

ARCHIVIO ANTROPOLOGICO MEDITERRANEO

anno XVII (2014), n. 16 (1)
ISSN 2038-3215



ARCHIVIO ANTROPOLOGICO MEDITERRANEO on line

anno XVII (2014), n. 16 (1)

SEMESTRALE DI SCIENZE UMANE

ISSN 2038-3215

Università degli Studi di Palermo
Dipartimento 'Culture e Società'
Sezione di Scienze umane, sociali e politiche

Direttore responsabile
GABRIELLA D'AGOSTINO

Comitato di redazione
SERGIO BONANZINGA, IGNAZIO E. BUTTITTA, GABRIELLA D'AGOSTINO, FERDINANDO FAVA, VINCENZO MATERA,
MATTEO MESCHIARI

Segreteria di redazione
DANIELA BONANNO, ALESSANDRO MANCUSO, ROSARIO PERRICONE, DAVIDE PORPORATO (*website*)

Impaginazione
ALBERTO MUSCO

Comitato scientifico

MARLÈNE ALBERT-LLORCA
Département de sociologie-ethnologie, Université de Toulouse 2-Le Mirail, France
ANTONIO ARIÑO VILLARROYA
Department of Sociology and Social Anthropology, University of Valencia, Spain
ANTONINO BUTTITTA
Università degli Studi di Palermo, Italy
IAIN CHAMBERS
Dipartimento di Studi Umani e Sociali, Università degli Studi di Napoli «L'Orientale», Italy
ALBERTO M. CIRESE (†)
Università degli Studi di Roma «La Sapienza», Italy
JEFFREY E. COLE
Department of Anthropology, Connecticut College, USA
JOÃO DE PINA-CABRAL
Institute of Social Sciences, University of Lisbon, Portugal
ALESSANDRO DURANTI
UCLA, Los Angeles, USA
KEVIN DWYER
Columbia University, New York, USA
DAVID D. GILMORE
Department of Anthropology, Stony Brook University, NY, USA
JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ALCANTUD
University of Granada, Spain
ULF HANNERZ
Department of Social Anthropology, Stockholm University, Sweden
MOHAMED KERROU
Département des Sciences Politiques, Université de Tunis El Manar, Tunisia
MONDHER KILANI
Laboratoire d'Anthropologie Culturelle et Sociale, Université de Lausanne, Suisse
PETER LOIZOS
London School of Economics & Political Science, UK
ABDERRAHMANE MOUSSAOUI
Université de Provence, IDEMEC-CNRS, France
HASSAN RACHIK
University of Hassan II, Casablanca, Morocco
JANE SCHNEIDER
Ph. D. Program in Anthropology, Graduate Center, City University of New York, USA
PETER SCHNEIDER
Department of Sociology and Anthropology, Fordham University, USA
PAUL STOLLER
West Chester University, USA



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO
Dipartimento 'Culture e Società'
Sezione di Scienze umane, sociali e politiche



fondazione ignazio buttitta

Ragionare

5 Alessandro Mancuso, *L'animismo rivisitato e i dibattiti sulle 'ontologie indigene'*,

31 Ferdinando Fava, *La scatola nera dello stigma*

Ricerzare

45 Federica Tarabusi, *Politiche dell'accoglienza, pratiche della differenza. Servizi e migrazioni sotto la lente delle politiche pubbliche*

63 Concetta Russo, *Curare l'identità. Psicoterapia e apprendimento in un Centro di Salute Mentale all'Havana*

73 Fabrizio Cacciatore, *Lo sviluppo dei movimenti per i diritti degli imazighen in Marocco e in Algeria*

87 Piera Rossetto, *Juifs de Libye: notes pour une «cartographie» des lieux migratoires*

Documentare

101 Sebastiano Mannia, "Allouì? Mezus mortu mortu!" *Processi indentitari, retoriche del passato e mercato culturale in Sardegna*

113 Sergio Bonanzinga, *Riti musicali del cordoglio in Sicilia*

157 Vincenzo Ciminello, *Paesaggi sonori della penitenza in Sicilia*

167 Leggere - Vedere - Ascoltare

179 Abstracts

Concetta Russo

Curare l'identità. Psicoterapia e apprendimento in un Centro di Salute Mentale all'Havana

Introduzione

In un celebre metalogo¹ Mary Catherine Bateson infante chiede al padre «perché le cose hanno i contorni?». Padre e figlia metalogando 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 porco-spini, 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 imprevedibile è il carattere stesso degli strumenti da gioco, cioè 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 2008: 60).

