dai medici cubani aveva costituito uno dei termini d'incomunicabilità fra i due gruppi. Al termine del dibattito, una delle psichiatre cubane presenti in sala, Ida, mi aveva detto:

Come fai a paragonare la nostra prospettiva alla loro? Per loro se un paziente non migliora significa solo che spenderà più denaro, per noi è tutto diverso. Noi ci preoccupiamo dei nostri pazienti perché sappiamo quali sono le loro difficoltà e, quando vado a casa di una paziente nel mio quartiere, so che il suo tetto gocciola come il mio.<sup>139</sup>

Nella sua etnografia svolta presso alcuni Centri di Salute Mentale nella Lettonia post-socialista, l'antropologa anglosassone Vieda Skultans individua l'esistenza di un precipuo vincolo [*bond*] d'intimità fra medici e pazienti, e lo attribuisce, nella propria analisi, alle difficoltà politico-economiche nei quali entrambi vivono. Nonostante esista innegabilmente un fattore di sorveglianza, scrive la Skultans, esiste anche un senso di solidarietà che proviene dalla percezione di appartenere entrambi, i medici quanto i pazienti, a una comunità di sofferenti. Per analizzare il frammento etnografico riportato mi sembra possibile mutuare quanto suggerito dalla Skultans, rispetto alla relazione d'intimità che la condivisione delle difficoltà politico-economiche della società in cui vivono

---

<sup>139</sup> 5 maggio 2008, colloquio ai margini della conferenza *Freud, Lacan e qualcun altro... a Cuba*

contribuisce a costruire fra medici e pazienti. La percezione dei medici di vivere una situazione di difficoltà che non si discosta da quella dei loro assistiti potrebbe inoltre essere una delle cause non solo di una diversa costruzione del vincolo e della comunicazione fra medico e paziente in quanto individui, ma anche di quella informalità riscontrabile nell'organizzazione del Centro. Ho aperto il paragrafo sul setting terapeutico, o per meglio dire sulla sua scompaginazione, con una vignetta etnografica che vedeva terapeuti e pazienti impegnati in un dibattito sui prezzi della frutta e della verdura, in apertura di una sessione terapeutica. Ritengo che sia possibile riguardare a quel frammento alla luce di quanto detto rispetto alla condizione di povertà dei professionisti e alla sua rilevanza nella costruzione del vincolo terapeutico. Proprio perché, come efficacemente espresso dalla dottoressa Ida nel commento sopra riportato, il tetto della casa dei suoi pazienti gocciola come il suo, non sembra fuori luogo dibattere con i pazienti del rincaro dei prezzi.

Mi è parso dunque possibile guardare a questa intimità che s'instaura nei registri comunicativi fra terapeuti e pazienti nei termini di una contaminazione morale, ovvero uno spazio in cui la sofferenza dei terapeuti si mescola a quella dei pazienti (Goffman, 1968; Fassin, 2005 *trad. It.* 2007), scompaginando la classica divisione dei ruoli. Questa scompaginazione che rimette in discussione il vincolo terapeutico, ovvero la relazione fra chi vive un'esperienza del dolore e chi opera il gesto di cura, ci porta all'ultima parte della mia argomentazione, ovvero alla possibilità di guardare al terapeuta cubano come un guaritore ferito. Ciò che all'interno dell'esperienza etnografica mi ha portato a formulare questa ipotesi è stata, in particolare, l'analisi del modo in cui i terapeuti tendono a rappresentarsi e a narrare se stessi.

### *Entrare fuori*

L'idea che un terapeuta, perché possa adempiere al meglio al suo compito, debba avere una "ferita" dentro di sé, che gli permetta di cogliere la possibilità di malattia che alberga in ogni vita umana, è propria di molta letteratura scientifica che ridiscute in maniera critica il giudizio medico e la costruzione del rapporto fra

medico e paziente (Guggenbühl-Craig, 1983 *trad. It.* 1987 ; Gadamer, 1993 *trad. It.* 1994; Ricoeur, 1996 *trad. It.* 2006).

Come descritto nella parte introduttiva di questo capitolo, il tema del guaritore ferito potrebbe essere considerato un mitema che ha attraversato buona parte della letteratura antica, e che ha per certi versi ancora influenza la produzione fictionale contemporanea. Ciò che è interessante notare è come, studiosi come Gadamer e Guggenbühl-Craig, non abbiano preso a prestito questo mitema per costruire discorsi attorno al concetto di empatia nella comunicazione terapeutica, quanto abbiano utilizzato tale figura per interrogarsi attorno ai rapporti di potere che intelaiano la relazione medico-paziente.

Nella definizione di tali rapporti di potere, lo psicoterapeuta tedesco Guggenbühl-Craig ha parlato del *potere di chi assiste*, facendo riferimento non solo alla classe dei medici, ma più in generale a tutte le professioni che potremmo definire assistenziali (medico, sacerdote, insegnante, psicoterapeuta, assistente sociale). Tale potere riposa, secondo il nostro autore, su una modalità illuminista di intendere la salute e il benessere sociale, ovvero l'idea che un soggetto sano debba essere "ragionevole e socialmente adatto". Seguendo il ragionamento del nostro autore, il potere di chi assiste consisterebbe per l'appunto nella possibilità di creare individui sani e socialmente adatti, e dunque nella possibilità di chi assiste di discernere ciò che è giusto, corretto e funzionale. Tale giudizio medico scivolerebbe facilmente verso quella che il sociologo Nikolas Rose ha definito un'*ethopolitica*<sup>140</sup>: una tecnocrazia assistenziale per cui, al pari della religione e del diritto, la medicina si trasformerebbe in un'impresa morale. Questa struttura di potere che abbiamo definito con Rose *ethopolitica*, che rimane comunque

---

<sup>140</sup> Il concetto di *ethopolitica* (*ethopolitic*) è formulato da Rose con esplicito riferimento al concetto Foucaultiano di *biopotere*. Con *ethopolitica* egli intende fare riferimento «agli sforzi di modellare la condotta degli esseri umani agendo sui loro sentimenti, sulle loro credenze, sui loro valori: in breve agendo sull'etica» (Rose, 2007 *trad. It.* 2008: 39) Se dunque per biopolitica intendiamo il dominio dei corpi, intendendo come corpo tanto quello individuale del cittadino quanto il corpo collettivo del popolo, con *ethopolitica* s'intende quel *governo sulle anime* (*governing the soul*), ovvero l'effettiva influenza sul giudizio che ogni essere umano ha di sé. Qui si usa il termine coniato da Rose in tale specifica accezione, pur nella consapevolezza che anche Foucault aveva parlato di anima, in senso Aristotelico, come principio regolativo prodotto dal potere (Foucault, 1975; Butler, 1997 *trad. It.* 2005).

intrinseca a una qualsivoglia relazione di cura nella quale ad uno dei due termini della relazione sia attribuito un sapere che può produrre la guarigione dell'Altro, necessita di essere disciplinata, secondo Guggenbühl-Craig, perché non mini l'efficacia dell'atto terapeutico. L'importanza della "ferita" del terapeuta risiederebbe dunque, secondo il nostro autore, nella possibilità che essa disciplini il rapporto di potere sottinteso nella relazione medico-paziente, ricordando al terapeuta che all'interno del gesto cura risiede la sua stessa possibilità di fronteggiare la propria ferita. Ovvero solo scompaginando la dicotomia fra il medico, come individuo sano, e il paziente, come individuo sofferente, e ricordando al medico di essere a sua volta paziente, ovvero di essere a sua volta un individuo che soffre, è possibile evitare che il *potere di chi aiuta* trasformi il gesto di cura in un'*ethopolica* (Guggenbühl-Craig, 1983; Rose, 2007).

Pur nella complessità dell'analisi che ci offre, Guggenbühl-Craig non ci descrive alcuna "ferita", non offre dettagli su questa qualità del terapeuta che presenta tanto come intrinseca alla possibilità di esercitare questa professione, quanto come precipua e riconducibile solo alle traiettorie di vita personali del singolo medico.

Nel caso cubano oggetto della nostra analisi, mi sembra sia possibile servirsi del ragionamento di Guggenbühl-Craig per analizzare la sollevata questione della condizione socio-economica del medico. Ciò che in una prima fase del nostro discorso abbiamo definito sommariamente "identificazione" del terapeuta rispetto ai problemi dei propri pazienti, ma che può a mio parere essere letta come la ferita del terapeuta cubano. Per chiarire attraverso quali considerazioni io abbia abbracciato questa idea, e dettagliare la mia ipotesi, vorrei presentare ancora un frammento etnografico che mette in luce una questione che, rispetto alle difficoltà economiche, che potremmo intendere come un problema della maggioranza della popolazione cubana,<sup>141</sup> riguarda in particolar modo i medici, la questione dell'uscita temporanea dal paese.

In una mattina di marzo arrivata al Centro di Salute Mentale, incontro i pazienti che in gruppo vanno verso il Malecon: non c'è acqua corrente nel Centro e

---

<sup>141</sup> Il prodotto interno lordo procapite è inferiore ai 6 dollari, secondo i dati della Banca Mondiale al 2009 (<http://data.worldbank.org/country/cuba>).

le attività terapeutiche sono sospese. In portineria la psicologa più anziana, Marlen, il secondo psichiatra, Leiva, e Tito, uno degli infermieri, stanno chiacchierando. Quando mi vedono arrivare mi propongono di salire con loro nella saletta delle riunioni. Nessuno di loro ha fretta e rimaniamo seduti a chiacchierare, e Tito tira fuori una bottiglia di rum, un avanzo di una delle ultime feste. Fanno un primo giro di bevute, cui non partecipo (sono solo le dieci del mattino e fuori ci sono trenta gradi), così Marlene e Leiva mi deridono bonariamente: «anche se parli con l'accento di una creola, sei sempre un'europa!». Al secondo giro di bevute però Marlene apostrofa Leiva, rimproverandogli di alzare un po' troppo spesso il gomito ultimamente. Leiva risponde che è il minimo, vista la situazione. Devo avere dello stupore nello sguardo perché Leiva prosegue guardandomi dritto negli occhi, e mi dice:

Mia cara amica, noi qui siamo solo dei prigionieri sai, questa è la verità, siamo prigionieri. Te li ricordi gli psichiatri francesi che sono stati qui l'anno scorso? Mi hanno invitato a fare un periodo di studio a Parigi, mi pagano una borsa di studio, biglietto aereo, tutto, per un anno. E vuoi sapere? Dovevo partire a settembre, è dicembre e sono ancora qui, nessuno sa dove sia la mia pratica, chiamo tutti i giorni al Ministero [ella Salute]<sup>142</sup> e nessuno sa dirmi se mi lasceranno o no partire. Capisci cosa significa? Non mi dicono di sì, non mi dicono neppure di no. Semplicemente mi fanno aspettare, e intanto ho già perso il primo trimestre di lezioni. Qui siamo tutti prigionieri, ma una laurea in medicina è l'ergastolo.

In questo frammento etnografico uno degli psichiatri, il dottor Leiva, descrive il legame fra il medico cubano e lo Stato attraverso la metafora della reclusione. Nella narrazione dello psichiatra, il medico, lungi dal rappresentare un cittadino privilegiato, in quanto appartenente alla classe degli intellettuali, o un controllore sociale, in quanto parte del dispositivo che produce salute, rappresenterebbe una vittima del dispositivo stesso, imprigionato dal suo stesso ruolo di guaritore. Poiché, se per i cittadini cubani la possibilità di uscire ed entrare nel proprio Paese prevede un complesso iter burocratico, per i medici, la cui

---

<sup>142</sup> E' dal MINSAP, prima ancora che dall'ufficio di migrazione, che i medici cubani devono ricevere il proprio permesso a lasciare il Paese per un tempo determinato. Nel caso specifico dell'autorizzazione del dottor Leiba a trascorrere un periodo di studio in Francia, qualche mese dopo, tornata nel Centro di Salute Mentale ho saputo che lo psichiatra non aveva ricevuto il permesso di "uscita" e che era stato trasferito, causa mancanza di personale, in un Policlinico.

professionalità è ritenuta particolarmente indispensabile, la complessità s'ispessisce e, talvolta, il diritto di uscita è negato in ragione del loro stesso ruolo professionale.

Durante una delle sessioni psicoterapeutiche avevo ascoltato il dott. Baly dire rivolgendosi ai pazienti: «Per noi è una perdita economica venire a lavorare, io vi ringrazio per essere qui perché altrimenti mi abbrutirei»<sup>143</sup>.

Come evidenziato da questo frammento e da quanto narrato dai medici che ho avuto modo di intervistare e dall'esperienza svolta nei servizi sanitari, il medico non ottiene vantaggi economici dall'esercizio della propria professione, mentre gli è richiesto un alto livello di adesione al sistema. Eppure la possibilità di esercitare la professione medica è ciò che è descritto dal dott. Baly, come da altri terapeuti, come ciò gli permette di non smarrire la propria soggettività all'interno del dispositivo. Il terapeuta esercita il suo desiderio di cura, sperando in tal modo la sua identità di guaritore, ma ciò lo porta, come nel caso del dott. Leiva, a conoscere la negazione di alcuni desideri. Il desiderio, ad esempio, di trascorrere liberamente un periodo di studio all'estero.

Nella seconda parte di questo lavoro si è analizzato il servizio di salute mentale come dispositivo, affermando che gli attori che agiscono all'interno di tale dispositivo sono fondati, come soggetti, dal dispositivo stesso. Se è vero, infatti, quanto sostenuto da Foucault quando scrive che un soggetto si costituisce e determina in base alla propria relazione di dipendenza fondamentale dal potere, l'esercizio della professione, come esercizio di una pratica, è ciò determina la sussistenza del soggetto e assieme il suo assoggettamento al dispositivo entro il quale è inserito (Foucault, 1982; Althusser, 1976; Butler, 1997 *trad. It.* 2005).

Il paradosso del supplizio di Prometeo è rappresentato nel mito dal fatto che il desiderio di cura espresso dal titano nei confronti della stirpe umana, si tramuta in prigionia, in negazione della possibilità di desiderare. Il medico cubano, padroneggiando le proprie competenze di cura, ed esercitandole all'interno del dispositivo, non si limita ad accettarne le regole, ma le riproduce all'interno della

---

<sup>143</sup> 9 novembre, Centro di Salute Mentale, sessione di psicoterapia di gruppo



propria attività, le incarna nella propria pratica. Il fegato, divorato dall'aquila, continua a ricrescere per poter nuovamente essere divorato.

Così, da una parte la ferita permette al terapeuta cubano di non smarrire la significatività della propria relazione con i pazienti all'interno di una logica legata al concetto di diagnosi e cura, e di poter coltivare una metodologia di ascolto che media instancabilmente fra l'analisi e la comprensione relazionale. Dall'altra attraverso quest'accettazione del proprio ruolo, nell'esercizio delle proprie facoltà di cura, il medico cubano reitera la propria ferita nel momento stesso in cui la lenisce. Ovvero accettando il principio regolativo prodotto dal potere attraverso l'esercizio della pratica medica egli non rompe le dinamiche di assoggettamento cui è sottoposto.

## Ironia e politica nella pratica terapeutica

*No e poi no, non sono dove mi state  
aspettando in agguato, ma sono qui  
da dove vi guardo ridendo*

Michel Foucault, *Archeologia  
del sapere*

Gli antropologi canadesi Michael Lambek e Paul Antze, in *Illness and Irony*, muovono le loro riflessioni attorno al rapporto fra ironia, malattia e prassi terapeutica da due fondamentali intuizioni: la prima legata all'idea che nelle condizioni di sofferenza esista sempre un qualche aspetto ironico, e la seconda basata sulla considerazione che pratiche e discorsi terapeutici possano essere distinti fra loro sulla base della loro capacità di accogliere o rifiutare l'ironia (Lambek, e Antze, 2004).

L'ironia, nel discorso dei due studiosi, va intesa con due differenti cifre critiche entrambe mutate dalla cultura greca classica. La prima può essere definita ironia Sofoclea, o ironia tragica, e risiede nello scollamento fra la volontà del soggetto e le reali possibilità di azione che egli possiede, scollamento che si ritiene palese a qualunque osservatore esterno ma non al soggetto in questione. L'ironia tragica dell'azione di Edipo che, ricevuto l'oracolo, pensa di poter sfuggire al suo destino e non sa, come invece fanno gli spettatori, di corrergli incontro.

La seconda è l'ironia socratica, ovvero l'uso dell'ironia come strumento retorico che si pone all'origine di un potenziamento della comunicazione. La parola ironia deriva infatti dal greco *eironeía*, ovvero ipocrisia, falsità o finta ignoranza. La finta ignoranza di colui il quale, ponendo continue domande, obbliga l'interlocutore ad argomentare in maniera dettagliata la propria posizione, di modo che egli disveli le falle del proprio stesso ragionamento. L'ironia come metodo dialettico dunque, come strategia di disarmo.

Ripensare l'ironia in questi termini all'interno del discorso terapeutico sembra un procedimento tutt'altro che peregrino. Freud stesso, nella costruzione del metodo psicoanalitico, può essere considerato debitore verso entrambe le

significazioni illustrate, basti pensare al suo studio sul *Motto di spirito* (Freud, 1905; Ricci, 1998).

