

Società e salute mentale, fra cura e prevenzione. Come mettere in pratica oggi la lezione di Alfred Adler?

JEAN-LOUIS AILLON

Summary – SOCIETY AND MENTAL HEALTH BETWEEN CURE AND PREVENTION. HOW TO PUT THE LESSON OF ALFRED ADLER INTO PRACTICE? There is growing evidence that social, ecological and cultural factors - the so-called determinants of health- have a fundamental impact on mental health. Among these, reference is made in particular to the effect of inequalities and climate change. The unsustainability of the current socio-economic system, based on unlimited economic growth, will worsen this situation, in a context in which the future from promise becomes more and more a threat. The Adlerian theoretical framework is very valuable for understanding these social phenomena and implementing the appropriate therapeutic and preventive strategies. Adler, in fact, since the beginning of his career, has dealt with the impact of the effect of social phenomena on mental health. He highlighted how a hostile external environment can produce increased feelings of inferiority in the individual, a deficit in the development of social interest and an unharmonious development of the personality. With respect to this, Adler believes it is essential not only to cure, but, first of all, to prevent mental disorders. He conceptualized a psychologist committed to cure the world in order to make it a healthier place rather than to readapt human beings to live in a sick world.

Keywords: DETERMINANTI SOCIALI DI SALUTE, PREVENZIONE, ALFRED ADLER

I. I determinanti di salute

La salute delle popolazioni, intesa non come semplice assenza di malattia, ma come uno stato di benessere fisico, psichico e sociale [85], non dipende principalmente dai sistemi sanitari, ma da fattori di carattere socio-economico, ambientale e culturale. «L'importanza del contributo del settore medico-sanitario è stata stimata al 10-15%, quella del patrimonio genetico al 20%, quella dell'ecosistema al 20-25%, mentre il contributo dei fattori socio-economici, di gran lunga i più importanti, sono stati stimati al 45-50%» (40, p. 253).

I fattori strutturali di carattere socio-economico e culturale più distali vanno, infatti, ad influenzare una serie di fattori intermedi (posizione sociale, educazione, reddito,

genere, etnicità), i quali a loro volta incidono su fattori più prossimali (circostanze materiali, coesione sociale, fattori psicosociali, comportamenti e fattori biologici) che portano gli individui ad ammalarsi o ad accedere più o meno appropriatamente ai servizi sanitari [87].

A) *Società*

Le nostre società non sono molto dissimili dal Titanic, in cui la mortalità fra prima, seconda e terza classe si è dimostrata crescere linearmente (rispettivamente 2.7%, 16.1% e 45% nelle donne). È presente il cosiddetto “gradiente sociale” [63].

Fra i determinanti sociali, il fattore che maggiormente spiega le discrepanze di salute non è tanto il reddito, quanto le disuguaglianze (anche relative), le quali non vanno considerate semplicemente sul profilo del reddito, ma più in generale anche rispetto allo status e classe sociale, al livello educativo, al genere e all’eticità [87, 69].

A riguardo, nel famoso rapporto dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) “Closing the gap in a generation”, si afferma che “la giustizia sociale è una questione di vita o di morte”. Le condizioni sociali influenzano, infatti, sia la mortalità che la morbilità [87].

Una recente ricerca condotta in Inghilterra, illustra per esempio che la mortalità prematura attribuibile alle disuguaglianze sociali, fra il 2003 e il 2018, si attesta al 35,6% delle morti totali (877.082 morti aggiuntive) [61]. Nella città di Londra, partendo in metropolitana dal Centro Città (Westminster), andando verso la periferia (Canning Town), ad ogni fermata della metropolitana viene perduto circa un anno di vita, passando da un’aspettativa di vita media di 77.7 anni per i maschi e 84.2 per le femmine rispettivamente a 71.6 e 80.6 anni [17].

Non troppo dissimile è la situazione per l’Italia. «Chi è più povero di capacità e risorse è più esposto a fattori di rischio per la salute, si ammala più spesso, in modo più grave e muore prima. Negli anni 2010 un uomo con la laurea può contare di vivere 5,2 anni in più di chi ha conseguito al più la licenza elementare. [...] Queste differenze nell’aspettativa di vita si riproducono anche a livello locale nelle nostre città.