La psichiatria, il cui oggetto di conoscenza emerge dall'incontro fra la narrazione soggettiva del paziente e gli schemi clinici interpretativi, ha avuto difficoltà a iscrivere la malattia mentale nell'ordinato mondo delle cose stabili (Lakoff 2005).

La stabilità del pensiero biomedico è nata basandosi sull'oggettivazione della malattia, sulla sua astraiabilità dal contesto relazionale e situazionale in cui si dà. Un paziente affetto da insufficienza renale cronica può avere alle spalle una storia di alcolismo, 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 datità materiale, ed è forse per questo che, con ricorsività nella storia della psichiatria, essa doveva essere 'mostrata', per essere curata (Russo 2013b).

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. 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 articolo, partendo dalla mia ricerca di campo², cercherò di analizzare quali sono le modalità attraverso cui la psichiatria cubana, e in particolare la psicoterapia di gruppo di uno dei più grandi centri di salute mentale comunitaria del paese, costruisce i suoi contorni, perimetrando e in qualche misura costruendo la figura del paziente. Mostrerò come tale figura si definisce all'interno di due specifici campi di relazione. Uno micro-sociale, che riguarda il rapporto 'disagiato' del singolo con il suo contesto prossimo, che si svela in un racconto del sé costruito in maniera negoziale con il terapeuta. E uno macro-sociale, che coinvolge gli effetti dell'*embargo* sulle politiche sanitarie e sulla prassi terapeutica cubana, e il conseguente declinarsi di una psichiatria 'senza diagnosi'³. Il centro di Salute Mentale Comunitaria Francisca Panchica sito nel municipio dell'Havana Vieja è dotato di un *Hospital de día*, ossia di un centro diurno in cui i pazienti sono semi-ospedalizzati. Nel centro diurno i pazienti, persone senza nessuna diagnosi psichiatrica che in un determinato momento della loro vita necessitano di assistenza psicologica, svolgono psicoterapia di gruppo, esercizio fisico, attività di psicodramma e partecipano a cineforum. Con 'necessitano' intendo che la richiesta di una valutazione psichiatrica può partire dal singolo individuo o essere consigliata dal medico curante o, come vedremo, talvolta avviene sotto la spinta del loro contesto sociale prossimo. È tuttavia la valutazione dello psichiatra che determina l'ingresso in un iter psicoterapeutico poiché non esiste la pratica terapeutica privata. I pazienti le cui storie di cura

sono oggetto di analisi di questo articolo sono ex-pazienti dell'*Hospital de día* che, dopo aver terminato il loro periodo di semi-ricovero, hanno intrapreso una psicoterapia di gruppo settimanale con la stessa équipe terapeutica e nello stesso centro⁴.

Considerando la psicoterapia una pratica situata (Kleinman 1980), la analizzo come prassi mitopoietica e sostengo che essa iscrive una nuova coscienza narrativa sul soggetto, interagendo dialetticamente con il contesto socioculturale. La parte centrale del testo è costituita dall'analisi della storia di cura 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 divengono così oggetto di analisi.

1. Nelson

Nelson ha passato i quaranta, è alto, magro e molto affabile. Lo conosco al gruppo del martedì, la psicoterapia di 'gruppo chiuso' che Baly, lo psichiatra che dirige il Centro, sta conducendo con alcuni ex pazienti dell'*Hospital de día*. Quando propongo al gruppo di svolgere delle interviste sulle loro vite, 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'Havana, 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 per studiare Lingua Russa e Inglese e va a vivere nel campus del suo ateneo all'Havana. Nel 1986 Nelson si sposa, ma quando decide di trascorrere un anno di studio a Kiev la moglie lo lascia per un altro uomo. Torna all'Havana nel 1988 e 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 dove-

vo 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, suo partner quando lo intervisto nel 2009.

Nel 1995 perde sua nonna e 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 di lei. Nel 1999 si ammala suo padre e Nelson comincia a essere «ossessionato» dall'idea di aiutare la sua famiglia, mentre sua madre osteggia la sua convivenza omosessuale («mi faceva la 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, si reca sull'*Isla de la Juventud* per lavoro. 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 la mattina successiva, dopo alcuni accertamenti, la dottoressa che lo aveva 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 acutizzato dalla sensazione di trovarsi su un'isola. Rientrato all'Havana, 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 stia intorno, questa volta si rivolge a uno psichiatra che gli prescrive una terapia farmacologica, *nitrazepan* (ansiolitico) alla mattina, e *amitricilina* (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».