Ciò che a mio avviso rende l'ironia, e il discorso su di essa condotto da Lambeck e Antze, una buona categoria euristica per la comprensione e l'analisi dell'incontro terapeutico e, nella situazione precipua, dell'incontro terapeutico cubano, è l'accento posto dagli autori sul rapporto fra ironia e *agency*.

Entrambe le visioni proposte, sia quella Sofoclea che quella Socratica, possono, infatti, essere analizzate a partire della problematicità del rapporto fra l'individuo e la sua capacità di autodeterminarsi e agire sul mondo. L'ironia realizzerebbe, in Socrate come in Sofocle, la presa in atto della limitazione e dell'ambiguità della prassi. Il senso dell'ironia nella pratica terapeutica sarebbe, secondo i nostri autori, quello di «abbassare il tiro dell'altamente idealizzata nozione occidentale di agentività individuale come libertà» (Lambek, e Antze, 2004: 13).

In un contesto non liberista, com'è la Cuba contemporanea, in cui lo Stato, essendo completamente responsabile dell'educazione e della salute,<sup>144</sup> ha un peso in carico molto alta nella vita quotidiana dei propri cittadini, mi sono chiesta in che modo ciò colludesse con l'agentività individuale e con la rappresentazione che di tale agentività si fa in sede terapeutica.<sup>145</sup> Il modo in cui un individuo determina se stesso e le proprie scelte può, infatti, essere considerato uno degli oggetti centrali delle scienze psi-, ed in particolare di un metodo psicoterapeutico, com'è quello cubano, che aggruma attorno ai concetti di "predisposizione" e di "attitudine".<sup>146</sup>

Ciò che intendo provare a mostrare attraverso l'analisi del materiale etnografico è come l'utilizzo dell'ironia nel setting terapeutico possa essere interpretato come ciò che crea lo spazio per l'analisi della contraddittorietà della situazione del cittadino cubano, per la messa in evidenza del paradosso. Del paradosso inteso in senso di ciò che è paradossale nell'ordine civile. Ovvero la sede

---

<sup>144</sup> S'intende qui che il modello socialista vigente ha escluso che i servizi educativi o di salute potessero essere gestiti da privati, e ha posto il veto sull'esercizio della libera professione, promuovendo una gestione centralizzata e statalizzata del lavoro (Moscatò, 2006)

<sup>145</sup> La connessione fra organizzazione statale e costruzione del metodo terapeutico è stata affrontata nella prima parte di questo lavoro.

<sup>146</sup> Predisposizione o attitudine, cfr. cap. II

in cui si mostra con chiarezza la contrapposizione fra la pregnanza dell'ordine statuale e l'accento posto sulle possibilità di ciascun individuo di autodeterminarsi e agire, e in cui pertanto si possono produrre nuovi modi di pensare non solo la condizione di crisi del paziente ma anche l'agentività del cittadino.

*Ironia e inversione dei ruoli nella sessione terapeutica*

Durante una delle sessioni di psicoterapia del gruppo chiuso del martedì, Raudelis, un paziente di trentotto anni che lavora come organizzatore di eventi notturni per un locale della città, rompe il silenzio con cui era cominciata la seduta dicendo di aver paura di "essere inferiore". Baly, lo psichiatra, gli risponde: «...e da dove viene fuori questo riso con pollo?».<sup>147</sup> Raudelis racconta di provare da qualche tempo questa sensazione, di sentirsi sicuro e spavaldo quando ha a che fare con persone che occupano il suo stesso livello lavorativo, e di non riuscire quasi a parlare di fronte a persone che occupano posizioni lavorative superiori alla sua o a cui riconosce un livello intellettuale maggiore. Baly rivolto agli altri dice: «voi state vedendo un cittadino, perché non è più un paziente, una persona... Più cose vi succedono e più capirete di voi stessi». Poi chiede, a un altro dei partecipanti, cosa pensa di quello che ha raccontato Raudelis, e aggiunge:

Io ti chiedo se tu sai quello che succede a lui perché altrimenti non ti renderai conto di quello che succede a te. [...] quello che venite ad apprendere qui è l'essere umano, e questo lo si vede più chiaramente guardando le persone che abbiamo di fronte. Lui sa che ha un complesso d'inferiorità<sup>148</sup> e sa quello che significa, però nonostante lo sappia, non lo può eludere. Che significa questo?

---

<sup>147</sup> Uno dei piatti tipici della dieta cubana. Qui inteso come la portata principale del pasto quindi, fuor di metafora, un argomento centrale.

<sup>148</sup> Il riferimento esplicito al complesso d'inferiorità può essere interpretato, dal punto di vista di un'archeologia del metodo psicoterapeutico cubano, come un riferimento psicoanalitico, che tradisce tuttavia più prossimità con la "psicologia individuale" di Alfred Adler che con l'ortodossia freudiana. Come accennato nella prima parte di questo lavoro, la psicoanalisi approda a Cuba proprio attraverso un allievo statunitense di Adler. Adler che militava come socialdemocratico nella corrente soprannominata "austro marxista", aveva elaborato una concezione socio-fisiologica della nevrosi, spiegandola appunto come un "complesso d'inferiorità" tra il biologico e il sociologico, che gli varrà da una parte la scomunica dal Movimento Psicoanalitico nel 1911, e dall'altra una certa fortuna nell'ambito freudo-marxista nel quale attirerà l'interesse dello stesso Trotski. (per una più

Tutta l'equipe prende nota della cosa, qualcuno mostra un appunto preso a chi gli sta accanto. In qualche modo penso che questo possa essere un quesito rivolto anche a loro. Apparentemente incurante di ciò che avviene fuori dal cerchio, quest'ultima domanda Baly la fa toccando Hector, un altro paziente, sulla spalla. Hector è fisico di professione, Baly continua con un tono ironico: «Niente di strano che un fisico sia *matto* [*loco*], non si dice che un fisico e uno psichiatra se non sono folli non sono competenti?». A questo punto il primo paziente, Raudelis, interviene ridendo ed esclama: «e ora folle e impotente!». Tutti ridono a quest'affermazione, lo psichiatra ride anche lui e aggiunge: «voi ridete ma non sapete perché...»; e poi sempre ironicamente apostrofa Raudelis dicendo: «impotente e con certificato medico!». <sup>149</sup> Mentre pazienti e staff stanno ancora ridendo, Baly ritorna su Raudelis chiedendo: «ti senti così inferiore che hai bisogno di dire a qualcuno che è impotente per essere spavaldo. Dovremmo parlare di questo problema!». <sup>150</sup>

Nel frammento etnografico riportato, uno dei pazienti rompe, almeno apparentemente, il codice comunicativo terapeutico per fare dell'ironia sullo psichiatra. Ciò produce un momento goliardico che sembrerebbe spezzare la subordinazione del paziente all'autorità dello psichiatra minando momentaneamente il canone verticistico del setting terapeutico. Se, infatti, l'utilizzo di un codice comunicativo di tipo terapeutico riposa sulla subordinazione del paziente al giudizio medico, la rottura di tale codice non può che essere intesa come un almeno parziale rottura di tale subordinazione.

Durante le sessioni terapeutiche non era insolito assistere a scene come quella appena narrata, momenti d'ilarità generale che apparentemente deviavano

---

approfondita trattazione di questo argomento si veda Orgler Herta, *Alfred Adler, the man and his work*, London, Vision Press, 1947)

<sup>149</sup> Quella stessa mattina Baly aveva fatto il suo ingresso nella stanza dove si tiene la consulta di valutazione per il ricovero sventolando fiero un pacchetto di viagra. Era riuscito a farselo mandare dall'estero, con l'intenzione di utilizzarne mezzo dosaggio per curare i suoi problemi alle vie coronarie, e quando gli ho chiesto come mai non avesse preso un altro vasodilatatore, lui mi ha risposto ridendo che questo aveva effetti collaterali più interessanti.

<sup>150</sup> Sessione di psicoterapia del gruppo chiuso del martedì, 10 marzo 2009

la traiettoria del discorso ma che in realtà venivano a essere convertiti in strumenti di analisi da parte del terapeuta che guidava la seduta. Abbiamo discusso nel precedente paragrafo come l'informalità delle relazioni fra l'equipe dei terapeuti e i pazienti del centro porti spesso a scambi d'informazioni sulle vite private non solo dei pazienti ma anche dei terapeuti.

Tuttavia è interessante osservare come, l'introduzione di un registro informale all'interno di una sessione terapeutica, che può essere considerato uno dei momenti in cui è più netto lo scarto fra i ruoli giocati dai partecipanti, possa essere analizzato non solo come la messa in scena di un'intimità fra pazienti e terapeuti. La provocatoria affermazione di Raudelis, infatti, così intimamente legata alla vita dello psichiatra, rompendo in maniera ironica il codice terapeutico mette in scena un apparente (e potremmo dire carnascialesco) rovesciamento dei ruoli.

Lo psichiatra che è "colui che sa", ovvero colui a cui la riconosciuta competenza medica permette di analizzare le vite dei pazienti, ed esprimere le proprie considerazioni sulle loro condotte, diviene per un momento "colui che è saputo", in un rovesciamento attraverso il quale è la sua condotta ad essere analizzata e in qualche modo ridicolizzata di fronte al gruppo. Come nei *carmina triumphalia*, dove al popolo era concesso di rivolgere impropri al condottiero trionfante per mettere in luce i suoi difetti (di modo che la sua vittoria non fosse invisibile agli dei), il rovesciamento carnascialesco non mette realmente in discussione i ruoli, li maschera, li rovescia momentaneamente per rendere più legittima e sopportabile la loro reiterazione (Musti, 2003)

L'ironica messa in discussione dell'autorità dello psichiatra, attraverso l'introduzione nel *set* terapeutico di dettagli legati alla sua vita personale e non già a quella dei pazienti, lungi dal sottrarre la sessione al suo controllo, lo ratifica attraverso il riscatto dal ridicolo. Riscatto che avviene quando lo psichiatra utilizza il commento ironico del paziente per porre in evidenza i suoi modelli di condotta, ripristinando il codice terapeutico. Il frammento etnografico qui narrato potrebbe essere inteso come un esempio dell'utilizzo dell'ironia socratica, ovvero dell'ironia usata come strumento della retorica, torsione della giustificazione, che disarmava l'interlocutore attraverso la torsione delle sue argomentazioni.

Dunque, attraverso l'accettazione e l'utilizzo del codice comunicativo ironico, che si mescola e in certi momenti si sovrappone ai due codici comunicativi presenti nella seduta, quello terapeutico legato alla relazione medico-pazienti, e quello didattico legato alla relazione psichiatra-equipe, lo psichiatra riesce a mostrare a tutto il gruppo l'attitudine del paziente che era stata presentata dallo stesso Raudelis in forma di problema. In breve, non cambiano i termini della relazione, ma la relazione stessa. Ovvero al paradosso, inteso come contraddizione nei livelli logici della comunicazione, si oppone il contro-paradosso, un discorso che non rimette la discussione sui livelli logici, ma piuttosto ne esalta l'illogicità, come vedremo nell'analisi dell'uso dell'ironia da parte dello psichiatra, nel paragrafo che segue (Servini Palazzoli, e Boscolo, e Cecchin e Prata, 1975)

Una prima funzione dell'utilizzo dell'ironia all'interno del setting terapeutico può essere considerata come la creazione di un contrappunto nell'ordine di rapporti di sapere all'interno del dispositivo di cura. Una sovversione carnascialesca che è messa in atto dall'uso dell'ironia da parte dei pazienti, e avallata dall'intimità che abbiamo discusso nel capitolo precedente. Il discorso diviene più complesso però nel momento in cui si analizza l'uso dell'ironia da parte dello psichiatra.

### *Ironia e prassi*

Le fobie sono considerate, all'interno del processo terapeutico proposto dal Centro di Salute Mentale come uno dei sintomi centrali dell'attitudine nevrotica. Nella pratica psicoterapeutica cubana che, come illustrato in precedenza, rigetta il modello psicoanalitico, il sintomo non è indagato rispetto al suo ordine simbolico. Pertanto non si affronta una ricostruzione archeologica del suo manifestarsi in cerca di una traccia interpretativa, quanto piuttosto si analizzano le conseguenze che esso riporta sul piano del quotidiano, nel tentativo di operarne una decostruzione sul piano delle pratiche.

L'elemento centrale non è dunque l'oggetto della fobia, ovvero se si tratta ad esempio (come nei casi più comuni) di agorafobia o claustrofobia, quanto le conseguenze che essa comporta nella vita di tutti i giorni: come l'incapacità di

camminare da soli per le strade affollate o di salire su uno degli autobus sempre sovrappopolati che attraversano la città. A conseguenza di questa postura metodologica, i tentativi dei pazienti di ricostruire una genesi delle proprie paure attraverso una localizzazione biografica che evidenzia lo spezzamento fra un “prima” dell’insorgere della fobia e un “dopo”, è decostruito dal terapeuta per lasciare spazio ad una più generale riflessione sulle predisposizioni del paziente. Lo strumento tramite il quale questa decostruzione è attuata è, ancora una volta, l’ironia.

Durante una delle sessioni di psicoterapia di gruppo dell’*Hospital de día*, Yamila, una paziente sulla trentina, racconta che la sua paura di camminare da sola attraverso la città è cominciata quando si è trasferita all’Habana dalla provincia, sei anni prima. Un giorno, racconta la paziente, dopo pochi mesi dal suo trasferimento, aveva notato che un “negro, alto e robusto” la seguiva. «E perché non te lo sei scopato?» le chiede lo psichiatra scatenando l’ilarità generale. «Ma era enorme!» risponde la donna, indicando con la mano una delle pazienti di colore presenti in sala che ha una corporatura robusta e slanciata. Baly si avvicina a questa seconda paziente e la fa alzare in piedi, la fa voltare in modo che tutti i presenti possano notare il prominente fondoschiena della ragazza, e aggiunge: «Io se lei mi seguisse me la scoperei senza problemi, perché a me hanno insegnato a mordere le negre e a te che i negri mordono».<sup>151</sup>

Nella descrizione anti-frasticamente distruttiva operata dal terapeuta rispetto alla localizzazione narrativa dell’insorgenza della fobia della paziente, possiamo rintracciare l’utilizzo dell’ironia che Kierkegaard ha definito socratica (Kierkegaard, 1841 *trad. It.* 1995). Le argomentazioni della donna subiscono una torsione logica che prevede la rottura del rapporto causa/effetto così come la paziente lo aveva rappresentato. La paura, sembra suggerire il rovesciamento, non è più un effetto di una causa oggettiva, il pedinamento dell’uomo, poiché non è un dato oggettivo che un uomo di colore di grossa statura debba provocare paura. Potrebbe, infatti, provocare anche attrazione sessuale, il che mostra come la paura

---

<sup>151</sup> Sessione di psicoterapia di gruppo dell’*Hospital de Día*, 9 novembre 2009



sia il prodotto dell'attitudine o predisposizione del soggetto e non dell'oggetto (il pedinamento, o l'uomo).

Ma il frammento etnografico arricchisce il nostro discorso di un altro elemento, ovvero l'utilizzo, all'interno del discorso ironico, di un lessico sessuale decisamente informale. I riferimenti di carattere sessuale, attraverso la battuta sconcia o la rappresentazione di una mimica lasciva, non sono infrequenti all'interno del Centro, sia nelle situazioni informali, sia durante la pratica terapeutica. Vorrei provare ad analizzarli utilizzando come termine di paragone la commedia Aristofanea, di cui i riferimenti sessuali sono tratti caratteristici del discorso ironico (Mastromarco, 2006).

Nelle rappresentazioni del commediografo greco, messe in scena nell'Atene del V secolo, gli attori indossavano falli finti, e non lesinavano battute ambigue quando non sconce. La tensione lessicale verso il campo semantico sessuale aveva la funzione di attirare l'attenzione del pubblico, ma anche di tenere il discorso scenico aderente a un piano tangibile e materiale. La tragedia utilizzava gli strumenti del simbolico, e faceva riferimento all'ambito dell'immaginario allo scopo di provocare quella che Aristotele definì catarsi, il cambiamento. La commedia intesseva un dialogo diretto con il piano materiale, rimandava cioè all'ordine sociale del contesto storico che la promuoveva sciogliendo la metafora attraverso l'esplicitazione del "come se".<sup>152</sup>

La psicoanalisi, come la tragedia greca, dirige la sua analisi sul piano dell'immaginario e del simbolico, tanto che della tragedia mutua anche personaggi e strutture narrative per spiegare il funzionamento della psiche umana.<sup>153</sup> La psicoterapia cubana, come d'altronde quella sistemica di cui per molti versi riprende la metodologia, sembra assomigliare alla commedia aristofanea, nella sua volontà di portare la realtà sotto le luci impietose di una sintassi senza veli.

---

<sup>152</sup> A riprova di ciò basti considerare come, mentre i personaggi portati in scena dalla commedia sono dei ed eroi e gli intrecci sono costruiti attraverso un'elaborazione dei miti, i personaggi della commedia sono non solo uomini comuni, ma spesso personaggi di ordine pubblico contemporanei all'epoca delle rappresentazioni.