A Torino chi sale sul tram che attraversa la città dalla collina alto-borghese all’estremo est per andare nella barriera operaia di Vallette all’estremo nordovest vede salire dei passeggeri che perdono mezzo anno di speranza di vita ogni chilometro che percorre: più di quattro anni di aspettativa di vita separano i benestanti della collina dagli abitanti degli isolati più poveri del quartiere Vallette» (34, p. 4) [35]. Sempre nel contesto torinese un operaio vive in media cinque anni e mezzo in meno di un dirigente [33].

Un discorso analogo può essere fatto per il rischio di ammalarsi. Un esempio eloquente è quello del COVID-19. In Catalogna per esempio il tasso di infezione è stato di tre volte superiore nelle zone svantaggiate rispetto alle zone con popolazione meno indigente.

La mortalità è raddoppiata nei quartieri deprivati in Inghilterra e nel Galles rispetto a quelli non deprivati e un dato analogo è stato riportato in America nella popolazione nera afroamericana rispetto a quella bianca [20].

B) *Ambiente ecologico*

Secondo l'OMS circa il 24% delle morti globali (12,6 milioni all'anno) sono legate all'esposizione a fattori ambientali, evitabili. Queste morti, perlopiù legate a malattie non trasmissibili (8,5 milioni), colpiscono soprattutto le persone più fragili (anziani e bambini) e sono maggiori nei paesi del Sud Globale [88].

Di queste circa 9 milioni sono causate dall'inquinamento ambientale che causa ogni anno più decessi di AIDS, tubercolosi e malaria combinate, un costo di vite circa quindici volte superiore di tutte le vittime annuali per guerra e altre violenze [59]. Questi dati purtroppo sono destinati a lievitare se il mondo non adotterà drastiche misure per affrontare la crisi climatica e le altre minacce ecologiche alla salute.

I cambiamenti climatici rappresentano, infatti, secondo la prestigiosa rivista "The Lancet" la principale minaccia alla salute del ventunesimo secolo [36], le cui conseguenze dirette e indirette, sono stimate dall'OMS in circa 250.000 morti aggiuntive l'anno, fra il 2030 e il 2050 [85]. Sono, inoltre, presenti differenti altre severe minacce alla salute quali la diminuzione della biodiversità, la degradazione dei suoli, la carenza idrica, etc. [59].

C) *Cultura*

La cultura va a incidere sulla salute in diverse forme. Agendo sulle nostre credenze, visioni del mondo, orientamenti di valori, etc., essa modella implicitamente quelli che sono gli stili di vita, la personalità di base ed i comportamenti umani, promuovendo o danneggiando la salute. Basti pensare per esempio alla globalizzazione della cultura occidentale, in particolare in riferimento al consumismo, che ha portato nei paesi del Sud Globale quella che viene definita come una vera e propria "epidemia" delle malattie non trasmissibili (principalmente diabete, obesità, infarto, ictus, e cancro) [23, 67].

D'altra parte, essendo i sistemi medici dei "sistemi culturali", la cultura determina di fatto ciò che, in un determinato contesto, viene considerato patologia, terapia e guarigione [58]. Di conseguenza la cultura orienta i processi di cura e di promozione della salute, sia rispetto al singolo che rispetto alla società, portando per esempio, come sarà descritto in seguito, ad una maggiore o minore considerazione degli aspetti socio-economici, ambientali, storici e politici che sono sottesi all'ammalarsi o meno di certe malattie [70].

II. I determinanti di salute mentale

A) Società

È a partire dal 1800 che gli psichiatri occidentali hanno cominciato a focalizzare la loro attenzione agli effetti della “civilizzazione moderna” sulla salute mentale.

«Gli psichiatri francesi sono stati i primi a mettere in correlazione la rapida industrializzazione ed urbanizzazione in atto nel diciannovesimo secolo con l’aumento rimarchevole della presenza di disturbi mentali nella popolazione.