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 un'ostecondrite⁵ 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. Nell'aprile del 2007 i dolori aumentano, Nelson si rivolge a un amico che lavora presso l'*Ospedale Callixto Garcia* (all'Havana), lì un reumatologo gli diagnostica una 'fibromialgia'⁶, «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*, *amitriptilina* e *meprobamato*: «divenni quasi uno *zombie*». Per il suo stato riceve molte critiche sul lavoro e dagli amici: «mi dicevano: "non stai funzionando bene!"». All'inizio 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 deflagrò». Sciogliendo la metafora, Nelson mi racconta che, dopo la morte di sua madre, torna a non dormire, ad avere inappetenza, ad avere discussioni e litigi sia nell'alveo privato sia 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 dottor Leiva, il secondo psichiatra del Centro.

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, dopo una settimana si convince e accetta il ricovero diurno. Nelson mi descrive brevemente le attività del centro 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 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, mi dice, ritiene abbiano cambiato sostanzialmente il suo carattere e che per questo, venuto a conoscenza del gruppo chiuso del martedì⁷, 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 día* 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 (Byron Good 1994). 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 impadronirsi 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 letto 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. Nel rapporto di potere che si dà fra terapeuta e paziente, e allargando il fuoco fra paziente e dispositivo di cura, l'acquisizione di una parte del sapere medico da parte dei pazienti può essere letta come un atto performativo di agentività del paziente, che rivendica tramite il linguaggio la sua postura negoziale. Acquisire le categorie del terapeuta non è dunque un semplice sintomo di assoggettamento, ma è un atto che mette in scena, poiché rende pubblico e al tempo stesso rappresenta, l'autonomia del soggetto nella relazione di cura.

Un indicatore di questo impossessarsi parzialmente del linguaggio psicoterapeutico è, ad esempio, l'uso oggettivo del concetto di 'me stesso'. Durante una sessione di psicoterapia, lo psichiatra che guidava la sessione 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»⁸. 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 riconoscere questa alterità interna, di cogliere l'intervallo che esiste fra 'me' e 'me stesso'. Tale 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 stessi⁹.

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, nelle parole di Nelson «sto imparando 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: 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 curato. 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, 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, sull'essere oggetto d'aiuto. Per meglio sostanziare questa tesi, mi soffermerò brevemente sul rapporto fra diagnosi e cura nella specificità del caso cubano.

1.1. Embargo e diagnosi

A Cuba, a causa dell'*embargo*, i farmaci in commercio sul mercato globale non sono in circolazione, e non è consentita nemmeno la vendita dei brevetti. Per quanto riguarda gli psicofarmaci, ad esempio, circolano solo neurolettici di prima generazione¹⁰ e non esiste un mercato farmaceutico privato. È dunque possibile ipotizzare che 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-bersaglio¹¹. Muta, dunque, la modalità di identificazione del bersaglio, che non rimane piegata alle logiche della specificità e della standardizzazione (Lakoff 2005). Nel suo ricovero presso l'*Hospital de Día* Nelson non riceve una diagnosi, non gli viene offerta un'identità eziologica (Young 1995), 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 ma-

lattia 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), è innanzitutto 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 prassi psicoterapeutica 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) (Young 1995). 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', 'un ciclotimico', ecc.). Ovvero, non c'è un contorno che distingua la malattia come cosa, né un contorno che descriva il paziente come malato. Nel momento in cui il disagio non è investito di uno statuto ontologico, ovvero non esiste di per sé come realtà terza che si staglia fra il soggetto della presa in carico e il terapeuta, è la relazione a divenire oggetto di cura (Canguillhem 1998).

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.

Nel prossimo paragrafo presenterò brevemente

le storie di altri due pazienti, raccolte nello stesso contesto, per esplorare come anche situazioni molto diverse come la fine di una storia d'amore o un problema lavorativo possano creare delle aspettative di ricerca di salute nel contesto sociale prossimo dei soggetti sofferenti.

2. "Non stai funzionando bene"

Yani, quando la incontro nel 2009, è una ragazza di 25 anni che sta studiando per il diploma di informatica. 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 all'*Hospital de día* 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»¹².

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, un'altra paziente dello stesso gruppo, arriva al centro su suggerimento di un'amica di suo figlio.