<sup>153</sup> Valga ad esempio l'uso che Freud fa dell'Edipo di Sofocle, in Freud, *Tre saggi sulla teoria sessuale*, 1920

La battuta sconcia sembra poter svolgere nel contesto terapeutico la stessa funzione straniante e di richiamo all'ordine materiale che svolgeva sulla scena classica. Attraverso l'utilizzo dell'*aprosdoketon*, la battuta inaspettata e a effetto, si pone in evidenza un paradosso nella costruzione narrativa del paziente, il paradosso costituito dall'obiettività delle sue argomentazioni, che in quanto personali non possono avere carattere di oggettività. Attraverso l'uso di quello che la psicoterapia sistemica chiama contro-paradosso, rappresentato nel caso preso in analisi, dalla locuzione con cui lo psichiatra invitava la paziente ad andare a letto con il suo pedinatore, lo psichiatra non esaspera la logicità dell'esposizione del racconto. In questo modo, attraverso il contro-paradosso, lo psichiatra può ribaltare, dunque, non i termini ma la relazione esistente fra essi. Relazione analizzata non attraverso il richiamo a una qualche struttura inconscia, o a un evento traumatico immaginario o passato, ma all'educazione. «A me hanno *insegnato* a mordere le negre, a te hanno *insegnato* che i negri mordono», dice lo psichiatra sottolineando il carattere di fattuità delle argomentazioni che sostiene. L'educazione ricevuta dai propri genitori può essere, a parere del terapeuta, l'origine del legame disfunzionale, tra i termini del discorso, sviluppato dalla paziente nella ricostruzione narrativa dell'insorgenza del sintomo.<sup>154</sup>

### *Ironia e rottura del set apart*

Durante una delle riunioni d'equipe che segue una sessione psicoterapeutica, Baly sta spiegando al gruppo l'utilità del "silenzio" con cui iniziano le sessioni. «Lo psichiatra *mette un silenzio* [letteralmente da "*pone un silenzio*"], il silenzio è difficile da sopportare per il gruppo». Mentre spiega come il silenzio ottenga l'effetto di alzare il volume del monologo interiore dei pazienti, rendendo insopportabile la sua durata, lo psichiatra racconta all'equipe che il suo

---

<sup>154</sup> Il richiamo alla sessualità all'interno del setting terapeutico potrebbe suggerire un'analisi foucaultiana dell'azione svolta dallo psichiatra. Tuttavia intendo sostenere come, in questo caso specifico, non sia il discorso sulla sessualità a prendere le forme dell'ironia, quanto piuttosto il discorso ironico a servirsi della sessualità. Non intenderò dunque l'utilizzo del richiamo alla sessualità come parte di una strategia di controllo, di dressage dei corpi (Foucault, M. 1976 *trad. It.* 2005), quanto piuttosto come uno dei temi attraverso cui storicamente si è declinato il discorso ironico.

maestro, Hiram Castro, iniziasse le sessioni con momenti di silenzio che duravano fino a venti minuti. «Ma erano gli anni ottanta oggi non è più possibile». Quando chiedo come mai, mi risponde:

Tu pensi che un cubano di oggi possa reggere un silenzio di venti minuti? Per quanto chi dirige la sessione possa essere un buon terapeuta, ci sono troppi problemi nella vita quotidiana oggi perché si possano fare le cose che si facevano negli anni '80. Se lo facessi io qui i primi ad alzarsi e andarsene sarebbero i co-terapeuti!<sup>155</sup>

A conferma di quanto detto da Baly, Marlene, una delle due psicologhe, racconta che ormai trovi molta difficoltà nel sopportare i momenti di silenzio che fanno parte della quotidianità, come riempire una tanica d'acqua e aspettare che sia colma. Tutti gli altri membri dell'equipe annuiscono, e la *frase formulare* «no es fácil!» pronunciata da Regla, l'assistente sociale, chiude il discorso.

In questo come in altri momenti, sia didattici sia terapeutici, le riflessioni sulla situazione socio-economica del paese sembrano essere presenti non solo nei discorsi informali, ma anche nelle considerazioni tecniche, come quella appena citata, che riguardano i cambiamenti delle pratiche terapeutiche. Ciò suggerisce che il discorso sulla situazione sociopolitica del paese sia un elemento di riflessione, non solo rispetto alle problematiche legate alla vita dei pazienti, ma anche rispetto alla costruzione del dispositivo di cura.

Nella prima parte di questo lavoro si è analizzato come la situazione socio-politica del paese costituisca un vero e proprio strumento di discriminazione nella scelta del sistema psicoterapeutico adeguato. Si è cercato di mostrare come la psicoanalisi, ad esempio, non sia più considerato semplicemente un modello terapeutico inadatto poiché filosoficamente incoerente con il discorso marxista-leninista, ma piuttosto un metodo che, prevedendo un regime di pagamento e una terapia individuale, risulterebbe inapplicabile all'organizzazione socialista dei servizi pubblici. Inoltre, come sembra mostrare l'osservazione della didattica del Centro, anche all'interno del modello terapeutico scelto intervengono dei movimenti di aggiustamento, che sembrano essere percepiti dagli attori sociali che

---

<sup>155</sup> Riunione d'equipe, dopo sessione di psicoterapia di gruppo del martedì, 17 aprile 2009

li mettono in atto, come una diretta conseguenza dei cambiamenti politico-economici del paese.

La prassi terapeutica, che è elaborata e messa in opera in un determinato contesto locale, sembra essere rappresentata come un modello flessibile, che interagisce dinamicamente con i cambiamenti politico-economici a cui la società partecipa. Al vaglio del tempo presente, com'è possibile considerare dall'analisi del frammento etnografico, un modello terapeutico elaborato durante la prima metà degli anni ottanta, in un periodo antecedente alla caduta del blocco sovietico e al conseguente crollo dell'economia, risulta almeno parzialmente inappropriato.

Il discorso sulla situazione socio-politica del paese, oltre che strumento di vaglio della pratica terapeutica, sembra costituire un richiamo costante all'interno delle sessioni psicoterapeutiche. Attraverso un registro espressivo di tipo ironico, frammenti della vita politica del paese sono riportati attraverso l'uso d'iperbole e stereotipi e diventano figure in gioco nel discorso terapeuta-paziente. Mi è capitato spesso, ad esempio, di sentire un terapeuta apostrofare un paziente dicendo frasi come: «Oggi sei come il *Gramma* [uno dei due quotidiani nazionali], tiri le conclusioni senza spiegarmi l'accaduto»;<sup>156</sup> «Se uno psichiatra ti dice "pensa positivo", vai da quelli del partito che ti dicono la stessa cosa»; «Non fare come il Ministro della Sanità che quando arriva alla *Mensa Redonda*,<sup>157</sup> ci mette un'ora a parlare dei nostri successi e poi non gli rimane più tempo per parlare dei nostri problemi».<sup>158</sup>

Abbiamo definito con Turner il setting terapeutico come un *set apart*, ovvero come un tempo circolare, uno spazio chiuso, che non rientra nelle logiche del tempo lineare e dell'agire comune delle persone (Turner, 1977; Davies, 2009). Eppure, queste affermazioni che richiamano in forma ironica la situazione socio-politica locale, sembrano rompere il *set apart* rappresentato dal setting terapeutico, e introdurre un tempo lineare (quello della realtà politica locale), nel tempo ciclico della terapia.

---

<sup>156</sup> Sessione di psicoterapia di gruppo, 29 ottobre 2009

<sup>157</sup> La *Mensa Redonda* è la riunione dei ministri che illustrano ciascuno meriti e problemi dei propri settori, ed è trasmessa dalla televisione nazionale per garantire la diffusione delle informazioni.

<sup>158</sup> Sessione di psicoterapia di gruppo, 2 novembre 2009

Il richiamo a “prendere coscienza della realtà”, è inoltre una delle frasi ricorrenti utilizzate dai terapeuti. Durante una delle sessioni di psicoterapia di gruppo, ad esempio, mentre una giovane paziente, che da poco più di un anno lavora come medico di famiglia all’interno di un consultorio, si lamenta dei suoi problemi familiari, lo psichiatra l’apostrofa dicendo: «Per questo sei venuta in un servizio psichiatrico, non per risolvere i tuoi problemi partendo per una missione perché poi ti sfrutti Chávez!<sup>159</sup>». E poi rivolto al gruppo: «Per questo esistono gli psichiatri, perché vi rendiate conto della realtà!».<sup>160</sup>

Per analizzare questo frammento etnografico mi sembra che sia necessario fare un passo indietro e chiedersi cosa s’intenda per realtà in questo precipuo contesto. Per rispondere a questa domanda ho provato a procedere in due direzioni. La prima è di ordine ontologico, e concerne il concetto di realtà in quanto cosa. La seconda è di ordine epistemologico e consiste nel considerare in quale rapporto stiano la psichiatria, come scienza, e la realtà, come oggetto.

Lo psicanalista Jacques-Alain Miller, rielaborando quanto espresso da Lacan nel suo diciassettesimo seminario,<sup>161</sup> definisce il “reale” come l’atto, la faccenda, ciò che è accaduto in qualità di evento, e la “realtà” come il reale riconosciuto ed elaborato dal linguaggio. Dunque, se il termine “reale” rappresenta il mero avvenimento, la parola “realtà” designerebbe la descrizione dell’avvenimento, il reale portato al linguaggio, mostrato (Miller, 1986-87).

Foucault ha sostenuto che la psichiatria, per fondarsi come discorso di verità, ha dovuto rappresentarsi come una disciplina di “potenziamento del reale”. Uno strumento attraverso cui il reale si mostrerebbe all’alienato con una modalità che scavalca il piano del discorso logico (a cui l’alienato in quanto tale non può accedere), ma che riveste i panni della rappresentazione (Foucault, 1973-1974 *trad. It.* 2010). Se la realtà è il reale che viene al linguaggio, e la psichiatria non si può avvalere del linguaggio poiché non può comunicare con l’alienato nei termini del discorso logico, come essa può aiutarlo nell’acquisizione della realtà? Nell’istituzione manicomiale ottocentesca, che il filosofo francese ci descrive, tale

<sup>159</sup> Lo psichiatra fa qui riferimento alla missione Barrio Adentro che vede centinaia di medici cubani impegnati in Venezuela (<http://www.barrioadentro.gov.ve/>)

<sup>160</sup> Sessione di psicoterapia di gruppo, 12 novembre 2009

<sup>161</sup> Per una più approfondita trattazione dell’argomento si veda in Palombi, F., 2009

rappresentazione della realtà avviene attraverso la costruzione di un apparato, nel senso del teatro classico, che serve per impressionare il paziente e indurlo ad acquisire la verità del suo delirio. La terapia diviene in tal modo il vero e proprio allestimento di una scena, dove per scena si deve intendere «non un episodio teatrale, ma un rituale, una strategia, una battaglia» (Foucault, 1973-1974 *trad. It.* 2010: 43).

Nell'odierna pratica psichiatrica, le modalità attraverso le quali la psichiatria offre allo sguardo dell'utente la realtà ha subito delle trasformazioni ma non ha, dal punto di vista di molti autori, mutato asse discorsivo (Civita, e Cosenza, 1999). In particolare nell'*Hospital de día* che ho avuto modo di osservare, la pratica della rappresentazione rientra ancora a pieno titolo nel discorso di acquisizione assistita del reale da parte del paziente. Ovviamente debite distanze devono essere prese dalle descrizioni proposte da Foucault nei suoi testi, e perché non ci si trova all'interno di un'istituzione chiusa, com'era quella manicomiale classica, e perché non ci si ritrova al cospetto di deliri, di pazienti psicotici, ma di pazienti nevrotici. Eppure l'utilizzo di psicodrammi, dei giochi di ruolo che mettono i pazienti di fronte alle proprie scene di vita, ma diversamente che come avviene all'interno del tempo storico, esclusivamente come spettatori all'interno del setting terapeutico, non sembrano collocarsi su un piano così diverso da quelle logiche della rappresentazione descritte da Pinel all'interno del suo breviario di casi clinici citato da Foucault (Foucault, 1973-1974 *trad. It.* 2010: 22).

Ciò che si tenterà di dimostrare ora è come l'utilizzo dell'ironia all'interno del setting terapeutico possa essere inteso come uno strumento di rappresentazione, e come attraverso una riflessione analitica su tale funzione del discorso ironico si possa riprendere in analisi il rapporto fra psichiatria cubana e realtà.

*Ironia e politica*

Durante una sessione di psicoterapia del “gruppo chiuso” che si svolge con gli ex pazienti dell’*Hospital de día* tutti i martedì pomeriggio. Abel, un giovane adulto, racconta di come non si senta a suo agio vivendo nella casa della sua compagna, casa di cui non ha neppure le chiavi. Baly ride e commenta: «Ti sei reso conto che quella non è casa tua? E perché questo ti fa sentire così male se qui (a Cuba) nessuno è padrone della casa in cui vive?!».<sup>162</sup> Poco dopo, durante la stessa sessione Maria, una delle pazienti, che nella vita fa l’infermiera, parla della propria postura da “rassegnata”. Lo psichiatra annuisce e l’apostrofa dicendo: «Tesoro, tutti quelli che lavorano per il Ministero di Salute Pubblica sono rassegnati!» (*ibidem*)

In prima battuta, e qui sta l’ironia tragica utilizzata nel processo terapeutico, mentre il paziente cerca sollievo alla propria frustrazione nel dialogo con il proprio terapeuta, ottiene dapprima esattamente il suo opposto. L’*agency* dell’individuo, che potrebbe, nel caso di Abel, ricontrattare la propria presenza nella casa della sua compagna, chiedendole una copia delle chiavi, è ribaltata dal discorso ironico. Se anche il paziente ottenesse le chiavi dell’appartamento, continuerebbe paradossalmente a non esserne il proprietario, poiché come ricordato dal terapeuta, il vero proprietario rimane lo Stato.

E ancora. Nei termini del discorso logico, Maria dovrebbe preoccuparsi di non affrontare con una postura di rassegnazione il proprio lavoro. Ma ribaltando attraverso l’ironia il discorso logico, lo psichiatra afferma che una postura di rassegnazione è l’unica possibile in quella precipua condizione lavorativa.

Quest’operazione di rovesciamento messa in atto tramite l’uso dell’ironia, ha come primo effetto quello di innalzare il livello di ansia del paziente, che vede il proprio problema come ancora più insormontabile proprio perché legato a dinamiche più complesse di quelle che aveva immaginato, com’è appunto il

---

<sup>162</sup> Psicoterapia del gruppo chiuso, martedì 1 aprile 2009. Tutti gli immobili sono di proprietà dello stato e sono considerati come concesso in usufrutto ai cittadini, è quello che in gergo i cubani chiamano *el problema de las viviendas*. La regolamentazione della proprietà privata e i canoni della distribuzione degli alloggi fanno parte della Riforma Agraria varata da Fidel Castro il 17 maggio del 1959 (Moscato, A. 2006).

rapporto fra Stato e Individuo. Contro l'approccio biomedico che interviene primariamente a lenire il dolore, il metodo psicoterapeutico cubano punta sull'acuire il sintomo, nell'idea che sia necessario che «un paziente stia peggio prima che possa stare meglio».<sup>163</sup> L'ironia sembra essere qui utilizzata come vero e proprio strumento terapeutico.

D'altra parte però, nel momento in cui il terapeuta utilizza la situazione politico-economica del paese come strumento d'interpretazione della sofferenza di Abel, egli considera l'esperienza del paziente come comprensibile e riconducibile all'esperienza dei suoi concittadini. Lo psichiatra, comparando la situazione di Abel a quella di tutti i suoi connazionali e l'esperienza di Maria a quella di tutti coloro che lavorano all'interno del sistema sanitario nazionale, rende la sofferenza di queste persone comprensibile, per certi versi familiare e conseguentemente affrontabile. In tal modo il gesto interpretativo costituisce una sorta di palliativo istantaneo.

Se è vero, ad esempio, che il considerare che Abel non potrà mai essere il proprietario della casa in cui vive poiché non lo è nessun cittadino, rende irrisolvibile il suo problema rispetto al suo sentirsi ospite, rende altresì tale problema un'evidenza, una regola della cittadinanza in quel precipuo frangente storico. Ciò che si opera è un salto di tipo logico. Il problema della proprietà non ha più nulla a che vedere con il carattere della fidanzata di Abel, né il modo in cui Maria affronta il lavoro è da considerarsi una sua personale difficoltà. La sofferenza di Abel è quella di ciascun cittadino che abbia preso coscienza della propria impossibilità di essere proprietario della casa in cui vive, la sofferenza di Maria è la sofferenza di tutti coloro che lavorando per il Ministero di Salute Pubblica svelano la propria ferita e si rassegnano nel farne uno strumento di cura.

---

<sup>163</sup> Intervista con Adalberto Estopiñan, psicologo, 13 maggio 2008, a seguito di una psicoterapia di gruppo, Centro di Salute Mentale del'Habana Vieja. E' possibile supporre che questa modalità di innalzare la soglia dell'ansia dei pazienti durante le psicoterapie e il principio su cui riposa siano stati mutuati dalla Teoria Psicodinamica. Anche se non ho potuto riscontrare citazioni esplicite a tale teoria né nelle conversazioni orali, né nei testi scritti, fatta eccezione ad un rapido accenno nel testo di Hiram Castro analizzato nel primo capitolo. Anche Estopiñan come Baly è stato allievo di Hiram Castro e Angel Bustamante.