Inizialmente E. J. Georget descrisse, all’interno di un noto dizionario medico nel 1820, una correlazione positiva tra la frequenza crescente delle malattie nervose e le caratteristiche della civilizzazione moderna; pochi anni dopo, nel 1830 il celebre psichiatra J. E. D. Esquirol individuò in tale processo la ragione principale della frequenza crescente delle malattie mentali. Nel 1839 A. Brière de Boismont [...] ha focalizzato l’attenzione sulla rarità dei disturbi mentali cronici nelle popolazioni che non avevano ancora subito l’influenza della civiltà occidentale» (52, p. 1).

È stato, però, lo psichiatra americano Jarvis il primo a mettere chiaramente in correlazione la presenza di un basso status socio-economico e la maggiore presenza di malattia mentale, evidenziando come nelle classi povere i casi di “insanity” fossero ben 64 volte più frequenti che nella norma [50]. Nel corso del Novecento, ed in particolare negli ultimi 30 anni, questa tendenza è stata variamente confermata da ampi studi di popolazione che hanno evidenziato come la prevalenza dei principali disturbi mentali tenda a seguire un gradiente sociale [66]. Ciò è legato, però, a due differenti meccanismi: la causazione e la selezione sociale.

Nel primo caso, frequente nei disturbi di tipo nevrotico (in particolare per i disturbi depressivi, d’ansia e per le dipendenze) e nei disturbi di personalità, i fattori sociali agiscono come fattore eziologico diretto che causa patologia mentale. Nel secondo caso, invece, prevalente per quanto riguarda i disturbi psichiatrici maggiori (schizofrenia, disturbo bipolare) con un elevato “genetic power”, è di fatto la predisposizione genetica o ambientale a fare ammalare la persona e a portare ad una disabilità.

Ciò causa poi difficoltà nell’integrarsi al meglio nella società e porta ad una diminuzione dello status sociale a causa della selezione negativa messa in atto dalla patologia. Di fatto in tutti i disturbi psichiatrici selezione e causazione sociale agiscono insieme, ma a seconda del quadro clinico si ha una maggiore o minore presenza dell’uno o dell’altro meccanismo [39, 53, 83, 62].

Esiste ad oggi un’ampia letteratura sui cosiddetti “determinanti sociali di salute mentale” che riporta come diversi fattori sociali possano causare disturbi mentali [42, 89, 31] ed invita ad agire per prevenire tali effetti [76, 75]. Secondo una recente revisione della letteratura, ben settantotto studi hanno documentato un’associazione statisticamente significativa con esiti negativi di salute mentale: basso status socioeconomico,

basso reddito, basso livello di istruzione, disoccupazione, tensione finanziaria, non vivere con un partner, mancanza di sostegno sociale, discriminazione percepita e genere femminile.

Sessantanove studi hanno riportato, invece, un'associazione tra fattori a livello ambientale e salute mentale: condizioni socioeconomiche del quartiere di residenza, capitale sociale, distribuzione geografica e ambiente edificato, problemi di quartiere e composizione etnica [77].

Altri elementi riportati in letteratura sono la deprivazione relativa, la precarietà abitativa, l'insicurezza connessa al crimine, l'insicurezza alimentare, "high-demand or low-control work", traumi e stress legati a guerre, disastri naturali, cambiamenti climatici, migrazioni forzate ed infine abuso, abbandono e trascuratezza infantile [64, 78, 74].

Nella figura 1 si possono trovare riassunti i determinanti sociali di salute mentale, tratti da una revisione della letteratura che ha analizzato ben 289 articoli scientifici [64].

