Matteo Bessone e Gianluca D’Amico

L’ estraneità della psicologia alla salute e sanità pubblica costituisce una caratteristica trasversale della partecipazione politica della comunità professionale orientata soprattutto a rivendicazioni corporativistiche e all’espansione del proprio spazio professionale, piuttosto che su obiettivi più ampi di salute pubblica, come il rafforzamento del SSN, la salute della popolazione e la tutela dei diritti che costituiscono i presupposti per godere, mantenere e curare la salute mentale.

Nel campo della salute mentale, la psicologia, seppur marginale nel SSN e nei servizi di salute mentale, occupa uno spazio culturale ed economico in costante crescita. La crescente disponibilità di servizi psicologici è accolta come un miglioramento sociale, ma non è priva di contraddizioni. La psicologia ha ridefinito il significato socialmente attribuito all’espressione “salute mentale”, estendendone i confini al di là dei servizi psichiatrici, delle persone cosiddette “gravi” e delle “malattie mentali” senza tuttavia sviluppare una coscienza critica del proprio mandato sociale se non in elaborazioni teoriche o esperienze isolate. **Psichiatria e psicologia, dispositivi distinti, condividono almeno apparentemente, il campo della salute mentale su cui operano congiuntamente**. **Tuttavia**, pur utilizzando talvolta il medesimo paradigma, la salute mentale di cui parlano e i cittadini a cui si rivolgono, **sono sostanzialmente differenti.** Tale differenza sostanziale non nega una continuità profonda tra psicologia e psichiatria che, in quanto dispositivi tecnici, condividono una funzione politica di conservazione dell’ordine sociale e delle sue contraddizioni.

Robert Castel considerava pericoloso intendere le terapie psicologiche come sostanzialmente differenti rispetto a quelle utilizzate dalla psichiatria [1]. In “Lo psicanalismo”, Castel descrive due movimenti paralleli nella storia della medicina mentale: l’allargamento del campo di intervento, dai “folli” ai “sofferenti”, e lo sfaldamento e diluizione delle strutture istituzionali psichiatriche. In questo processo, come osservato per la “psicoterapia istituzionale”, la psicoanalisi avrebbe svolto una funzione ambigua: insieme antagonista reale alla violenza psichiatrica ma anche funzionale alla sua conservazione e alla trasformazione delle forme di dominio, ammorbidite e “umanizzate”. Espandendo le categorie diagnostiche e abbassando le soglie che dividono sani dai malati, le discipline basate sulla parola diventano operatrici dell’allargamento del campo di

Scaricato da ***Saluteinternazionale.info*** | 1

intervento dei dispositivi di sapere e potere sulla sofferenza, accrescendone la pervasività sociale. Più capillari e accettabili, riproducono nuove forme di violenza tecnica ammantata da ideologia della cura, apparentemente superando le forme più esplicite di controllo, praticamente conservate.

Lo strumento critico dello "Psicanalismo" diventa "Psicoterapismo" applicando tale critica radicale all'attuale uso e diffusione di dispositivi psicologici e psicoterapici e alla riproduzione di disuguaglianze di potere e sapere che solo apparentemente provano a superare [2]. **Già trent'anni fa Rose [3] osservava come le "discipline psi" avessero progressivamente colonizzato la soggettività**, diventando un dispositivo per il governo dell'anima, producendo individui che si governano attraverso categorie psicologiche e interiorizzano come problema personale ciò che si produce nell'interazione con condizioni sociali e strutturali. La psicologia non supera le contraddizioni della psichiatria: le trasforma, le rende invisibili, diffondendole e diffondendosi capillarmente.

Al di là delle differenze, le teorie e le pratiche psicologiche condividono l'assunto che l'origine della sofferenza sia individuale e intrapsichica, derivando da pattern cognitivi, dinamiche relazionali precoci, disregolazione emotiva, economia libidica. Questa concezione, culturalmente egemone insieme a quella della psichiatria organicistica, produce letture della sofferenza decontestualizzate dalle condizioni storico-sociali in cui si genera, naturalizzandola e restituendola alla persona come problema proprio, privato, individuale. Per questo la psicologia viene considerata uno strumento che consente alle società di non guardarsi allo specchio [4].