In sintesi, l'ironia rende possibile un doppio rovesciamento: proprio quando la fiducia del paziente nella sua capacità di agire sembra essere stata demolita, essa è riedificata attraverso una torsione dei significati (Davis, 2009: 93).

Per spiegare cosa s'intende qui con torsione dei significati, è necessario tornare alla relazione fra psichiatria e realtà cui si è fatto riferimento nelle pagine precedenti. Abbiamo affermato con Foucault che la psichiatria ha storicamente fondato il proprio approccio sulla possibilità di mostrare la realtà all'alienato, non attraverso un discorso logico, quanto piuttosto attraverso una rappresentazione di cui il malato è, a volte consapevolmente, a volte no, attore (Foucault, 1973-1974 *trad. It.* 2010).

Ciò che propongo è di considerare l'ironia una delle forme, una delle possibilità di attuare una rappresentazione. Proprio poiché rompe gli argini del discorso logico, attraverso quel processo di rovesciamento che abbiamo brevemente analizzato, l'ironia non dice quanto piuttosto mostra. Attraverso quel salto di livello logico cui si faceva accenno, infatti, il terapeuta non spiega al paziente le motivazioni del suo agire, ma piuttosto si serve di immagini ironiche per dispiegarle all'interno di un gioco di rappresentazioni in cui la sofferenza del singolo individuo sembra essere considerata solo il riflesso parziale della sofferenza sociale. In questo senso l'ironia può essere considerata uno strumento per mostrare la realtà, ma di quale tipo di realtà si tratta?

Scrive l'antropologo francese Andrew Lakoff che le scienze della psiche sembrano risiedere esattamente nel confine fra la questione etica di come un individuo dovrebbe vivere e la questione tecnica di come sostenere la vita (Lakoff, A. 2005). Ma potremmo anche dire che è difficile marcare una distanza netta fra "la questione etica di come un individuo dovrebbe vivere" e l'ordine politico ed economico che determina come un individuo può vivere. L'ordine della realtà che lo psichiatra mostra al paziente non è dunque solo una realtà di ordine personale ed etico, ma è anche di ordine politico ed eidetico<sup>164</sup> (Foucault, 1973-1974 *trad. It.* 2010). Spostare il discorso sul piano del sociale comporta spostare l'attenzione su

---

<sup>164</sup> Eidetico è qui da intendersi nell'accezione letterale del termine, dal greco *eidos* che significa forma, regola.

un dispositivo di ordine maggiore di quello deputato alla cura dei pazienti: sul dispositivo statuale.

### *Ironia è movimento*

Per esemplificare cosa s'intende per salto di ordine quando si parla di dispositivo, potrebbe essere utile utilizzare l'immagine della matrioska russa. Ho sostenuto nella seconda parte di questo lavoro come un individuo, nel momento in cui diviene un paziente, entri a far parte di un precipuo dispositivo, che ho chiamato, utilizzando il concetto di dispositivo coniato da Foucault, dispositivo di cura (Foucault, 1977). La partecipazione a tale dispositivo è iscritta nel paziente ad esempio attraverso il cambiamento della sua modalità di narrarsi e di rappresentarsi, agli altri come a se stesso. Abbiamo inoltre sottolineato come anche i terapeuti, nel momento in cui divengono terapeuti all'interno del Centro di Salute Mentale, divengono parte del dispositivo di cura, non solo nei termini in cui determinano la sovra-iscrizione dell'identità di pazienti su quella delle persone che prendono in carico, ma anche perché anche loro devono conformarsi a determinate regole per poter occupare il loro posto, all'interno del Centro, e dunque all'interno del dispositivo di cura. Abbiamo riflettuto su come le modalità del dispositivo di sovra-iscrivere delle identità siano da ritenersi non del tutto rigide e comunque soggette a margini di creatività.

Fatte queste premesse, ritornando all'immagine della matrioska, potremmo dire che la parte più piccola e più interna del gioco potrebbe essere rappresentata dal soggetto e quella che contiene immediatamente il soggetto, nel nostro caso specifico, è il dispositivo di cura. Il dispositivo di cura risulta però a sua volta contenuto da un altro dispositivo, il dispositivo statuale (Rabinow, P., 2003 *trad. It.* 2008). Tale dispositivo ingloba il soggetto, e tutte le relazioni che sono iscritte nel dispositivo di cura, come la matrioska più grande ingloba quelle più piccole. Parlare di un salto di ordine indica dunque questo, la possibilità di saltare da un dispositivo a quello che lo contiene.

Ovviamente la rappresentazione del “contenitore” è da intendersi come puramente esemplificativa, rispetto a una situazione ben più complessa. Per descrivere il modo in cui i dispositivi, le istituzioni e i simboli interagiscono fra loro, l’antropologo americano Paul Rabinow utilizza il concetto di “assemblaggi”. «Gli assemblaggi -scrive Rabinow - sono matrici secondarie dall’interno delle quali i dispositivi emergono e vengono stabilizzati o trasformati» (Rabinow, 2003 *trad. It.* 2008). Utilizzare il concetto di assemblaggio come proposto da Rabinow significa intendere le relazioni esistenti fra il dispositivo di cura e il dispositivo statale come dinamiche complesse e soggette al cambiamento. E ancora, significa assumere che questi stessi elementi non sono omogenei e statici ma eterogenei e storici (Foucault, 1977 *trad. It.* 2001)

Durante la psicoterapia di gruppo, come in ogni momento di dialogo all’interno del Centro, sembrano avvenire continui salti di ordine, come se l’attenzione del terapeuta mettesse a fuoco ora il soggetto più vicino, la persona in quanto paziente, ora il soggetto in prospettiva: il paziente in quanto cittadino. Alfabetizzando la sofferenza del paziente all’interno di un discorso comune, traducendo il sintomo in una reazione conseguente all’ordine sociale, il terapeuta non attua banalmente una depersonalizzazione del disagio dei pazienti, egli mette le difficoltà del paziente sullo stesso piano, morale e d’analisi, di quelle del cittadino. Ovvero l’attenzione del terapeuta è centrata in certi momenti sulla relazione che intercorre fra l’individuo e il dispositivo di cura, e in altri momenti sulla relazione che intercorre fra l’individuo e lo Stato.

Ciò che è rilevante e, dal mio punto di vista, precipua caratteristica di questo contesto, è che la focalizzazione sul legame fra l’individuo e lo Stato, quindi il patto di cittadinanza, è ugualmente oggetto di dibattito nella terapia. Il cambiamento di focalizzazione non produce semplicemente una rottura del *set apart* rappresentato dal *setting* terapeutico, ma la sovversione delle argomentazioni dei pazienti, e in un certo senso una parte della loro cura. L’utilizzo del confronto con il politico, attuato mediante l’ironia, permette allo psichiatra di ri-descrivere le condotte patologiche per cercare di attribuire a esse un senso, un ordine. Dall’altra parte l’ironia proprio nella sua virtù di torsione del reale, portando al centro del percorso terapeutico la problematicità della vita quotidiana, ne mostra le assurdità, le contraddizioni.

Come scrive lo psicoterapeuta Pietro Barbetta «L'ironia parte da un presupposto: ogni fenomeno nasconde una quota d'irrazionalità, la nasconde perché in *prima facie* si presenta come giustificato. L'ironia è una sorta di torsione della giustificazione» (Barbetta, 2007). Nel caso precipuo oggetto di analisi, da una parte l'ironia socratica utilizzata durante le sessioni terapeutiche serve a smascherare la fallacia delle argomentazioni dei pazienti, e a mettere in luce la loro paradossalità attraverso il ribaltamento del discorso logico, com'è stato analizzato per i frammenti riguardo Raudelis e Yamila. Dall'altra l'ironia tragica, analizzata nei frammenti riguardo Abel e Maria, produce uno smascheramento della realtà stessa, mostrando le quote d'irrazionalità contenute nell'organizzazione sociale stessa.

Così il rapporto fra ironia e produzione di conoscenza all'interno del dispositivo di cura si muove su due direttrici distinte ma al contempo in osmotico contatto fra loro. Una rappresentata dal soggetto che avvia una riflessione sul sé, sulle motivazioni delle proprie azioni, e in qualche modo sui limiti che i sintomi impongono alla sua capacità di azione e di autodeterminazione. L'altra rappresentata dal gruppo che riflette sulla propria condizione di cittadinanza e di conseguenza sui limiti che il dispositivo statale impone della propria capacità di azione.

Se volessimo dunque affermare con Foucault che la psichiatria mantiene anche in questo contesto il suo ruolo di disciplina che si pone a potenziamento del reale, avvicinandolo al malato nei termini della rappresentazione, l'analisi dei dati etnografici riportati sembra suggerire che con "reale" non s'intenda solo una realtà di ordine personale ma una situazione sociale e politica. E di più. La "realidad" che la clinica cubana sembra voler mostrare attraverso il discorso ironico, è la realtà del dispositivo che svela se stesso. L'ironia mette in luce le traiettorie contraddittorie, le giustificazioni illusorie, però senza la pretesa di costruire un'alternativa, senza spezzare il sistema. L'ironia può, infatti, essere considerata come la *pars destruens*, che svela i limiti del dispositivo senza perciò produrre alternative. O, per meglio dire, senza produrre alternative al sistema, quanto piuttosto nuovi modi di gestire l'ostacolo.

Il rovesciamento dell'*agency*, come quello del discorso logico, resi possibili dall'utilizzo dell'ironia all'interno del setting terapeutico, individuano una modalità non convenzionale di trasmettere sottilmente al paziente nuovi modi di gestire ed immaginare la soggettività. Nuovi modi che spesso sembrano contraddire i significati convenzionali del dolore, della logicità, della responsabilità e dell'angoscia. (Davis, 2009: 98) Se è vero quanto affermava il filosofo Kenneth Burke quando scriveva che «l'ironia non è superiore al nemico» (Burke, K. 1950), è altrimenti vero che l'ironia è ciò che permette di svelare l'esistenza del dispositivo stesso.

## Da pazienti a cittadini e ritorno

Ogni rapporto di «egemonia» è necessariamente un rapporto pedagogico.

Antonio Gramsci

Il concetto di cittadinanza, termine giuridico coniato per designare il contratto esistente fra il singolo individuo e l'ordine politico, inteso come partecipazione attiva del soggetto alla sfera pubblica (Zolo, 1995), ha subito in questi ultimi anni nel campo delle scienze umane un processo di ri-semantizzazione. In particolare, il filone di studi che prende le mosse dalle analisi Foucaultiane del rapporto fra Stato e Individuo e dal concetto di *bio-politica*, ha riflettuto sulla relazione fra il patto di cittadinanza e le politiche sanitarie dei contemporanei Welfare State. Autori come l'antropologo statunitense Paul Rabinow e il sociologo inglese Nikolas Rose, hanno pensato delle categorie per riflettere sul contemporaneo concetto di cittadinanza prodotto dall'organizzazione delle politiche della cura, coniando neologismi come bio-socialità (Rabinow, 1996) e *bio-cittadinanza* (Rose, e Novas, 2005). Per *bio-socialità* s'intende il modo in cui nuove forme d'identificazione collettiva aggrumino attorno a una nozione biologica condivisa. Nel pensare questa definizione Rabinow faceva in particolare riferimento al progetto genoma<sup>165</sup>, ma il termine *bio-socialità* è stato utilizzato anche nell'analisi di forme non verticistiche di creazioni di collettività, ovvero non generate da programmi di medicalizzazione e prevenzione del rischio preposti dallo Stato, come i movimenti nati attorno alle conseguenze dello scoppio della base nucleare di Cernobyl, movimenti nati "dal basso" che rivendicavano i diritti del popolo in quanto "corpo leso", biologicamente parlando (Petryna, 2002).

Mentre il concetto di *bio-socialità* richiama al formarsi di movimenti collettivi e gruppi sociali, il termine *bio-cittadinanza* pone l'accento sul fatto che sia proprio il contratto fra l'individuo e lo Stato a essere modellato su concezioni che pertengono le specifiche caratteristiche vitali degli esseri umani. Ovvero come, a

---

<sup>165</sup> Paul Rabinow ha condotto la sua ricerca osservando i gruppi e i nuovi tipi di pratiche generate dalle nuove tecniche di diagnosi genetica e di monitoraggio dei rischi. (Rabinow, 1996; Rose, 2007)

partire dal XVIII secolo l'obiettivo delle pratiche mediche in Occidente sia divenuta la salute del corpo individuale del cittadino e il corpo collettivo del popolo (Rose e Novas, 2005).

Un altro esempio del modo in cui si è ripensato il concetto di cittadinanza in rapporto alle politiche della salute è il lavoro dell'antropologa cambogiana Ahiwa Ong che ha indagato le dinamiche responsabili della creazione di vere e proprie "quote di cittadinanza"<sup>166</sup> disponibili a migranti e rifugiati, discutendo i modelli d'inclusione ed esclusione dello straniero nella formula dovere/diritto dei sistemi di Welfare State dei paesi ospitanti.

La Ong ha definito la cittadinanza come «un processo sociale di produzione mediata di valori che hanno a che fare con la libertà, l'autonomia e la sicurezza.» (Ong, 2003 trad. It. 2005:11). Anche se non ha impiegato il concetto di bio-cittadinanza, l'antropologa ha affermato che, nel caso dei rifugiati cambogiani residenti negli USA, alle modalità di inclusione prodotte dal discorso medico seguissero forme ben più sottili di esclusione. L'analisi delle pratiche secondo le quali un cittadino è reso "buono da curare", ovvero comprensibile all'interno delle categorie biomediche preposte dallo Stato, porta la Ong ad affermare che la produzione di "buoni pazienti" si intreccia con la produzione di buoni cittadini. Attraverso le strategie politiche di un potere che esercita una presa seppur benevole sui corpi, concedendo e amministrando i diritti alla salute, il Governo controlla in maniera efficace le comunità etniche presenti sul territorio. Così, scrive la Ong:

la modernità e la democrazia esercitano il proprio dominio attraverso l'amministrazione della quotidianità e attraverso la sorveglianza sui corpi individuali e sul corpo sociale adattandoli entrambi a standard e a gerarchie normalizzanti (Ong, 2003 trad. It. 2005:88).

Pur fuori da un contesto etnografico diasporico, l'antropologa Mariella Pandolfi ha parlato di *cittadinanza terapeutica* per definire quella presa di potere che guarda ai corpi come oggetti da contare, amministrare e far entrare all'interno

---

<sup>166</sup> Con "quote di cittadinanza" Ong intende l'accessibilità a porzioni di diritti di cittadinanza offerti ai rifugiati in cambio di aderenza ad alcune peculiari politiche statunitensi, rispetto al modo in cui essi debbano pensare se stessi e le loro azioni (Ong, 2003 trad. It. 2005).

di statistiche di prevenzione. L'antropologa faceva particolare riferimento ai programmi di screening cui i cittadini appartenenti a specifici target (di sesso maschile e di età superiore ai 50 anni per lo screening del tumore alla prostata ad esempio) sono invitati a partecipare e in generale all'impianto della medicina preventiva e predittiva (Pandolfi M., 2005).

Riassumendo quanto detto, gli studiosi che hanno ripensato il concetto di cittadinanza in relazione alle politiche della salute, hanno lavorato nella direzione di interpretare il conferimento dei diritti ai cittadini come un processo socio-culturale di "soggettivazione". Ovvero hanno pensato alle tecnologie del governo, strutturate nei programmi del Welfare State, come a uno strumento per plasmare le soggettività individuali. (Foucault, 1977; Rose, e Novas, 2005; Ong, 2003; Pandolfi, 2005).

Proprio perché spesso usato in riferimento alle politiche del Welfare State, il termine cittadinanza<sup>167</sup> è, nella letteratura scientifica citata, associato ai principi dello Stato liberalista. Ciò potrebbe far sembrare un'improprietà di linguaggio la scelta di esprimersi rispetto alla popolazione cubana in termini di cittadinanza, utilizzato le categorie analitiche proposte da questi autori. Tale scelta è, tuttavia, stata motivata dal ricorrere del termine cittadinanza nel contesto terapeutico in cui si è svolta la ricerca. Durante le sessioni terapeutiche lo psichiatra si riferiva ai propri pazienti essenzialmente nei termini di "cittadini", «voi non state osservando dei pazienti, ma dei cittadini» ripeteva spesso nella terapia di gruppo del martedì, destinata agli ex pazienti dell'*Hospital de día*. Ciò mi ha portato a pensare che i citati studi potessero essere utilizzati, non in maniera acritica, quanto piuttosto come riferimento dialettico e comparativo, per analizzare il Centro di Salute mentale e il suo rapporto con quello che abbiamo nel precedente capitolo definito dispositivo statale.

Inoltre nel campo della *Salute Mentale*, ovvero di quel filone della psichiatria che non vuole interessarsi esclusivamente della malattia mentale in quanto disagio, ma anche in senso più ampio della possibilità di farsi garante del benessere psichico di una data popolazione, il termine cittadinanza risulta

---

<sup>167</sup> La complessità storica e giuridica del termine "cittadino" mi ha spinto a scegliere di utilizzare il concetto di cittadinanza solo nei termini nei quali lo utilizzano gli autori citati.



centrale. L'organizzazione sanitaria nel campo della salute mentale dichiara, infatti, prendere le mosse dagli ideali di una cittadinanza sociale che mette il benessere psichico della comunità, una comunità di cittadini nel pieno possesso dei loro diritti, al centro della presa in carico del Welfare State (Lakoff, 2005: 46).