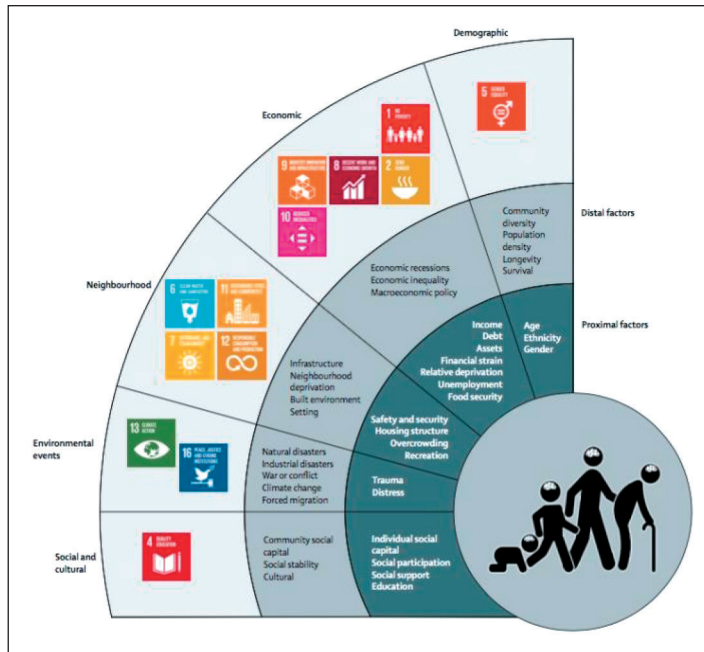


Figura 1: Determinanti sociali, ambientali e culturali dei disturbi mentali e obiettivi di sviluppo sostenibile: un quadro concettuale [64].

Nella figura 2, invece, vengono rappresentate le ipotetiche vie attraverso cui i determinanti distali e prossimali possono incidere sulla salute mentale, ovvero stimolando da una parte uno stato di stress cronico, dall'altra agendo sulle condizioni di salute infantili, influenzando lo sviluppo cognitivo e la resilienza, nonché promuovendo modalità di coping attraverso sostanze di abuso o influenzando l'accesso ai servizi di salute mentale [42]. Le influenza sopracitate si accumulano nell'arco della vita e possono già verificarsi nella fase di vita prenatale [89].

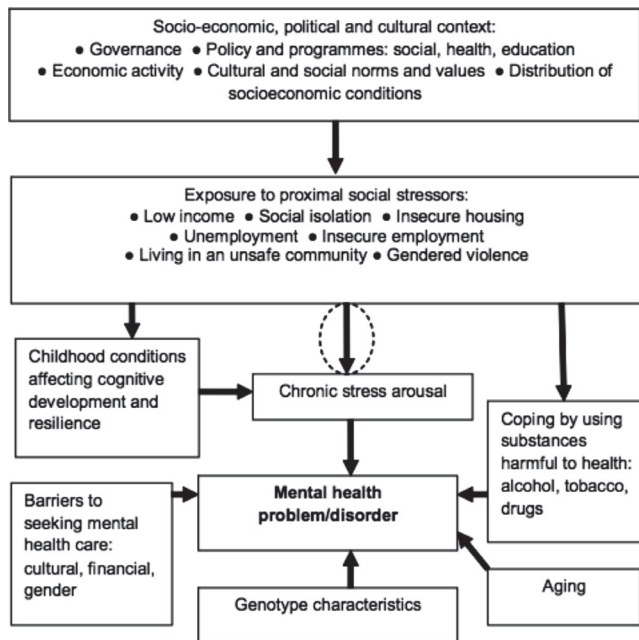


Figura 2: Fattori che influenzano l'insorgenza individuale di un problema/disturbo di salute mentale (adattato dalla Commissione sui Determinanti Sociali della Salute dell'OMS [42]).

B) *Ambiente ecologico*

I determinanti ecologici non incidono soltanto sulla salute fisica, ma anche sulla salute mentale. I cambiamenti climatici, per esempio, incideranno significativamente sulla salute mentale, sia direttamente (disastri naturali, colpi di calore) che indirettamente, in relazione all'aumento dei conflitti armati e delle migrazioni forzate causati dalla diminuzione delle risorse, nonché all'aumento dell'insicurezza alimentare, dell'inquinamento atmosferico, di malattie fisiche connesse con la salute mentale. Gli effetti sopracitati potranno essere sia acuti, subacuti o a lungo termine e porteranno soprattutto a disturbi depressivi, d'ansia e a disturbi da stress (acuti e post-traumatici) [30, 68].

Vi sono, inoltre, prove emergenti sull'associazione tra i principali inquinanti ambientali (inquinanti atmosferici, metalli pesanti, radiazioni ionizzanti, pesticidi organofosforici, inquinamento luminoso e acustico, catastrofi ambientali) e vari disturbi di salute mentale tra cui i disturbi d'ansia, dell'umore e sindromi psicotiche [82].