Se è possibile affermare che il medico sia coinvolto in una relazione plurale con la società oltre che in quella duale con il paziente (Kleinman 1980), è altresì vero che anche il paziente non sfugge a questa logica. Il momento della scelta di un preciso iter terapeutico non vede l'individuo isolato di fronte al ventaglio delle possibili terapie. Ciascuno di noi è immerso in un ambiente 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 il contesto che legittima le nostre scelte, ciò che 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 1970). Un'indicazione di cura psicologica 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.

2.1. *Raudelis*

Un paziente dello stesso gruppo, ha narrato così 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!*]¹³

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, nel 2009 ha 38 anni. 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 Rivolucionarias* (Forze Armate Rivoluzionarie). 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 riabilitazione¹⁴. Il secondo nel Centro di Salute Mentale dell'Havana Vieja, dove Raudelis arriva su consiglio della sua vecchia psicologa, ormai amica, che lo 'raccomanda' a Leiva, all'epoca 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 di ricovero 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. 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 contesto sociale prossimo, 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 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 (Russo 2012). 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. In tal senso è possibile usare come strumento di analisi il concetto di *therapy management group*, poiché è il contesto sociale prossimo che, determinando ciò che è funzionale e accettabile e di contro ciò che non lo è, spinge il soggetto a sottoporsi allo sguardo medico. 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 (Brotherton 2009), 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.

Nel prossimo paragrafo farò riferimento a un'altra paziente, Maria, la cui storia ho raccolto nel medesimo contesto e ritornerò brevemente sulle interviste citate precedentemente per mettere a fuoco il legame fra la pratica psicoterapeutica cubana e l'apprendimento.

3. 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 vivo all'Havana, 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 da un medico»¹⁵. 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 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'.

I pazienti raccontano l'intervista d'ingresso come un momento in cui si sono sentiti 'valutati', poiché sottoposti al giudizio medico, che decideva l'accesso dell'individuo all'iter terapeutico, ossia che determinava il loro divenire pazienti. Mentre nei paesi in cui esiste una pratica terapeutica privata la scelta di intraprendere un iter psicoterapeutico può essere totalmente del soggetto, che si autodetermina come bisognoso di una relazione di cura, in un paese come Cuba in cui l'esercizio della psicoterapia è esclusivamente affidato al servizio pubblico è allo psichiatra che spetta il compito di definire chi è paziente e chi non lo è.

Ciò che ho descritto come un'azione poetica, ovvero che produce una soggettività che sopravvive all'intervento terapeutico, 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 del contesto sociale prossimo al disagio dell'individuo e l'in-

formalità del vincolo terapeutico. Mi pare però che sia possibile suggerire un'altra peculiarità.

Quando chiedo a Maria di raccontarmi della sua esperienza all'interno dell'*Hospital de Día*, mi risponde: «si apprendono molte cose, [...] apprendi a tracciarti un cammino e che hai la responsabilità di tracciartelo». E ancora: «la psicoterapia serve ad apprendere a conoscere te stesso».

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, sostengo, è 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 ma anche quelle dei pazienti.

4. Conclusioni

Nell'introduzione di questo testo, ho parlato dell'esigenza della psichiatria di perimetrare i propri oggetti. Attraverso l'analisi delle storie di cura e sulla scorta della mia ricerca sul campo ho cercato di mostrare come la psichiatria cubana utilizzi la relazione di cura e non la diagnosi per costruire i suoi pazienti. In mancanza di una logica della specificità legata alla presenza del mercato degli psicofarmaci (Lakoff 2005), e in mancanza di una gestione privatizzata degli iter terapeutici, il divenire pazienti è di per sé uno strumento di produzione di soggettività.

Tale produzione di soggettività va intesa nel suo doppio movimento, quello che mette in tensione il

soggetto verso l'ambiente sociale, di cui fa parte sia il contesto amicale e familiare che legittima, o talvolta addirittura suggerisce, il ricorso alla terapia; sia il *setting*, in cui avviene la relazione di cura; e che volge il soggetto verso un ipotetico "interno", il se stesso oggettivato. Ho altresì mostrato come in entrambi i livelli, sia quello personale che quello terapeutico, lo Stato non cessa di essere un attore sociale fondamentale, poiché esso partecipa alla costruzione dell'idea di salute, ovvero di ciò che per il *therapy management group* di un paziente cubano è considerabile sano e funzionale, e al tempo stesso strutturando l'offerta sanitaria partecipa alla costruzione del *therapeutic knowledge*.