Ma è stata soprattutto la ridondanza nell'uso di questo termine nel contesto etnografico oggetto della mia analisi, che mi ha spinto a riflettere sui significati situati della parola cittadinanza, e su come tale concetto possa essere messo in relazione con i percorsi di cura che sono oggetto di analisi.

### *Cittadinanza, parola flessibile*

Se la cittadinanza rappresenta, dal punto di vista giuridico, un complesso sistema di rapporti diritto-dovere che descrivono la relazione esistente fra Stato e individuo (Zolo, 1995), per dare una definizione del concetto di cittadinanza a Cuba vorrei seguire la scomposizione del termine in tre sottogruppi, come proposto dal sociologo Thomas Marshall (Marshall, 1964 *trad. It.* 2002), e provare a ragionare su come i miei interlocutori descrivano i diritti che ritengono siano negati e quelli concessi, allo scopo di comprendere il carattere della forma di cittadinanza precipua dello Stato Cubano contemporaneo<sup>168</sup>. Consideriamo, dunque, come sottocategorie del diritto di cittadinanza i *diritti civili* (che comprendono la libertà personale, di movimento, di associazione, di riunione, di coscienza e di religione, l'uguaglianza di fronte alla legge, il diritto alla presunzione d'innocenza e altri diritti limitativi delle potestà punitive dello stato come il diritto a non essere privati arbitrariamente della proprietà e così via). I *diritti politici*, relativi alla partecipazione dei cittadini al governo dello Stato, inteso in senso lato, sia direttamente (attraverso istituti quali il referendum, la petizione ecc.), sia

---

<sup>168</sup> Il problema dei diritti è una questione filosofica prima ancora che giuridica (Bobbio, N. 1990), ma non ho ritenuto che questa fosse la sede per affrontare la questione nella sua complessità. Farò quindi riferimento alla divisione tripartita proposta da Marshall, tacendo le critiche che i giuristi europei hanno opposto a questa schematizzazione (Palombella, G. 2002). E' stato lo spoglio della letteratura scientifica cubana sul tema dei diritti politici a suggerirmi di fare riferimento a questo schema, poiché, pur non citando direttamente Marshall, risulta ricorsiva la distinzione fra "diritti sociali" e "diritti politici" (Dilla Alfonso, H. Oxhorn, P. 1999; Cordovì, J. T. 2010)

indirettamente, determinati dalla possibilità di eleggere i propri rappresentanti e candidandosi alle relative elezioni. I *diritti sociali*, che comprendono i diritti alla protezione sociale contro la malattia, la vecchiaia, la disoccupazione ecc., il diritto alla salute, il diritto al lavoro, il diritto all'istruzione e così via (Marshall, 1964 trad. It. 2002; Zolo, 1995 ).

La forma statale socialista assunta dal Governo Cubano successivo al *triumfo de la revolución* del 1959 nega alla popolazione la fruizione di alcuni diritti civili, come ad esempio la libertà di movimento e la libertà di associazione, garantisce i diritti politici in maniera solo parziale, ma costruisce un'enfasi rilevante sui diritti sociali (Acanda, 1999). Nello Stato Cubano, infatti, la salute come l'educazione sono completamente gratuiti per tutti i cittadini, il diritto al lavoro e il diritto alla casa sono garantiti da un sistema di quote proporzionali che non laurea, ad esempio, più medici di quanti non ne necessiti, e che non consente la proprietà privata amministrando in maniera quasi del tutto diretta la distribuzione degli alloggi (Dilla Alfonso e Oxhorn, 1999).

Rinvenire dei caratteri di coerenza nella forma organizzativa del Governo Cubano non significa affermare che non vi siano stati in essa cambiamenti nei cinquantuno anni trascorsi dalla Rivoluzione. Durante la mia permanenza a Cuba la questione dei diritti dei cittadini cubani è stata spesso oggetto di conversazioni, per lo più informali. In una di queste conversazioni Milagros Niebla, docente di Antropologia e Filosofia presso l'Università dell'Habana, ha affermato:

Molti diritti sono stati concessi negli ultimi dieci anni, le regole si sono fatte a mano a mano più flessibili, dopo il *periodo especial*. Vi sono stati provvedimenti che hanno introdotto dalla libertà di professione di fede, alla libertà di affermazione della propria sessualità, e adesso comincia a prendere piede una parziale concessione all'iniziativa piccolo imprenditoriale privata. Pensa anche solo a com'è cambiata l'Habana!<sup>169</sup>

Le parole della professoressa Niebla sembrano mettere in evidenza come il cambiamento della condizione economica dell'isola, dovuto al crollo del blocco sovietico, abbia cambiato l'atteggiamento del Governo Cubano nei confronti dei suoi cittadini, producendo quello che la professoressa ha chiamato una "flessibilità

---

<sup>169</sup> Conversazione svoltasi il 25 giugno 2010, nell'appartamento della Prof.ssa Niebla

delle regole". Con il termine "regole", possiamo qui intendere l'esercizio del dovere di cittadinanza, ovvero degli obblighi del cittadino verso il proprio Stato.

Approcciando agli stessi argomenti, Jeorge, marinaio in pensione, si è così espresso parlando del sistema politico del suo paese, in una delle conversazioni avvenute a casa sua nel periodo in cui ho vissuto lì come ospite:

Tu non puoi comparare il nostro modello con quello che succede fuori da Cuba. Io ho la macchina, che è un grande vantaggio, ce l'ho perché quando facevo il marinaio il Governo ha dato la possibilità a quelli che accettavano di stare imbarcati per più di dodici mesi di comprare la macchina. E' un grande vantaggio. Non tutti possono avere la macchina, anzi, se mio figlio che studia ingegneria volesse un'auto, oggi, anche avendo il denaro non potrebbe comprarla, perché lo Stato non le vende e non permette di acquistarla all'estero. La casa dove vivo è un *medio basico*<sup>170</sup>, l'hanno data a mia moglie perché è infermiera del consultorio da venti anni, ma non è nostra. Dico, è un vantaggio non pagare l'affitto, ma se mia moglie non volesse più fare l'infermiera dovremmo rinunciare alla casa. Nel senso, tu non puoi comparare, noi abbiamo molti vantaggi, l'educazione gratuita, la sanità, io non pago per farmi una lastra o le analisi del sangue, negli Stati Uniti se non hai l'assicurazione sanitaria che fai? Però non sono libero, in molte cose, non sono libero. Ecco ho dei vantaggi e li pago rinunciando a un pezzo di libertà.<sup>171</sup>

Lì dove il neoliberismo statunitense, con il progressivo smantellamento dello stato sociale, ha proposto un modello dove il costo del pieno possesso dei diritti civili e politici da parte dei cittadini era rappresentato dallo scivolamento della responsabilità del benessere dallo Stato al singolo individuo (Harvey, 2005 trad. It. 2007). Seguendo la narrazione di Jeorge, sembra che il socialismo cubano abbia contrapposto un modello Statuale in cui la presa in carico del Governo sull'individuo è pressoché olistica, e dove la "rinuncia" al godimento di alcuni diritti civili e politici è rappresentata come il prezzo da pagare perché lo Stato possa farsi pienamente garante dei diritti sociali. Nel discorso di Jeorge sono menzionati dei diritti sociali fondamentali: il diritto alla casa, il diritto al lavoro, all'educazione e alla salute. E parlando di tali diritti egli usa il termine "rinuncia" per stabilire il contrappunto con la frase "non sono libero". Nel discorso di Jeorge

---

<sup>170</sup> Qui si intende per "medio basico" (letteralmente "mezzo di base") le case che lo Stato concede ai medici e che si trovano accanto al consultorio. Sono così chiamate, in generale, le case concesse ai lavoratori mediante il contratto di lavoro.

<sup>171</sup> La conversazione riportata si è svolta nell'ottobre 2009, a casa di Jeorge.

sembra così riecheggiare la retorica dell'oratoria socialista che vede la mancata fruizione di determinati diritti come la necessaria quota di sacrificio individuale in favore del bene della comunità.

Il fatto che Jeorge faccia riferimento per contrasto al modello statunitense, è indicativo non solo perché esso costituisce la più vistosa negazione degli ideali proposti in campo socialista, ma soprattutto perché il richiamo, esplicito o implicito, al neoliberalismo nordamericano è, seppure in forme diverse, uno dei *topoi* ricorrenti sia nei discorsi pubblici dei rappresentanti del governo sia nei discorsi privati della popolazione. L'antropologia culturale ci ha insegnato che ogni definizione identitaria è per natura contrastiva, in altre parole che per definire ciò che siamo abbiamo bisogno di definire primariamente ciò che non siamo (Fabietti, 1995; Amselle, 1999). Mi è stato così possibile osservare come, all'interno dei discorsi che mettono in campo i diritti che pertengono alla cittadinanza, il diretto modello di confronto per la popolazione cubana sia proprio, per opposizione, la forma statale nordamericana

Un altro frammento che vorrei riportare è tratto da una conversazione avuta con un mio coetaneo, Anderson, studente di Storia presso l'Università dell'Habana. Parlando del concetto di libertà, del suo e del mio modo di intenderlo, mi disse:

Conosci quella canzone di Buena Fe<sup>172</sup>, *Gente Valiente*? Il ritornello dice: «Gente coraggiosa mi ha dato delle libertà, canto il sogno dei coraggiosi, sogno coraggioso, libertà ammirabili, ma non sufficienti». Io la penso così. Quello che abbiamo è molto, pensa alla salute, all'Università gratuita: è coraggioso! Ma molte volte penso: è sufficiente? Sono iscritto alla FEU (*Federacion Estudiantil Universitaria*), l'associazione universitaria fondata da Mella, uno dei fondatori del Partito Comunista Cubano. Sono iscritto perché è l'unica associazione universitaria che c'è. Certo puoi non iscriverti, ma poi nessun ente ti prende a fare tirocinio, e senza tirocinio non ti laurei. Allora sono veramente libero di non iscrivermi?<sup>173</sup>

Ciò che è interessante notare è come la modalità attraverso la quale Anderson e molte altre persone che ho incontrato raccontano la propria adesione al modello di cittadinanza proposto dallo Stato Cubano contemporaneo e il giudizio

<sup>172</sup> Gruppo di musica pop cubano, molto conosciuto nell'isola.

<sup>173</sup> Conversazione tenutasi nel Luglio 2010

di valore che le attribuiscono cambi radicalmente a seconda di se l'oggetto della discussione siano i diritti civili o i diritti sociali. In altre parole la maggior parte delle persone con cui ho avuto modo di parlare mostravano di non prediligere il modello liberista in quanto ritenuto poco attento ai diritti sociali, ma al tempo stesso di ritenere il sistema cubano inadempiente nel garantire una serie di diritti civili, come la libera associazione.

### *Nevrosi e uomo collettivo*

Carlos Alberto è un uomo di circa quaranta anni che è stato paziente dell'*Hospital de día* e che, durante il periodo in cui si svolgevano le mie ricerche, partecipava alla psicoterapia del gruppo chiuso del martedì. Quando ho chiesto a Carlos Alberto di raccontarmi la sua storia, durante un'intervista registrata che si è tenuta a casa sua in un sabato pomeriggio di marzo, lui ha localizzato biograficamente l'insorgere del suo "momento di crisi" con la sostituzione del suo vecchio capoufficio con un nuovo dirigente.

Io sono arrivato all'*Hospital de día* per un problema lavorativo. (...) Il mio problema al lavoro è cominciato con il cambio del mio capo. Prima avevo un'ottima relazione con il mio capo, così come con i miei subordinati, ma poi hanno designato questo nuovo, non perché fosse la persona adeguata intellettualmente ma perché era la persona politicamente adeguata.<sup>174</sup>

Al cambiamento del dirigente consegue, secondo il racconto di Carlos, un cambiamento della distribuzione del lavoro, con una sempre maggiore presa in carico da parte sua e una conseguente difficoltà nella gestione dello stress prodotto dall'aumento delle responsabilità. Così dopo essersi reso conto di non riuscire a gestire da solo la sua "situazione di stress", Carlos Alberto, su consiglio di un'amica, decide di andare a fare un colloquio con uno psichiatra.

Non è la prima volta nella sua vita che prende questo tipo di decisione, mi racconta, infatti, di essere stato per la prima volta a colloquio con uno psichiatra durante l'adolescenza. A causa della sua difficoltà di gestire il suo orientamento sessuale e conseguentemente le relazioni con i coetanei, sua sorella maggiore lo

---

<sup>174</sup> Intervista con Carlos Alberto, 14 marzo 2009, trascrizione da registrazione

aveva portato a colloquio da uno psichiatra: «mi aveva insegnato a capire che l'omosessualità non era un problema, dopo alcuni incontri con questo dottore ho avuto la mia prima relazione di coppia»<sup>175</sup>. Carlos Alberto aveva poi fatto ricorso una seconda volta all'aiuto di uno psichiatra, partecipando questa volta a un vero e proprio iter psicoterapeutico, in occasione della morte dei suoi genitori, avvenuta nello stesso anno e seguita dopo qualche mese dalla morte di suo fratello maggiore. La catena di lutti e quello che mi racconta come «un certo senso di colpa per non aver avuto una vera relazione con nessuno dei tre», aveva portato Carlos Alberto, ormai trentacinquenne, a pensare di necessitare per la seconda volta di un aiuto medico.

Così quando sei mesi prima, di fronte alle sue difficoltà lavorative aveva ricevuto il consiglio di andare a “farsi vedere” (cito) da uno psichiatra, non aveva avuto difficoltà ad accogliere il consiglio. Questa volta i medici, nello specifico il dottor Leiva, gli avevano proposto il ricovero in *Hospital de día*, che era durato poco più di cinque mesi. Al termine del periodo di ricovero Carlos Alberto mi racconta di essersi sentito molto meglio e di aver avuto occasione di fare nuove amicizie nel gruppo di persone che erano pazienti nel suo stesso ciclo, tuttavia quando era cominciata la sperimentazione del gruppo chiuso del martedì e Marlene, la psicologa, lo aveva invitato a partecipare, aveva deciso di prendere parte alla terapia: «durante *Hospital de día* avevo capito cosa non andava tra me e il mondo, con questa terapia del martedì avevo occasione di capire cosa non va tra me e me stesso.»<sup>176</sup>

Nella narrazione di Carlos Alberto vi sono tre avvenimenti biografici ai quali sono fatti corrispondere i momenti di crisi che necessitano di un percorso terapeutico: il riconoscimento della propria identità sessuale, il lutto di familiari prossimi e una difficoltà nell'ambito lavorativo. Potremmo considerare questi tre avvenimenti come nodi comuni all'interno della costruzione di una personalità. Ciò che non è ritenuto “sano” dai medici che hanno preso in carico Carlo Alberto è la risposta del soggetto a tali avvenimenti, ovvero la modalità in cui si esperisce e si affronta la crisi. La psichiatria cubana chiama tale risposta *attitudine nevrotica*.

---

<sup>175</sup> *ibidem*

<sup>176</sup> *ibidem*

Indicando con questo termine la diminuita capacità del soggetto di fronteggiare le proprie istanze emotive, e il prevalere di uno stato ansioso che si manifesta attraverso sintomi come crisi di panico o momenti di aggressività.

L'episodio biografico che Carlos Alberto identifica come causa dell'ultimo ricovero merita a mio avviso una particolare attenzione. Mentre, infatti, i primi due avvenimenti che "scatenano" le crisi di Carlos Alberto sono in qualche modo iscrivibili all'interno di una logica del "naturale" verso il quale il soggetto non può agire ma solo re-agire (nulla si può nei confronti dell'orientamento delle proprie pulsioni sessuali o contro la morte di un caro), il terzo avvenimento pur posto dal paziente sullo stesso piano morale dei precedenti non sembra a un primo sguardo appartenere alla medesima categoria. Nel momento in cui in un luogo di lavoro viene imposto ad un individuo un dirigente che egli non ritiene adeguato, il soggetto ha un numero di azioni a sua disposizione con le quali *agire versus* l'avvenimento (chiedere un trasferimento, cercare l'appoggio di altri lavoratori scontenti, cambiare lavoro e così via).

Quando, narrando la propria condizione lavorativa, Carlos Alberto dichiara che il suo capo è "politicamente" adatto a quella posizione considerandosi inerme di fronte a questa situazione, egli sta immettendo l'avvenimento all'interno di quello stesso ordine naturale cui pertengono la sessualità e il lutto, egli non ritiene di poter *agire versus* (nel senso di prendere parte attiva alla situazione) ma solo di poter re-agire (ovvero di adattarsi a ciò che accade). Ciò implica che un'azione di carattere politico produce nella modalità di Carlos Alberto di raccontare la sua storia la stessa risposta di un'azione di carattere naturale, come di fronte alla perdita dei suoi cari, egli non sembra considerare di possedere alcuna possibilità di azione.