> La psicologia persuade, ideologicamente, dell'origine prevalentemente interiore della sofferenza, producendo pazienti su cui fonda la propria legittimità, ai quali restituisce letture e soluzioni tecniche, individualizzate e decontestualizzate, che adattano le persone al mondo sociale che viene così riprodotto, con il suo insieme di valori, visioni, categorie e verità. La sofferenza incorporata, prodotta dall'accumulazione di esperienza derivante da assetti sociali iniqui, viene destoricizzata, neutralizzata nel suo potenziale critico: trasformata in sintomo, trattata tecnicamente, sottratta alla possibilità di diventare, collettivizzata nello spazio pubblico, socialmente trasformativa.

Questo meccanismo è strettamente legato alla formazione universitaria e specialistica, quest'ultima quasi esclusivamente privata. L'assenza di epidemiologia, salute pubblica e politiche sanitarie nei percorsi formativi degli psicologi italiani riflette una postura epistemologica e politica che privilegia l'individuo e la sua psiche, trascurando invece quei saperi che mettono al centro le condizioni sociali con cui le persone interagiscono e attraverso cui, lungo l'arco di vita, si plasmano, e la cui esperienza, costitutivamente intersezionale, viene incorporata. **Il professionista prodotto è preparato a intervenire sull'interiorità, privatizzata, ma non dispone degli strumenti per comprendere la salute collettiva,** il contesto sociale e le sue strutture e dinamiche oggettive, sempre soggettivamente vissute e socio-culturalmente determinate. Le condizioni socio-storiche non vengono ignorate per scelta ma perché la formazione tende a oscurarle, enfatizzando la dimensione puramente soggettiva e presentandola come esclusivamente individuale.
Il modello di sofferenza appreso durante la formazione produce determinate pratiche e istituzioni della cura, basate sui medesimi assunti. Le modalità con cui il disagio viene letto, classificato e trattato strutturano specifici regimi di accessibilità, copertura e inclusione nella cura, producendo effetti concreti e visibili nel corpo sociale.

Da un lato si colloca l'offerta psicologica, nel mercato privato, in regime di libera professione, accessibile e rivolta a chi dispone delle risorse, materiali e simboliche e di salute, sufficienti a sostenere un percorso settimanale. Questa domanda di cura non è semplicemente "data", ma socialmente prodotta e selezionata: viene resa esprimibile, trattabile e solvibile entro forme compatibili con il setting privato.
Dall'altro la psichiatria pubblica nel SSN, il quale dovrebbe rappresentare il perno del diritto alla salute mentale, ma che di fatto riceve per delega ciò che il mercato privato non può, non vuole o non riesce a trattare: sofferenze più gravi, condizioni socialmente compromesse e prese in carico complesse. Questa divisione del campo della salute mentale non ha fondamento clinico o scientifico né deriva da bisogni differenti, ma produce effetti sistemici concreti. Il confine è economico, organizzativo e culturale, non clinico.
Il risultato è un sistema a due standard: un circuito privato che intercetta la domanda più lieve e solvibile e un sistema pubblico impoverito in quantità e qualità che concentra la sofferenza più complessa. Viene così sostenuto che la salute mentale sia una sola, ma le cure sono organizzate come se fossero due.
Questo alimenta lo stigma che sta a monte e a valle di tale organizzazione e, in

questo contesto diviso e divisivo in cui la distribuzione dell'accesso replica così disuguaglianze sociali già esistenti, il concetto di diritto alla salute mentale mostra la propria contraddittoria ambiguità.

La gravità diventa spesso un criterio implicito di esclusione dalle cure psicologiche che trasformano la vulnerabilità in esclusione e, insieme, di accesso al sistema pubblico, cronicamente sottofinanziato e raramente capace di garantire interventi appropriati ed efficaci. In questo quadro, la distribuzione di interventi psicologici privati e dei servizi psichiatrici pubblici, esacerba disuguaglianze di salute e sociali preesistenti, costituendo una risorsa solo per chi già gode di migliori condizioni sociali e di salute, escludendo selettivamente chi si trova in posizione di svantaggio e alimentando dinamiche riconducibili all'**Inverse care law (a).**