Alcune metanalisi hanno evidenziato piccole, ma significative, associazioni positive fra lunghi periodi di esposizione al particolato atmosferico fine e la presenza di sintomi depressivi, nonché il peggioramento della funzione cognitiva [56]. Inoltre, l'aumento delle temperature e dell'inquinamento non porterà solo all'insorgenza di nuovi disturbi, ma anche al peggioramento dei disturbi esistenti, all'aumento dei suicidi, dell'aggressività, della violenza e delle dipendenze da sostanze [49].

Infine, la distruzione degli ecosistemi e la relativa perdita di biodiversità possono causare differenti tipologie di disagio mentale, comprese le cosiddette sindromi "psicoterratiche" derivanti da cambiamenti ambientali percepiti negativamente: "ecoansia", "ecocolpa", "ecoparalisi", "solastalgia" (nostalgia per la casa natura) e "lutto ecologico". Il dibattito su queste tematiche si sta diffondendo anche in Italia a seguito della recente pubblicazione del testo "Ecoansia. I cambiamenti climatici fra attivismo e paura" di Matteo Innocenti [64].

C) *Cultura*

La cultura, seppure sia difficilmente osservabile e misurabile, con la sua trama invisibile contribuisce a dare forma agli umani, al loro soffrire e alle società che essi abitano, contribuendo sia a promuovere che a danneggiare la salute mentale.

La cultura non si trasmette con i geni, ma tuttavia agisce sulla nostra biologia, influenzando l'espressione dei geni [54]. Certi complessi culturali, detti "meme", similmente ai geni vengono trasmessi da una generazione all'altra sia da un punto di vista culturale che biologico, venendo integrati e trasmessi alla progenie nelle modificazioni epigenetiche ereditate con il nostro genoma [29, 84].

Il ruolo della cultura nel causare la patologia mentale può essere sia di tipo diretto (effetto patogenetico, come per esempio nel caso della cosiddetta morte voodoo), oppure maggiormente indiretto.

In quest'ultimo caso la cultura agisce selezionando certi modelli di reazione o sintomi di fronte allo stress (effetto patoselettivo e patoplastico), oppure influenzando la frequenza di un certo quadro clinico (effetto patofacilitativo e patoelaborativo) attraverso la promozione o il rinforzo di certi stili di vita e comportamenti, oppure agendo in generale sui determinanti sociali ed ambientali di salute mentale [81].

Rispetto a quanto sopra delineato, sono sempre di più gli autori che identificano in alcuni tratti dell'odierna cultura occidentale degli elementi nocivi per la salute mentale.

L'epidemiologo Eckerseley, a riguardo, si spinge addirittura a definire la cultura occidentale come un "azzardo per la salute", mettendo in evidenza che fattori culturali come il materialismo e l'individualismo, così come la promozione di immagini e ideali che sono funzionali all'economia, ma non ai bisogni psicologici degli esseri umani, contribuiscono a minare le basi della nostra salute [41].

Di seguito verrà presentata una breve disamina di una serie di fattori culturali che vari autori in ambito psicologico, filosofico e socio-antropologico hanno messo in relazione a esiti avversi di salute mentale.

Nella società dei consumi, l'obiettivo primario degli esseri umani è il raggiungimento di un benessere, perlopiù materiale (materialismo), che può essere ottenuto principalmente attraverso l'acquisto di oggetti di consumo (consumismo) [21, 55]. La nostra identità dipende dai nostri consumi: "consumo dunque sono". Abbiamo sempre di più, ma siamo sempre meno felici in quanto per avere di più, sacrifichiamo il tempo dedicato a coltivare le nostre passioni e le relazioni [21]. Dall'altra parte le relazioni che intratteniamo si mostrano sempre più liquide, frammentate o alienate [22, 45, 43].

L'interesse del singolo si concentra principalmente su sé stesso (individualismo) e l'altro, se non nello stretto cerchio di amici e parenti, diventa alieno e nemico, in un contesto nel quale, al fine di massimizzare la produttività, vige un modello dove la competizione è estremizzata e diventa un valore fine a se stesso.