Questa modalità di rappresentare l'ordine politico come un ordine naturale non è riscontrabile solo nelle narrazioni dei pazienti del Centro di Salute Mentale, ma anche dei loro medici, e più in generale della maggioranza dei cittadini cubani con cui ho avuto occasione di parlare. Ed è ciò che mi ha suggerito di ripensare il concetto di nevrosi in maniera dialettica con quello di cittadinanza, mutuando a tal proposito dalle riflessioni di Gramsci sull'opera di Freud l'idea che la sofferenza psicologica del singolo individuo non possa essere analizzata senza tenere in

debita considerazione l'esperienza sociale e che, in ultima istanza, molte "crisi morbose" siano determinate dalla «coercizione morale esercitata dall'apparato statale e sociale sui singoli individui» (Gramsci, 1929-35).<sup>177</sup> Forse è necessario specificare che con coercizione morale Gramsci intende qualunque tipo di «costruzione di "uomo collettivo" di ogni livello di civiltà», dove con il concetto di uomo collettivo egli definisce il compito educativo e formativo dello Stato, teso ad adeguare la moralità delle più vaste masse popolari alle necessità del continuo sviluppo dell'apparato economico di produzione.

Lo psichiatra francese Henry Ey, autore che fa attualmente parte della bibliografia del corso di specializzazione in Psichiatria dell'Università dell'Habana<sup>178</sup>, ha definito il soggetto nevrotico come colui il quale si percepisce, a causa di un alterato rapporto interpersonale legato a un disadattamento agli schemi culturali della società in cui vive, l'attore del suo personaggio e non l'autore della propria esistenza (Ey, Bernard, Brisset, 1960; Basaglia, F., 1966). In altre parole il soggetto nevrotico esprimerebbe un *dasein*, un *esser-ci*<sup>179</sup> mancato e una conseguente incapacità di esercitare un'agentività personale. Se consideriamo il modo in cui, attraverso l'uso dell'ironia, lo psichiatra paragoni la sofferenza del paziente a quella del comune cittadino, paragonando l'incapacità di agire nel mondo del paziente in quanto soggetto nevrotico, all'interdizione di alcuni dei diritti civili cui sono soggetti i cittadini cubani, possiamo interpretare questa tensione dialettica prodotta dal discorso ironico in termini gramsciani. Il mancato *dasein* del soggetto nevrotico rappresenterebbe dunque, nel discorso ironico introdotto nel *setting* terapeutico dallo psichiatra, il mancato esercizio dell'agentività da parte del cittadino.

Va qui inteso che la limitazione dell'agentività è solo una delle forme della coercizione morale di cui parla Gramsci, quella che produce nell'antropologo napoletano Ernesto de Martino il concetto di crisi della presenza. Ovvero l'idea che

---

<sup>177</sup> Va considerato che le riflessioni di Gramsci cui si fa riferimento sono contemporanee alla pubblicazione de *Il disagio della civiltà*, di Freud (1930)

<sup>178</sup> Come precedentemente evidenziato i programmi di studio della Facoltà di Scienza Medica dell'Università dell'Habana sono stati consultati in loco.

<sup>179</sup> Il concetto di *dasein*, utilizzato da Basaglia, è mutuato dal filosofo tedesco Martin Heidegger.



la stessa presenza individuale, il *dasein* di cui ci parla Heidegger, «si smarrisca come centro di decisione e di scelta, e naufraghi in una negazione che colpisce la stessa possibilità di qualsiasi comportamento culturale» (De Martino, 1959, *ed. cit.* 1982: 67).

Guardato da questa prospettiva il *dasein* mancato del soggetto nevrotico, non distanzia poi molto dall'agentività perduta del cittadino che si confronta con determinate circostanze in cui la sua presenza come "centro di decisione e di scelta" risulta compromessa.

### *Aprender a vivir*

Nel contesto cubano descritto, una delle modalità terapeutiche utilizzate consta nel portare alla luce una crisi dell'agentività del cittadino. Questa è osservata dallo psichiatra le cui sedute sono state oggetto di analisi sia attraverso un discorso psichiatrico, come *dasein* mancato, che porta i terapeuti a parlare di personalità nevrotica, sia attraverso un discorso politico, che legge i limiti dell'agentività del cittadino. Possiamo provare ad analizzare quest'ultima come crisi della presenza, e chiederci come il terapeuta cubano si posizioni rispetto a tale crisi.

L'idea che la clinica cubana proponga ai suoi pazienti di lavorare sulle proprie attitudini fornisce già un'indicazione decisiva rispetto a questa direzione d'analisi. Il cambiamento di "attitudine" nell'affrontare il momento di crisi, rimanda all'idea che il soggetto, privato di possibilità di agire in maniera determinante sull'evento, possa cambiare la propria interpretazione dello stesso e la propria postura morale nel rielaborarlo.

Abbiamo visto come, attraverso l'utilizzo dell'ironia, lo psichiatra riesca a operare una torsione dell'argomentazione che toglie alla crisi del soggetto la sua natura d'individualità, o, per usare una celebre espressione demartiniana, offre un orizzonte sociale all'interno del quale esperire e conferire senso alla crisi individuale (De Martino, 1961). L'orizzonte di senso offerto dalla psicoterapia ai suoi partecipanti è, infatti, comune, poiché la clinica cubana vuole che l'iter terapeutico sia costruito in gruppi di pazienti, e sociale, poiché rimette la

sofferenza del singolo individuo sullo stesso piano morale di quella del comune cittadino.

E poiché la modalità in cui viene restituito il senso all'esperienza di dolore prevede un'iscrizione della crisi all'interno delle possibili conseguenze morbose dell'organizzazione sociale, la psicoterapia sembra trasformare l'esperienza personale del singolo individuo in un precetto, un insegnamento pubblico.

Durante una delle giornate trascorse al Centro di Salute Mentale, la vicedirettrice era passata a chiedere allo psichiatra un lemma che rappresentasse l'*Hospital de día*, e Baly aveva risposto: «Apprendere a vivere con quello che Dio ti ha dato». E alla vicedirettrice che stupita aveva chiesto: «come Dio?»; lui aveva risposto ridendo: «Dio o chi per lui!». Anche nelle parole di Baly che paragona la situazione politica a una suppostamente “naturale” o “divina”, sembra emergere quel senso d'impossibilità di azione che si riscontrava nelle parole di Carlos Alberto. E la proposta terapeutica consta nella sfida non già di cambiare la situazione in cui si vive, ma di adattarsi, di apprendere a re-agire.

Analizzando l'organizzazione dell'offerta sanitaria lettone in periodo socialista, l'antropologa Vieda Skultans proponeva d'intendere la partecipazione degli individui agli iter psicoterapeutici, e in particolare il momento dell'elaborazione della diagnosi come momento d'ingresso negli stessi, come la costruzione di un'appartenenza spirituale a una comunità di sofferenti. L'antropologa ipotizzava in tal modo che la legittimazione medica dei sintomi nevrotici costituisse uno dei modi attraverso i quali la società sovietica ottenesse di limitare il livello di malcontento e di conseguenza di contenere la resistenza individuale (Skultans, 2007: 33). La proposta della Skultans sembra però tacere la presa di coscienza dei soggetti rispetto alla propria situazione storico-politica, rappresentando i pazienti, quanto i medici, come delle pedine incoscienti della mano che le muove. Pezzi del dispositivo statale che hanno incorporato le regole morali dello Stato civile all'interno del quale sono oggettivati, i personaggi dell'etnografia della Skultans sembrano voler credere nelle stesse categorie nosografiche che li reificano. Non vi è posto, nell'analisi dell'antropologa anglosassone, per quello che la studiosa americana Judith Butler chiama «residuo

disarmato», ovvero per ciò che sfugge alle maglie del potere pur non costituendosi formalmente come tentativo di resistenza. (Butler, 1997 *trad. It.* 2005)

All'interno del Centro di salute mentale dove ho svolto la mia ricerca si può, dal mio punto di vista, osservare una più complessa rete di relazioni che coinvolgono pazienti e terapeuti e che sovrascrivono traiettorie spezzettate e a volte contraddittorie su quelle rappresentate dalla già intricata situazione creata dall'interfaccia fra il paziente e l'istituzione, ovvero dal potere che opera all'interno dell'istituzione psichiatrica.

Da una parte si può pensare allo psichiatra cubano come un ammortizzatore del conflitto sociale, non perché egli occupi il ruolo di "controllore" o perché i Centri di Salute Mentale siano popolati di dissidenti, ma poiché egli si pone come obiettivo di insegnare ai propri pazienti a vivere affrontando ciò che di patogeno c'è nella vita quotidiana. Ogni forma di egemonia, è come ci insegna Gramsci, pedagogica e nel processo di apprendimento che si trova intessuto nelle maglie del processo di cura è certamente possibile individuare una forma di assoggettamento dei pazienti (Gramsci, 1947). E poiché come si è tentato di mostrare, è così stretto il legame fra nevrosi e cittadinanza, la forma di assoggettamento dei pazienti può essere a ragione considerata moto e figura di quella dei cittadini. Moto poiché, ripristinando la salute dell'individuo all'interno di tale percorso, si produce un cittadino coerente con le richieste dello Stato, figura poiché la normalizzazione dell'anormale è considerabile come figura dell'educazione civile.

Dall'altra non è possibile non tener conto di come il processo di assoggettamento non sia solo un modo per creare subordinazione all'interno di un apparato statale ma anche un modo per «saldare e mantenere un soggetto, di dargli il suo posto, è una forma di soggettivazione» (Butler, 1997 *trad. It.* 2005: 86] Soggettivazione che, come sembra mostrare il discorso sull'ironia, è strettamente legata alla produzione di una coscienza critica. Ovvero, nel momento in cui si restituisce il senso a una crisi individuale attraverso l'avvicinamento fra il piano morale della crisi e quello delle difficoltà quotidiane del cittadino medio, la clinica cubana punta il dito sulla morbosità dello stesso progetto sociale all'interno del quale risulta inserita.

Questa produzione di coscienza critica, propria del discorso ironico, non è finalizzata alla decostruzione del sistema, né alla sua sovversione, ma si limita a svelare i paradossi, a smascherare le retoriche. L'ironia utilizzata in questo contesto terapeutico è dunque assieme ciò che legittima le regole del gioco e ciò che ricorda che "questo è un gioco", ciò che svela il piano fictionale del setting terapeutico. In altre parole contro il modello di adesione proposto dal regime gli psichiatri rispondono attraverso una prassi terapeutica che svela con un'appartenenza che non si dissolve nell'essere critica.

Questo contrasto fra "adesione al sistema" (intendendo con adesione l'impossibilità di elaborare un rapporto analitico e critico che si traduce in una partecipazione che è per natura dunque a-dialettica e a-critica) e "appartenenza", (intesa come posizionamento critico all'interno del dispositivo), può essere forse meglio compresa attraverso ciò che la Butler ha chiamato "attaccamento appassionato". Il progetto teorico della Butler è quello di riconciliare il concetto di soggetto così come è stato pensato da Althusser e Foucault con il concetto di psiche enucleato da Freud e da Lacan. Pertanto, mutuando dalla psicoanalisi il termine attaccamento,<sup>180</sup> l'antropologa definisce "attaccamento appassionato" il legame che s'istaura fra il soggetto e coloro dai quali dipende in maniera fondamentale.

Nella complessa rete di relazioni che lega un paziente al suo psichiatra, ed entrambi come cittadini allo Stato che offre loro la possibilità di essere rispettivamente paziente e psichiatra, si può parlare di attaccamento appassionato nelle tre direzioni della relazione. Il paziente rivela il suo attaccamento nel momento in cui si rende disponibile a gestire la terapia come un processo di apprendimento, come abbiamo visto nel capitolo in cui abbiamo analizzato la costruzione del paziente. Lo psichiatra rivela il suo attaccamento al paziente nel momento in cui accetta la propria condizione di svantaggio sociale come parte del patto di cura, come si è cercato di mostrare nel capitolo nono. Entrambi mostrano il loro appassionato attaccamento allo Stato nel momento in cui, pur operando quel salto dall'essere alla coscienza che avviene attraverso lo stimolo all'auto

---

<sup>180</sup> La studiosa fa riferimento alla Teoria dell'Attaccamento elaborata dallo psichiatra John Bolwby nel 1969 (Butler, 1997)

riflessione, continuano a partecipare al dispositivo attraverso la reiterazione dell'accettazione dei propri ruoli.

## Un caffè con Nikanor

Colto dal ridere, toccato dall'ironia delle cose che è l'equivalente di un'illuminazione, il filosofo non è l'autore ma il testimone di questi bagliori che attraversano e infrangono le griglie che le forme di razionalità costituite impongono al discorso.

Michael Foucault

Interno giorno. Nikanor, un uomo sulla quarantina, sta preparando il caffè nella sua cucina quando bussano alla porta. Due uomini con fare gentile ma perentorio lo informano di essere stati inviati dal Governo a installare due microfoni nell'appartamento. Allo stupore del proprietario di casa, i due rispondono spiegando:

Siamo a conoscenza del fatto che lei si chiama Nikanor O'Donnell, che lavora come autista all'Istituto Cubano di Arte e, a volte, fa il mediatore clandestino a permuta d'alloggi. (...) e poi ovviamente sappiamo che parla molto spesso male del governo. (...) la nostra missione è installarle dei microfoni in casa, per ascoltare direttamente i suoi commenti antigovernativi.

Nikanor invita con riluttanza i due a entrare in casa, lamentandosi della brutta franchezza con la quale gli sono stati rivelati gli intenti spionistici del Governo nei suoi confronti, ma ammettendo successivamente di preferire il dialogo ad una eventuale inavvertita irruzione in casa sua. Ma c'è ancora un aspetto della faccenda che sconvolge Nikanor: come mai è stato scelto proprio lui per questo monitoraggio sperimentale? Così gli spiegano i funzionari:

Perché è il più creativo. La maggioranza delle persone si limita a criticare i black-out o il *Gramma*, le Tavole rotonde e a chiedersi quanto durerà tutto questo. Lei invece ha condotto analisi francamente sagaci della nostra politica migratoria. Ci è stato davvero molto utile.

Dopo alcuni tentativi per l'installazione dei microfoni, alla ricerca del punto della casa con migliore ricezione, i due decidono che l'unica stanza con un'acustica accettabile è il bagno, chiariscono a Nikanor che d'ora in avanti dovrà esprimere le sue critiche al Governo lì e, dopo essersi raccomandati con lui di non essere indulgente e di continuare con la propria sagacia, salutano e vanno via.

La storia che ho raccontato è tratta dalla sceneggiatura del cortometraggio del regista e scrittore cubano Eduardo de Llano, *Monte Rouge*, satira sull'operato del Dipartimento della Sicurezza di Stato Cubana, prodotta nel 2005. *Monte Rouge* fa parte di una serie di cortometraggi, scritti e diretti da de Llano, e finanziati dall'Istituto Cubano dell'Arte e dell'Industria Cinematografica (ICAIC), che hanno come protagonista Nikanor. Nikanor, secondo il volere del suo inventore, incarna un cittadino sufficientemente critico nei confronti del governo, anche se non politicamente impegnato, disilluso ma non sovversivo. Nei cortometraggi di de Llano, Nikanor è più un prototipo che una persona. Egli, infatti, pur mantenendo costante il nome e il volto (il personaggio che lo interpreta è sempre l'attore cubano Luis Alberto Garcia), nel cortometraggio *Monte Rouge* è un autista single, nel cortometraggio *High Tech* del 2006 è un uomo sposato che viaggia spesso all'estero, mentre in *Brain Storm* del 2009 è un giornalista.

La canzone che lo descrive, scritta dal cantautore cubano Frank Delgado, e utilizzata da de Llano come sigla di chiusura dei suoi cortometraggi, lo descrive come "un uomo grigio", ma anche "una buona persona", che a volte compie azioni "disegnate per un eroe, ma non lo è", un uomo "vestito di mediocrità" che a volte è "perspicace". Inoltre, canta Delgado, sottolineando il carattere prototipico della figura disegnata da de Llano: "ciascuno di noi ha dentro un Nikanor"<sup>181</sup>.

Sono venuta a conoscenza di questo cortometraggio tramite la rivista italiana di Geopolitica *Limes*, che nel n.2 del 2007 aveva pubblicato il racconto di de Llano, da cui è tratta la sceneggiatura di *Monte Rouge*, all'interno di una breve rassegna di letteratura contemporanea cubana introdotta da Danilo Manera. Durante la mia seconda permanenza sull'isola, ho sentito citare il personaggio di Nikanor durante una psicoterapia di gruppo. Raudelis, un paziente del Centro, aveva appena raccontato di una vicissitudine lavorativa in cui era stato messo a

---

<sup>181</sup> La ballata di Nikanor, di Frank Delgado. Nicanor, qué buena gente/algo se traspapeló/en la burocracia universal/y quedaste pendiente./Con su blanca palidez,/a veces le ocurren/cosas venturosas/diseñadas para el héroe que no es. Alto ahí, Nicanor,/no te vuelvas suspicaz,/duérmete en el sopor/de que eres incapaz./Alto ahí, por favor,/cada uno de nuestro/lleva dentro un Nicanor. Nicanor, el hombrecillo,/que la anomalía se acabe/y la mediocridad lo arrope es mucho más sencillo./Nicanor, el hombre gris,/si el destino no lo reta/y no lo saca de su ostra/casi es un hombre feliz.

tacere in nome del “bene collettivo dei lavoratori della ditta”, e Nelson, un altro paziente, ridendo lo aveva chiamato “Nikanor”, utilizzando il nome del personaggio di de Llano come un epiteto. Al termine della sessione avevo chiesto a Nelson come mai avesse utilizzato questa affermazione, e in risposta avevo ricevuto una risata e un “aspetta e vedrai”. Nell’incontro successivo Nelson mi portò un dvd, che portava la scritta a pennarello “cortos” [cortometraggi], e conteneva cinque cortometraggi di Eduardo de Llano che avevano come protagonista Nikanor. Dopo aver visto il contenuto del dvd, avevo chiesto ad alcune persone che conoscevo di parlarmi di questi cortometraggi, domandando quanta diffusione avessero, e quali fossero i circuiti attraverso i quali circolavano.