Questa estraneità della psicologia alla salute e sanità pubblica costituisce una caratteristica trasversale della partecipazione politica della comunità professionale orientata soprattutto a rivendicazioni corporativistiche e all'espansione del proprio spazio professionale, piuttosto che su obiettivi più ampi di salute pubblica, come il rafforzamento del SSN, la salute della popolazione e la tutela dei diritti che costituiscono i presupposti per godere, mantenere e curare la salute mentale. **Ad eccezione dell'impegno per l'inserimento della salute mentale nelle cure primarie,** ne sono esempio le mobilitazioni ampie per contrastare l'aumento del contributo previdenziale o l'iniziativa di legge popolare promossa da Rete Psicologi Nazionale che utilizzando la narrazione del "bene comune" mira prevalentemente all'ampliamento della presenza professionale "nelle scuole, negli ospedali, nei municipi, nelle carceri, nei consultori, nei luoghi di lavoro e di sport". Parallelamente, su questioni strategiche per la salute pubblica, come il PANSM, l'impegno degli psicologi ha prodotto debolissime capacità di incidere sui contenuti, prima, e quasi irrilevanti critiche significative nel dibattito pubblico, poi. Anche l'esclusione degli psicologi dalle équipe di base delle Case della Comunità definite da AGENAS non segnala tanto una debolezza nel rappresentare i propri interessi quanto l'assenza di una più ampia capacità di incidere nelle scelte di policy relative all'organizzazione dei servizi territoriali rispondendo a bisogni di salute pubblica.

Per quanto narrata come avanzamento sociale nella tutela dei diritti, la diffusione incondizionata dei dispositivi psicologici non è necessariamente meglio per la salute di tutte e tutti né del corpo sociale. L'espansione selettiva dell'offerta psicologica e la diffusione della "cultura terapeutica" [5], delle

sue categorie [6] e del “therapy speak” oscurano i rischi legati all’estensione dei dispositivi tecnici di adattamento e gestione della sofferenza, più che di radicale trasformazione sociale. **La critica alla neutralità della psicologia implica riconoscerne contraddizioni storiche, sociali e politiche e funzioni ideologiche**. Ancor più laddove, costituendosi come dispositivo di egemonia culturale, questa produce, riprendendo Illich, forme di *controproduttività specifica* [7]: quel fenomeno per cui un’istituzione, superata una certa soglia di espansione, non solo fallisce rispetto ai propri fini, ma tende sistematicamente a rovesciarli, generando effetti opposti. Mentre promette emancipazione, individualizza il conflitto, depoliticizza il malessere, riduce questioni strutturali in problemi prevalentemente soggettivi. Occorre quindi rovesciarne criticamente presupposti, funzioni e pratiche.

> Basaglia non aveva smesso di fare il medico: aveva cambiato il modo di incarnare il ruolo, riconoscendo i limiti della psichiatria e usandola come leva per coniugare professione e cittadinanza, ruolo e identità di tecnico e cittadino, competenza tecnica e responsabilità politica. È ancora questa la posta in gioco, la partita continua.

Matteo Bessone, TiAscolto A.P.S, Tavolo Arci Salute Mentale e Gianluca D’Amico, Comunet-Officine Corsare, Tavolo Arci Salute Mentale

Bibliografia

[1] Castel R. (1975). Lo psicanalismo: psicanalisi e potere. Einaudi.
[2] Bessone M., Rabajoli P., Sassoon M., Sarasso P. (2026) Psicoterapia e cambiamento sociale. Toria e pratiche di un’esperienza dal campo: Sportello TiAscolto. Ed. Sensibili alle Foglie.
[3] Rose N. (1989) Governing the soul: The shaping of the private self.
[4] Davies, W. (2015). The happiness industry: How the government and big business sold us well-being. Verso books.
[5] Furedi, F. (2013). Therapy Culture: Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age . Routledge.
[6] Haslam, N. (2016). Concept creep: Psychology’s expanding concepts of harm and pathology. Psychological inquiry, 27(1), 1-17.
[7] Illich, I. (1975). Medical Nemesis: The Expropriation of Health. London: Calder & Boyars.

Scaricato da ***Saluteinternazionale.info*** | 5

[a] La legge dell’assistenza inversa è un principio di sanità pubblica secondo cui la disponibilità di un’assistenza medica di qualità tende a variare in modo inversamente proporzionale alle esigenze sanitarie della popolazione servita. vedi Hart JT, The inverse care law, The Lancet, Volume 297 , Numero 7696 pp. 405-412 27 febbraio 1971.