Nell'ultimo paragrafo ho sottolineato come il paziente della psicoterapia cubana non solo 'apprende a vivere' come recita il lemma della Centro Comunitario, egli 'apprende ad apprendere', ovvero acquisisce «un'abitudine a segmentare il flusso degli eventi per evidenziarvi ripetizioni di un certo tipo di sequenze significative» (Bateson 2008: 207). Ciò che risulta determinato dal precipuo contesto locale, non è dunque il fine per cui si svolge la terapia (la guarigione), o il mezzo (la psicoterapia di gruppo), ma la 'direzione' e il 'valore' della relazione terapeutica.

La direzione precipua che la clinica cubana prescrive, come dichiara il manuale di psichiatria di Hiram Castro Lopez, in uso da trent'anni a questa parte nelle università locali, è il ripristino di un rapporto sano e funzionale con la società di cui l'individuo è parte (Castro Lopez 1980). Attraverso il divenire paziente e l'apprendimento che costituisce parte di questo processo, l'esperienza privata acquisisce un orientamento pubblico e l'individuo è riconciliato con il suo ambiente sociale prossimo.

Il valore è determinato dall'interazione del paziente con l'offerta sanitaria: lo Stato non solo perimetra i soggetti nel loro divenire pazienti, ma in un certo senso li sceglie (poiché non vi è esercizio privato della medicina), determinando chi possa usufruire di un iter terapeutico.

Nel raccogliere una storia di malattia ho voluto anche mostrare come il paziente partecipi in maniera negoziale alla costruzione della propria soggettività impossessandosi di quel *therapeutic knowledge* che viene utilizzato per perimetrarlo: facendo propri gli strumenti che la clinica usa per definirlo, il paziente recupera un certo grado di *agency*, recupera il diritto a narrare la propria storia. Così, nella storia di cura di Nelson è stato possibile osservare l'entrare in gioco di entrambe queste tensioni: quella verso colui che aiuta il soggetto a conoscere (il terapeuta) e quella verso l'oggetto della sua conoscenza (se stesso).

Note

¹ Un metalogo è, nel lessico batesoniano, una conversazione su un argomento problematico costruita in modo che la struttura della conversazione si ponga in tensione dialettica con il suo contenuto (Bateson 2008).

² Ho svolto all'Havana una ricerca di campo di quattordici mesi finalizzata alla scrittura della mia tesi di dottorato. Ho condotto il mio lavoro all'interno di servizi sanitari, in particolare consultori medici e il principale centro di salute mentale comunitaria della città. Per maggiori informazioni sui risultati della mia ricerca si rimanda alla bibliografia (Russo 2012; 2013a).

³ Il confine fra ciò che può essere inteso come parte di una qualsiasi relazione di cura e fra ciò che è culturalmente determinato, ovvero il confine fra il processo di soggettivazione messo in atto dall'iter terapeutico in quanto prodotto di un sapere medico e in quanto pratica giocata in uno specifico contesto locale, rimane fluido. Questo può essere considerato il limite ma forse anche il pregio di questo breve saggio. In uno dei suoi scritti più celebri, James Clifford scriveva: «Il modernista etnografico ricerca l'universale nel locale, il tutto nella parte» (1988: 15), in un mondo sempre più globalizzato viene spesso richiesto agli antropologi di isolare ciò che è locale, distinguere la parte dal tutto. Questa operazione di senso non è del tutto possibile, poiché calcare questa dicotomia significherebbe postulare che questo confine fra universale e locale sia un dato ontologico che prescinde dall'osservatore. Significherebbe dunque, per dirla con Clifford, creare dei 'frutti puri' e aspettare che impazziscano.

⁴ Nei Centri di Salute Mentale Comunitari cubani, i pazienti sono affidati a un'equipe terapeutica guidata da uno psichiatra, ma composta di psicologi, logopedisti, psicopedagogisti, assistenti sociali e infermieri. Tutta l'equipe terapeutica partecipa alle psicoterapie di gruppo e non esiste una netta divisione epistemologica fra ciò che è dominio dello psichiatra e ciò che è dominio dello psicologo.

⁵ Con il termine 'ostecondrosi' o 'ostecondrite' si indica un gruppo di patologie che riguardano l'osso (osteo-) e la cartilagine (condro) e che hanno una eziopatogenesi degenerativa (-osi).

⁶ La 'fibromialgia', o 'sindrome fibromialgica' o '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.