Yumei, una mia coetanea che lavorava presso l’Istituto Cubano di Antropologia, commentando la diffusione dei corti di Llano mi disse:

I cortometraggi di de Llano non sono mai stati trasmessi in televisione, ma non sono neppure mai stati vietati. L’ICAIC (Istituto Cubano dell’Arte e dell’Industria Cinematografica) produce anche del cinema che noi chiamiamo “indipendente”. Cioè che non è proiettato nelle sale cinematografiche o trasmesso in tv ma che ha una diffusione informale, diciamo.

Ritornando sull’argomento con Nelson, il paziente del centro che mi aveva dato il dvd, parlando del personaggio di Nikanor mi disse:

Nikanor rappresenta l’ironia della sorte che viviamo ogni giorno come cittadini. L’hai visto il cortometraggio *Monte Rouge*? È come dire che nessuno di noi è spiato da un occhio invisibile, come nel *Grande Fratello* di Orwell.<sup>182</sup> Noi sappiamo bene quello che possiamo dire e quello che non possiamo dire. E non è che poi la polizia venga a cercare chi la pensa diversamente per fargli chissà che cosa, come pensano gli americani, quello succede una volta su un milione. Il punto è che siamo stati educati così bene che non ci pensiamo neppure che le cose possano essere diverse da come sono. Sappiamo quali sono i difetti del sistema, e quali i vantaggi, e andiamo avanti.

L’ironia, cui fa riferimento Nelson in questa affermazione, è ben sintetizzata in uno scambio di battute nel racconto-sceneggiatura di de Llano. Quando l’ispettore si complimenta con Nikanor per la sagacia delle sue critiche, il personaggio ribatte: «Grazie dissi, mentre la mia coscienza scavava un buco nel pavimento e il mio sistema di valori ci si seppelliva dentro». Il paradosso che

---

<sup>182</sup> Il riferimento è al personaggio del *Grande Fratello* nel romanzo *1984* dello scrittore inglese George Orwell.



genera l'ironia sarebbe dunque costituito dalla contraddizione fra la coscienza critica del personaggio e le sue reali capacità d'azione. Tale ironia è considerata, nelle parole di Nelson, "l'ironia della sorte" del comune cittadino.

Nel decimo capitolo ho citato le riflessioni di Paul Antze e Michael Lambek in merito all'utilizzo dell'ironia in campo terapeutico. Analizzando le due forme di ironia tramandate dalla tradizione classica, l'ironia socratica e l'ironia sofoclea, gli antropologi canadesi sostenevano che il denominatore comune di queste due forme d'ironia fosse costituito dalla messa in scena della limitatezza e dell'ambiguità della prassi. In Sofocle il pensiero e l'azione corrono in contro alle costrizioni esterne poste in essere dal Fato e dalle circostanze. Nell'ironia socratica i limiti contro cui s'infrange l'agentività come possibilità di decisione e di scelta sono le nostre finitudini mentali: l'ignoranza, la confusione, la contraddizione che ci porta spesso a parlare con una sicurezza che non possediamo. In entrambi i casi, l'ironia opera uno smascheramento di tali limiti, porta alla luce tali contraddizioni.

Lambek e Antze sostenevano, dunque, che lo scopo dell'uso dell'ironia da parte dei tecnici della salute fosse la necessità di stemperare la sopravvalutata dimensione dell'agentività individuale come libertà del soggetto (Lambek e Antze, 2004). Nel testo ho cercato di dimostrare come, nella psicoterapia cubana oggetto d'analisi, l'utilizzo dell'ironia fosse legata a dimostrare un particolare tipo di scollamento fra libertà e reale capacità d'azione del soggetto: quella dovuta al legame che intercorre fra Stato e cittadino nella Cuba contemporanea. Attraverso l'uso dell'ironia, infatti, il terapeuta poneva in evidenza come alcuni paradossi della capacità di azione e di scelta, evidenziati dai pazienti come "sintomi", fossero in realtà legati alla difficoltà quotidiana cui il patto di cittadinanza socialista espone coloro che vi aderiscono. Ovvero ciò che Nelson definisce, attraverso il riferimento al personaggio di Nikanor, "l'ironia della sorte del comune cittadino".

L'utilizzo dell'ironia all'interno della sessione terapeutica sarebbe così volta da una parte a dimostrare socraticamente ai pazienti i limiti della capacità di comprensione della propria azione nel mondo. Ciò avviene ad esempio quando lo psichiatra inverte la logica delle affermazioni con cui un paziente narra una vicenda, mostrando la fallacia del rapporto causa-effetto proposto dal soggetto.

Tale istanza può essere considerata comune a quella di molti metodi psicoterapeutici.

D'altra parte l'ironia sofoclea sarebbe utilizzata per svelare i limiti della capacità di azione dei soggetti nel quotidiano, mettendo conseguentemente sotto vaglio il confine fra normalità e nevrosi. Se il patire del paziente viene rovesciato e interpretato dal terapeuta come patire del comune cittadino, come nel caso del paziente che lamentava di sentirsi ospite nella casa in cui viveva (poiché la fidanzata non gli aveva dato una copia delle chiavi), a cui il terapeuta sottolinea come essendo lo Stato l'unico proprietario degli immobili di fatto qualunque cittadino è ospite in casa sua. Allora ciò che si discute in sede terapeutica è quale sia il confine fra la personale percezione dei pazienti della messa in crisi della propria capacità di decisione e di scelta, che sostanzia il loro ricovero in quanto soggetti "nevrotici", e la limitatezza della propria agentività dovuta al patto di cittadinanza. In questo risiederebbe la specificità della psicoterapia cubana nell'uso dell'ironia.

Nel momento in cui il terapeuta utilizza dell'ironia nella pratica psicoterapeutica introducendo la sfera del politico all'interno del *setting* terapeutico, egli non discute solo la morbosità dell'impresa sociale cui partecipano i cittadini cubani, ma traduce anche l'esperienza privata in precetto pubblico. Quando lo psichiatra pone la sofferenza del paziente sullo stesso piano morale della sofferenza del cittadino senza perciò porre in dubbio la necessità di un percorso psicoterapeutico, egli afferma la necessità di un lavoro terapeutico sul cittadino. Ovvero suggerisce di superare la morbosità prodotta dall'alto costo del patto sociale imbracciato dai cittadini cubani attraverso un percorso terapeutico chiamato "modificazione delle attitudini". Che, come dichiarato dallo psichiatra, è un metodo per «apprendere a vivere con quello che la vita ti mette a disposizione». Ma in cosa consiste questo processo di apprendimento? E cosa lo rende differente dall'istruzione che un comune cittadino riceve?

*Soggettivazione e cittadinanza*

Parlando del personaggio di Nikanor, Nelson dice che i cittadini sono stati “educati” a una certa concezione del vivere sociale, che impone loro di pensare le cose nella forma in cui sono. Nel corso del presente lavoro ho sostenuto che lo scopo di tale “educazione” possa essere considerata, utilizzando il lessico foucaultiano, l'appartenenza al dispositivo Statuale. Con ciò si è inteso che la partecipazione del cittadino all'impresa statale si sostanzia dell'incorporazione da parte dello stesso di una serie di norme su ciò che è lecito e su ciò che non lo è, e di valutazioni su ciò che è giusto, appropriato e funzionale. In questi termini, secondo Foucault, si stabilisce il passaggio dal soggetto in quanto *persona*, ovvero essere umano privo di un contratto sociale, a *cittadino*, ovvero un essere umano che, avendo rinunciato ad i suoi diritti personali, riceve insieme alla cittadinanza i diritti garantiti dalla forma stessa del contratto (Foucault, 1977).

Questa normazione del soggetto che da persona diviene cittadino è definibile nei termini di soggettivazione, ovvero di vera e propria produzione del soggetto, poiché, secondo il filosofo francese, l'individuo non è costretto nelle maglie del potere bensì perimetrato da esse. Quando, parlando del processo di normazione, Foucault sostiene che le norme vengono incorporate dagli individui, egli sottolinea la natura inconsapevole di tale processo di apprendimento. Non è necessario che un soggetto conosca le regole del dispositivo, poiché il dispositivo produce soggettività che agiscono e pensano all'interno di tali regole. Al contrario, quanto più il potere perde di visibilità, tanto più guadagna di efficacia (Foucault, 1977).

L'educazione alla quale fa riferimento Nelson, può essere dunque interpretata come il processo di soggettivazione che produce un “buon cittadino”, ovvero la normazione che definisce gli individui nel loro rapporto con lo Stato e la società che li circonda. Eppure è interessante osservare come il processo di soggettivazione venga descritto da Nelson, come dalla sceneggiatura del cortometraggio di de Llano, come qualcosa di esplicito e visibile.

Per nominare tale peculiarità del processo di normazione della Cuba contemporanea, nel testo ho preso a prestito una definizione che l'antropologo

Gregory Bateson utilizzava per descrivere i meccanismi dell'evoluzione umana, ovvero l'ho definito un "sistema a finalità cosciente" (Bateson, 1968 trad. It. 1976). Con ciò s'intende che i meccanismi di produzione dei soggetti, e la presa di potere sulle vite dei cittadini sono lungi dall'essere occulti, e l'ideologia non è semplicemente rintracciabile nell'ermeneutica dei discorsi che producono le pratiche quanto ne è dichiaratamente il fondamento. I funzionari del governo spiegano a Nikanor che installeranno dei microfoni a casa sua per spiare: la presenza dello Stato non vigila nascostamente il cittadino, ma ne scandisce esplicitamente la quotidianità.

Anche il modo in cui la costruzione del metodo psicoterapeutico cubano è rappresentata dai libri di testo, in particolare quello dello psichiatra Hiram Castro-Lopez, fondatore del metodo, e dei suoi allievi con i quali ho avuto modo di parlare, sembra ricalcare questo modello di esplicitazione del *telos*, del fine cui tende l'opera che nel testo ho definito di *nazionalizzazione* delle pratiche psi. Ne sono esempio l'enfasi posta sull'adozione di un manuale diagnostico differente dal DSM, e sulla promozione di un sistema diagnostico nazionale, o sulla specificità del metodo terapeutico cubano, che, secondo il manuale di psichiatria di Hiram Castro-Lopez, nasce nell'intersezione fra i principi filosofici marxisti e la sostenibilità economica di tale modello per il sistema sanitario nazionale.

Nel testo ho proposto di considerare, facendo riferimento al lavoro dell'antropologo francese Andrew Lakoff, la psicoterapia come la pratica medica che s'inserisce nell'intervallo fra la questione etica posta dal modo in cui un essere umano dovrebbe vivere e la questione tecnica di come sostenere la vita (Lakoff, 2005). Ciò premesso ho cercato di mostrare come un Centro di Salute Mentale possa essere considerato un buon caso di studio per l'analisi dei rapporti fra Stato e cittadino nella Cuba contemporanea, nei termini fin qui delineati.

Nei primi capitoli ho cercato di delineare in che modo la complessa rete dell'offerta sanitaria cubana prenda in carico i soggetti, e scendendo nel dettaglio dell'istituzione oggetto di analisi, il Centro di Salute Mentale, ho mostrato in che modo esso possa essere analizzato come un dispositivo, intendendo il dispositivo terapeutico come parte del più complesso dispositivo statale. Attraverso lo spoglio della letteratura scientifica locale e l'esperienza di osservazione diretta ho

cercato di analizzare il modo in cui il metodo psicoterapeutico cubano è anch'esso esplicitamente tarato sull'ideologia socialista, ma ho al contempo cercato di mettere in evidenza gli scollamenti fra le teorie a cui le prassi tendono e le reali pratiche del quotidiano, analizzando quelle eccedenze di senso che permettono, ciò che si è chiamato con Foucault, il divenire soggetti.

*Prendersi cura della cittadinanza*

Lo psichiatra che dirigeva l'*Hospital de día* del Centro di Salute Mentale in cui si è svolta la mia etnografia, ha definito il metodo psicoterapeutico cubano un processo di "apprendimento". Nell'analisi di tale apprendimento ho sostenuto che il compito del terapeuta non possa essere considerato simile a quello di un insegnante, al quale viene richiesto di trasmettere delle informazioni o dei principi. Secondo quanto pianificato dalla strutturazione dell'offerta sanitaria, il terapeuta cubano dovrà, infatti, compiere un'azione nei confronti di un individuo che lo sostenga in una determinata situazione e lo aiuti a mutare la propria predisposizione, la propria attitudine, nell'affrontare i problemi con cui quotidianamente si confronta. Ovvero egli dovrà, nel caso del paziente nevrotico, ricondurre il soggetto verso «l'incorporazione felice nel suo ambiente sociale, come un cittadino socialmente utile» (Castro-Lopez, 1980: 41). Un tale compito di promozione del diretto funzionamento dell'individuo che lo Stato, che dirige e che pianifica l'offerta sanitaria, affida al terapeuta rende quest'ultimo un *maestro di soggettivazione* (Foucault, 1981-82). Poiché egli si pone (o dovrebbe porsi) a tutela della relazione fra il paziente come cittadino e lo Stato, di fronte al quale egli ha il compito di restituire un individuo "felice e socialmente utile". In tale senso lo psicoterapeuta curando gli individui si prende cura della cittadinanza, intesa come patto politico che lega il soggetto allo Stato.

Come sottolineato nel testo il Sistema Sanitario Cubano è completamente statalizzato, pubblico e gratuito, e, perché il principio della gratuità venga rispettato, non è consentito l'esercizio privato della professione medica. Pertanto il vincolo terapeutico non è gravato da nessun tipo di onere economico, e il salario del medico, quindi anche quello dello psicoterapeuta, è completamente in carico

allo Stato. L'assenza di un regime clientelare fra medico e paziente, rende a mio avviso maggiormente pregnante l'incarico che lo psicoterapeuta accetta di fronte allo Stato, suo unico datore di lavoro.

Eppure, nell'osservazione delle pratiche di cura, è possibile incontrare delle dissimmetrie, delle disaderenze al sistema fin qui delineato. Il sistema conosce le sue dissimmetrie, i punti in cui il dispositivo in qualche modo s'inceppa. Ovvero il processo di soggettivazione non si esaurisce nel processo di normazione, ma genera un'eccedenza. Con tal eccedenza Foucault non intende i movimenti di resistenza al potere costituito. Tali movimenti, che il filosofo definisce "contropotere", costituiscono la linfa stessa del processo di normazione, ciò che permette al potere di esistere, così come la bontà è sostanziata e perimetrata dall'esistenza del Nemico (Foucault, M. 1977; Revel, J. 2003).

Se la normazione si configura come un processo di "potere sulla vita" degli individui, l'eccedenza di tale processo è definita da Foucault "potenza". La potenza risiede esattamente nella possibilità di "divenire soggetti", lì dove la soggettivazione non si esaurisca in un processo di produzione d'individui simile alla produzione di merci, ma ospiti un'idea d'invenzione, di senso e di essere, da parte dei soggetti stessi (Foucault, M. 1977; Revel, J. 2003).

Infatti in questo testo, se da una parte ho condotto un'analisi sulle peculiari modalità attraverso le quali avvengono i processi di soggettivazione, quanto dei pazienti, tanto dei terapeuti, all'interno del dispositivo terapeutico. Ho altresì posto l'accento sulle traiettorie spezzate e contraddittorie, ovvero quelle dissimmetrie in cui si collocano l'inventività dei terapeuti e dei pazienti. In particolare ho individuato due momenti distinti, ma talvolta giustapposti, di produzione di senso. In prima istanza la costruzione di un vincolo di intimità fra medici e pazienti, che mi era stato suggerito dall'esperienza nei consultori di base, ma che ho ritrovato con maggiore rilevanza nel contesto del Centro di Salute Mentale. E in secondo luogo il sovra citato uso dell'ironia.

Ho sostenuto che la relazione fra pazienti e terapeuti fosse resa informale e talvolta intima dalla contaminazione morale fra le sofferenze dei pazienti e quelle dei terapeuti. Nel momento in cui il terapeuta analizza le sofferenze del paziente nei termini di difficoltà prodotte dal patto di cittadinanza, egli non può che

ricomprendere nell'analisi la propria stessa condizione di difficoltà. Terapeuti e pazienti, infatti, condividono il medesimo patto sociale e di conseguenza le medesime difficoltà del quotidiano. Parlare in termini di contaminazione morale e d'intimità fra medici e pazienti, permette di porre l'accento sull'ambiguità della posizione dello psicoterapeuta cubano. Egli, infatti, benché chiamato dallo Stato a essere un *maestro di soggettivazione*, sussume nella propria posizione anche la portata critica del proprio ruolo. Così il terapeuta sembra agire spinto da due forze di segno opposto, l'una volta alla riconduzione del soggetto alla norma sociale, l'altra volta a negare la "normalità" della norma.

Nel momento in cui il terapeuta fa ricorso agli elementi della situazione sociopolitica del proprio paese per insegnare ai propri pazienti "a vivere con ciò che gli è stato messo a disposizione", egli mette contemporaneamente in evidenza le faglie del sistema, i contraccolpi morbosi che il progetto sociale intrapreso dallo Stato Cubano ha sui singoli individui. L'utilizzo di un registro ironico, permette allo psicoterapeuta di essere critico senza essere sovversivo, di essere esplicito nello smascherare i punti deboli del sistema, senza però suggerire alternative. Come nel cortometraggio di de Llano, il cittadino Nikanor potrà continuare a parlare male del Governo, purché lo faccia a beneficio dello stesso.

All'interno del sistema a finalità cosciente rappresentato dal dispositivo terapeutico, l'ironia sembra essere, utilizzando una metafora lacaniana, la casella vuota che permette il movimento (Lacan, 1966). Ovvero quello spazio di rottura con la contiguità della struttura che permette al sistema stesso la decompressione. L'utilizzo dell'ironia permette ai terapeuti di gestire l'ambiguità del proprio mandato sociale e politico, senza rinunciare alla portata critica della propria esperienza di guaritori. Al contempo essa determina lo scarto fra la soggettivazione messa in atto dal dispositivo, e il *divenire soggetti* dei pazienti che, attraverso il proprio percorso di cura socializzano le proprie difficoltà private quanto quelle pubbliche determinate dal patto di cittadinanza.

Bibliografia<sup>183</sup>

- ABU LUGHOD, L.** (1993), *Writing Women's Worlds: Bedouin Stories*, Berkeley, University of California Press
- ACANDA, J. L.** (1991), *¿Qué marxismo está en crisis?*, Editora Ciencias Sociales, La Habana
- ACANDA, J. L. (1998), *La confluencia que se frustró: Psicoanálisis y Bolchevismo*, in «Temas», 1998, n.14, p. 107-120
- ACANDA, J. L. (1999), *Da Marx a Foucault: poder y revolución*, «Temas», 1999, n.16, p. 137-150
- AGAMBEN, G.** (1995), *Homo Sacer, Il potere sovrano e la nuda vita*, Einaudi, Torino, 2005
- ARENDT, H.** (1985), *Sulla violenza*, in *Politica e Menzogna* (a cura di), FLORES D'ARCAIS, PAOLO, Milano,
- BACHTIN, M.** (1927), *Freudismo*, Dedalo libri, Bari, 1977
- BARBETTA, P.** (2007), *Figure della relazione, Digressione attorno al doppio legame*, Edizioni ETS, Pisa
- BARBETTA, P. (2010), *I linguaggi dell'isteria*, Mondadori, Milano
- BASAGLIA, F.** (1966), *L'utopia della realtà*, Einaudi, Milano, 2005
- BASAGLIA, F. (1979), *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina, Milano, 2000
- BERGSON, H.** (1924), *Il riso*, Rizzoli, Milano, 2002
- BROTHERTON, S. P.** (2009), *"We have to think like capitalists but continue being socialists": Medicalized subjectivities, emergent capital, and socialist entrepreneurs in post-Soviet Cuba*, Department of Anthropology Yale University
- BUTLER, J.** (1997), *La vita psichica del potere*, Meltemi, Roma, 2005
- CAPRARA, A. E SILVA, A.** (1998), *A relação médico- paciente: para uma humanização da prática médica*, Cadernos de Saúde Pública, 15:1-17, CASEY, Edward
- CARRICABURU, D. E MENOET, M.** (2005), *Sociologia della Salute*, Il Mulino, Bologna, 2007

---

<sup>183</sup> Le date originali delle edizioni sono indicate fra parentesi accanto al nome dell'autore, nei casi in cui sono presenti diversi testi del medesimo autore sono stati trascritti in ordine cronologico secondo la data di prima pubblicazione.



- CASTRO-LOPEZ, H.** (1980), *Psiquiatría*, Editorial de Ciencia Medica, L'Avana
- CHOMSKY, A.** (2000), *The threat of a good example: Health and revolution in Cuba*, in (a cura di) KIM, J.Y, E MILLEN, J.V., E IRVIN, A., E GERSHAN, J., *Dying for Growth: Global Inequality and the Health of the Poor*, Common Courage Press
- CLIFFORD, J.** (1988), *I frutti puri impazziscono. Etnografia, letteratura e arte nel XX secolo*, Bollati Boringhieri, Torino, 1993
- CLIFFORD, J., MARCUS, G.E. (1986) (a cura di), *Scrivere le culture*, Meltemi, Roma, 1996
- CIVITA, A E COSENZA, D.** (1999), *La cura della malattia mentale*, Bruno Mondadori, Milano
- DAVIES, J.** (2009), *The making of psychotherapists, An anthropological analysis*, Karnak, London
- DE CERTEAU, M.** (1983), *La pratica del credere*, Medusa, Milano, 2007
- DE CERTEAU, M. (1987), *Storia e psicoanalisi. Tra scienza e finzione*, Bollati Boringhieri, Torino, 2006
- DELEUZE, G.** (1976), *Lo strutturalismo*, Rizzoli, 2004
- DELGADO, G.** (1996), *Conferencias de Historia de la Administración de Salud Pública en Cuba*, Cuaderno de Salud Publica, Editorial de Ciencia Medica, l'Avana
- DE MARTINO, E.** (1959), *Sud e magia*, Feltrinelli, Milano, 1982
- DE MARTINO, E. (1961), *La terra del rimorso*, Il saggiatore, Milano, 1996
- DE SARDAN, O..** (1995), *Antropologia e sviluppo. Saggi sul cambiamento sociale*, Raffaello Cortina, Milano, 2008
- DIBITONTO, D.** (2009), *Luci, oscurità e colori del desiderio*, Mimesis, Bologna
- DILLA-ALFONSO E OXHORN P.** (1999) *Cuba: virtudes e infortunios de la sociedad civil*, in «Revista Mexicana de Sociología», Vol. 61, No. 4 (Oct. - Dec., 1999), pp. 129-148
- DI VITTORIO, P.** (1999), Foucault e Basaglia, Ombre Corte edizioni, Verona
- DOUGLAS, M.** (1970), *Purezza e pericolo*, Il Mulino, Bologna, 1996
- DOUGLAS, M. (1989), *Come pensano le istituzioni*, Il Mulino, Bologna, 1990
- EHRENBERG, A.** (1998), *La fatica di essere se stessi. Depressione e società*, Einaudi, 1999
- ETKIND, A.** (1994), *How psychoanalysis was received in Russia 1906-1936*, in «Journal of Analytical Psychology», 1994, 39, 191-202
- EYSENCK, H. J.** (1985), *Decline and fall of the freudian empire*, Viking, New York

- FABIETTI, U.** (1995), *L'identità etnica. Storia e critica di un concetto equivoco*, Carocci, Roma, 1998
- FABIETTI, U., MALIGHETTI, R., MATERA, V.** (2000), *Dal tribale al globale*, Bruno Mondadori, Milano
- FAINZANG, S.** (2005), *Farmaci e società, Il paziente, il medico e la ricetta*, Franco Angeli, Milano, 2009
- FARMER, P. E CASTRO, A.** (2004), *Pearls of the Antilles? Public Health in Haiti and Cuba* in (a cura di) CASTRO, A. E SINGER, M. *Unhealth health policy, A critical anthropological examination*, Altamira Press, USA
- FEINSILVER, J.** (1993), *Cuba as a "World Medical Power": the Politics of Symbolism*, in *Latin American Research Review*, Vol.24, n.2, pp.1-34
- FOUCAULT, M.** (1963), *La nascita della clinica*, Einaudi, Torino, 1979
- FOUCAULT, M. (1971-1977), *Poteri, saperi, strategie*, Feltrinelli, Milano, 2006
- FOUCAULT, M. (1973-1974), *Il potere psichiatrico*, Feltrinelli, Milano, 2010
- FOUCAULT, M. (1976), *La volontà di sapere*, Feltrinelli, Milano, 2005
- FOUCAULT, M. (1981-82), *L'ermeneutica del soggetto*, Feltrinelli, 2011
- FORCINA, M.** (1998), *Ironia e saperi femminili. Relazioni nella differenza*, Franco Angeli
- FOSTER, G.M.** (1976) *Disease etiologies in non-western medical systems*, «American Anthropologist», vol.78, 1976, pp.733-782
- FRIEDSON, ELIOT**, *Profession of Medicine, A study of the sociology applied knowledge*, University of Chicago Press, 1970
- FROMM, E.** (1965), *Introduzione e L'applicazione della psicoanalisi umanista alla teoria di Marx*, in *Socialist Humanism An International Simposium*, 1965; Trad. It. Rizzoli-BUR, Milano, 1981
- GADAMER, H.G.** (1993), *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina, Milano, 2005
- GALZIGNA, M.** (1989), *La malattia morale: alle origini della psichiatria moderna*, Marsilio, Venezia, 1992
- GEERTZ, C.** (1973), *Interpretazione di culture*, Il Mulino, Bologna, 1998
- GEERTZ, C. (2000), *Antropologia e filosofia*, Il Mulino, Bologna, 2001
- GLUCKMAN, M.** (1965) *Politics, law and ritual in tribal society*. Aldine Transaction, 2006

- GOFFMAN, E.** (1967) , *Il rituale dell'interazione*, il Mulino, Bologna, 1988
- GOFFMAN, E.** (1961), *Espressione e identità. Gioco, ruoli, teatralità*, Mulino, Bologna, 2003
- GOOD, B.** (1994), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Edizioni di comunità, Torino, 1999
- HACKING, I.** (1999), *La natura della scienza: riflessioni sul ostruzionismo*, Mc Graw Hill, Milano, 2000
- HARVEY, D.** (2005), *Breve storia del Neoliberismo*, Il Saggiatore, Milano, 2007
- HEALY, D.** (2002), *The creation of Psychopharmacology*, Harvard University Press, Cambridge
- HEALY, DAVID**, *Shaping the Intimate: influences on the Experience of every-days nerves*, in *Social Study of Science*, 2004; 39; 219
- ILICH, I.** (1976), *Nemesi Medica. L'espropriazione della salute*, Boroli Editore, Milano, 2005
- KLEINMAN, A.** (1980), *Patients and Healers in the context of culture*, Berkeley, University of California Press
- LAMBEK, M., E ANZTE, P.** (2004), *Illness and Irony* , Berghahn Book, Usa
- LANKASTER, R. N.** (1992), *Life is hard. Machismo, danger, and intimacy of power in Nigaragua*, University of California Press, 1994
- LAKOFF, A.** (2005), *Pharmaceutical reason: knowledge and value in global psychiatry*, Cambridge University Press
- MALIGHETTI, R.** (2004), *Il Quilombo di Frechal. Identità e lavoro sul campo in una comunità brasiliana di discendenti di schiavi*, Raffaello Cortina, Milano
- MALIGHETTI, R.** (2008), *Clifford Geertz. Il lavoro dell'antropologo*, De Agostini, Novara
- MALINOWSKI, B.** (1922), *Argonauti del pacifico occidentale. Riti magici e vita quotidiana nella società primitiva*, Bollati Boringhieri, Torino, 2004
- MARX, K.** (1845), *Tesi su Feuerbach*, in **MARX, K E ENGELS, F.**, *Opere scelte*, Editori Riuniti, Roma, 1966
- MASTROMARCO, GIUSEPPE**, *Introduzione ad Aristofane*, Laterza, Bari, 2006
- MECACCI, L.** (2007), *Storia della psicologia del Novecento*, Laterza, Bari

- MONTAÑO, C. (1998)**, *La Naturaleza del Servicio Social: Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción*, Editorial Cortez, São Paulo, Brasil
- MUSTI, D. (2003)**, *Storia Greca*, Laterza, Bari
- NICHTER M. E VUCKROVIC, N. (1994)**, *Agenda for anthropology of pharmaceutical practice*, in «Social and Medical Sciences», vol.39, n.11, pp 1509-1525
- ONG, A. (2003)**, *Da rifugiati a cittadini, Pratiche di governo nella Nuova America*, Raffaello Cortina, 2005
- PANDOLFI, M. (2003)**, *Le arene politiche del corpo*, in *Antropologia*, anno III, n.3, Meltemi Editore, Roma, pp.141-154
- RABINOW, P. (2003)**, *Pensare cose umane*, Meltemi, Roma, 2008
- RECALCATI, M.(2008)**, *Lo snodo Sartre, Basaglia, Lacan*, in AA. VV. *Franco Basaglia e la filosofia del '900*, Atti del convegno omonimo, Milano, 10 dicembre 2008
- REVEL, J. (2003)**, *Michel Foucault, Un'ontologia dell'attualità*, Rubettino, Soveria Mannelli
- RICOEUR, P. (1990)**, *Sé come un altro*, Jaca Book, Milano, 1993
- RICOEUR, PAUL, *Il giudizio medico*, Morcelliana, Roma, 2005
- ROGERS, A. E PILGRIM, D. (2005)**, *A sociology of Mental Health and Illness, third edition*, Open University Press, Berkshire
- RORTY, R. (1989)** *La filosofia dopo la filosofia. Contingenza, ironia e solidarietà*, Bollati Boringhieri, Roma
- ROSE, N. (2001)**, *The politics of life itself*, in *Theory, Culture, Society*, 18:1, Sage, Notthingam
- ROSE, N. (2007), *La politica della vita. Biomedicina, potere e soggettività nel XXI secolo*, Einaudi, 2008
- SARACENO, B. (1986)**, *Psichiatria, paesi in via di sviluppo, medicina di base*, in AA.VV. , *La pratica terapeutica tra modello clinico e riproduzione sociale, Atti del convegno di Trieste 22-23-24 settembre 1986*, Centro di documentazione di Pistoia Editrice, Udine, 1987
- SARACENO, B. (1995), *La fine dell'intrattenimento, Manuale di riabilitazione psichiatrica*, Etas Libri, Milano
- SCHIRRIPA, P. E ZUNIGA VALLE, C. (2000)**, *Sistema Medico*, «AM Rivista della società italiana di Antropologia Medica», n.9-10, Ottobre 2000, pp.210-222

- SCHIRRIPA, P.** (2005), *Le politiche della cura. Terapie, potere e tradizione nel Ghana contemporaneo*, Argo, Lecce
- SCHIRRIPA, P. (2009), *Postfazione*, al testo di FAINZANG, S. 2005, trad. It. (a Cura di) SIRONI, V. E TOGNETTI, M., *Farmaci e società. Il paziente, il medico e la ricetta*, Franco Angeli, 2009
- SCARRY, H.** (1990), *La sofferenza del corpo. La distruzione e la costruzione del mondo*, Il Mulino, Bologna
- SELVINI PALAZZOLI, M. E BOSCOLO, L. E CECCHIN, G. E PRATA, G.** (1975), *Paradosso e contro paradosso*, Feltrinelli, Milano
- SINI, C.** (1996), *Gli abiti, le pratiche, I saperi*, Jaka Book, Roma
- SOBRERO, A.** (1999), *L'antropologia dopo l'antropologia, Antropologia fra scienza e letteratura*. Meltemi, Roma
- SOBRERO, A. (2009), *Il cristallo e la fiamma*, Carocci, Roma
- SORIA, M.** (1989), *Psicoterapia e Medico di Famiglia*, Editorial Ciencias Medicas, L'Avana
- SPIEGEL JM, YASSI A.** (2004), *Lessons from the margins of globalization: Appreciating the Cuban health paradox*, in *Journal of Public Health Policy*. 2004;25(1):96-121
- SKULTANS, V.** (2007), *The appropriation of Suffering, Psychiatric Practice in the Post-Soviet Clinic*, in *Theory, Culture, & Society*, SAGE, London, vol. 24(3): 27-48, 2007
- VENTURA-VELASQUEZ, E MORENO-PUEBLA,** (2003), *El trabajo comunitario en Psiquiatría*, «Revista Cubana de Medicina Militar», 2003; 32(3): 211-18
- YOUNG, A.** (1993), *A description of how ideology shapes knowledge of mental disorder, (Posttraumatic Stress Disorder)*, in LIDENBAUM S. E LOCK M. *Knowledge, power and practice. The anthropology of medicine and everyday life*, University of California Press, 2007
- YOUNG, ALLAN, *The harmony of illusion, Inventing post-traumatic Stress Disorder*, Princeton Univesity Press, 1995
- WATZLAWICH, P. E HELNICK, B. J. E JACKSON,D.** (1967), *La pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interpretativi, delle patologie e dei paradossi*, Astrolabio, Roma, 1971
- WULFF, H. R., PEDERSEN, SIG ANDUR, ROSENERG, RABEN** (1990), *Filosofia della medicina*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995

**ZOLO, DANILO**, *La cittadinanza*, Laterza, Bari, 1995