⁷ Modo in cui l'equipe terapeutica faceva riferimento a questa psicoterapia di gruppo, sottolineando che a differenza delle psicoterapie dell'*Hospital de día* dove i pazienti entravano e uscivano a seconda dei loro ricoveri, qui il numero dei pazienti era chiuso e i nominativi per partecipare erano stati presi all'inizio del ciclo, durato 3 mesi.

⁸ Sessione di Psicoterapia di Gruppo in Hospital de Dia, 29 ottobre 2009

⁹ Questa concezione della soggettività sembra richiamare quella espressa da Paul Ricœur 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 Ricœur, 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".

¹⁰ 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.

¹¹ 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 (Eheremberg 1998; Haxaire 1999; Healy 2004; Lakoff 2005; Rose 2007).

¹² Intervista a Yani, 14 marzo 2009 (registrata)

¹³ Intervista a Raudelis, 22 marzo 2009 (registrata)

¹⁴ 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.

¹⁵ Intervista a Maria de los Angeles, 1 aprile 2009 (registrata)

Riferimenti bibliografici

Barbetta P.
2007 *Figure della relazione, Digressione attorno al doppio legame*, Edizioni ETS, Pisa.

Basaglia F.
1966 *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino
1979 *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina, Milano.

Bateson G.
2008 *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.

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*, Yale University Press.

Butler J.
1997 *La vita psichica del potere*, Meltemi, Roma.

Canguilhem G.
1998 *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino.

Castro-Lopez H.
1980 *Psiquiatria*, Editorial de Ciencia Medica, L'Avana.

Civita A., Cosenza D.
1999 *La cura della malattia mentale*, Bruno Mondadori, Milano.

Clifford J.
2004 *I frutti puri impazziscono. Etnografia, letteratura e arte nel secolo XX*, Bollati Boringhieri, Torino.

Davies J.
2009 *The making of psychotherapists, An anthropological analysis*, Karnak, London.

Douglas M.
1989 *Come pensano le istituzioni*, Il Mulino, Bologna.

Ehrenberg A.
1998 *La fatica di essere se stessi. Depressione e società*, Einaudi, Torino.

Eysenck H. J.
1985 *Decline and Fall of the Freudian Empire*, Viking, New York.

Fainzang S.
2009 *Farmaci e società, Il paziente, il medico e la ricetta*, Franco Angeli, Milano.

- Foucault M.
1973-1974 *Il potere psichiatrico*, Feltrinelli, Milano.
2011 *L'ermeneutica del soggetto*, Feltrinelli.
- Gadamer H.G.
1993 *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina, Milano.
- Goffman E.
1961 *Espressione e identità. Gioco, ruoli, teatralità*, il Mulino, Bologna.
1967 *Il rituale dell'interazione*, il Mulino, Bologna.
- Good B. J.
1994 *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Edizioni di comunità, Torino.
- Hacking I.
1999 *La natura della scienza: riflessioni sul costruzionismo*, Mc Graw Hill, Milano.
- Healy D.
2002 *The creation of Psychopharmacology*, Harvard University Press, Cambridge.
2004 «Shaping the Intimate: influences on the Experience of every-days nerves», in *Social Study of Science*, 39: 219-29.
- Kleinman A.
1980 *Patients and Healers in the context of culture*, Berkeley, University of California Press.
- Lambek M., Anzte P.
2004 *Illness and Irony*, Berghahn Book, Usa.
- Lakoff A.
2005 *Pharmaceutical reason: knowledge and value in global psychiatry*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Ricoeur P.
1990 *Sé come un altro*, Jaca Book, Milano.
- Rogers A., Pilgrim D.
2005 *A sociology of Mental Health and Illness, third edition*, Open University Press, Berkeshire.
- Rose N.
2007 *La politica della vita. Biomedicina, potere e soggettività nel XXI secolo*, Einaudi, Torino.
- Russo C.
2012 «A double doubt: Neurotic self and agency in an Era of shifting ideology in Cuba», in *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 3(8): 103-110.
- 2013a «Living like Nikanor. The 'Paradox of Transition' in contemporary Cuba», in *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 4(9): 727-734
- 2013b «Mappare il volto: note sull'uso della fotografia in ambito psichiatrico», in Grazioli S., E. Grespi, B. Damiani (a cura di), *Fuori quadro. Follia e creatività fra arte, cinema e archivio*, Aracne, Roma: 163-171.
- Young A.
1995 *The harmony of illusion, Inventing post-traumatic Stress Disorder*, Princeton, Princeton University Press.