Coerentemente, l'obiettivo principale dell'essere umano non è tanto coltivare se stesso, né "l'arte di amare", quanto acquisire maggiore denaro possibile, o meglio conseguire quel complesso che Eric Fromm definisce come "successo, prestigio, denaro e potere" [44]. Nell'immaginario collettivo, l'acquisizione di "successo, prestigio, denaro e potere" equivale alla piena realizzazione dell'essere umano, al massimo status sociale immaginabile e si pensa che ne consegua la stima e l'ammirazione della maggior parte della società.

Ciò, inconsciamente, equivale probabilmente per molti, da un punto di vista affettivo, alla sicurezza di valere e essere degni d'amore, ma in pratica, a causa dell'elevato livello di competitività, ciò porta spesso dietro di sé l'esatto contrario: l'invidia [12]. Viviamo in una società con una libertà estrema, senza confini, dove "tutto è possibile" e in cui da tempo è saltato il concetto di limite dal punto di vista psicologico. Le richieste dell'ambiente (scolastico, sportivo, lavorativo, etc.) sono sempre più pressanti e la maggior parte delle persone sperimenta la frustrazione e l'inadeguatezza del non poter eccellere e risplendere al meglio rispetto agli obiettivi sociali (illimitati) sopramenzionati.

Dall'altra parte, chi riesce invece a eccellere, spesso non brilla abbastanza se si compara con persone maggiormente di successo (deprivazione relativa), oppure per eccellere in uno dei compiti vitali (lavoro), sacrifica i restanti compiti (amicizia/società e amore)

e nutre il proprio sé non tanto della creatività e di una sana “individuazione”, quanto dalla soddisfazione riflessa dello sguardo altrui nella sua omologazione ai dettami del sistema dominante. [43, 92]. L’amore peraltro, come descrive Fromm, viene spesso vissuto in forma coartata ed egotica, in una coppia concentrata esclusivamente in forma morbosa su se stessa (amore erotico), oppure nel ristretto cerchio familiare, non dando spazio alle altre forme che contraddistinguono l’“amore maturo” (amore fraterno, amore verso lo straniero, amore verso Dio) e che aprono verso l’Altro e la società [44].

Abbiamo a che fare, secondo Fromm, con un essere umano sempre più alienato: «la persona conosce se stessa come uno straniero. L’uomo è diventato, per così dire, estraneo a se stesso. Egli non riconosce se stesso come il centro del suo mondo, come il creatore dei suoi propri atti, ma i suoi atti e la loro conseguenza sono diventati i suoi padroni, cui egli obbedisce e cui può persino tributare venerazione» (43, p. 121).

Ciò lo porta a vivere non tanto una patologia sul piano individuale, quanto una grave “deficienza socialmente strutturata”, dove di fatto la cultura per certi versi assume il ruolo di un palliativo che permette al singolo un patologico adattamento ad una realtà alienata, che gli permette di essere “sano” e non nevrotico.

Altre società in passato, sia i greci (si pensi al concetto di *hybris* e *nemesi*), che molte società non occidentali (come per esempio gli abitanti delle isole Samoa descritti da Margaret Mead), vedevano nella saggezza del limite uno degli insegnamenti cardini della società, il che contribuiva a mantenere la coesione sociale [91, 65].

Tuttavia, come illustra magistralmente Luigi Zoja in “Storia dell’arroganza. Psicologia dei limiti dello sviluppo” [91], a partire dal V secolo a.C. in Grecia avviene un mutamento sostanziale che sconvolge e ribalta la visione del mondo.

A livello psicologico viene abolito il concetto di limite e la società occidentale, dalla ciclicità del mito, si proietta linearmente verso un progresso illimitato: nella filosofia, nella storia, così come nella tragedia, in cui l’uomo assume una centralità che prima spettava a Dio. Questo mandato si perderà nel corso dei secoli, ma andrà a costituire il nocciolo del messaggio giudaico-cristiano e si svilupperà chiaramente, dopo il medioevo, nell’illuminismo e nel pensiero scientifico moderno, il quale si propone attraverso la ragione e la scienza di guarire i mali del mondo e di fatto costruire una sorta di paradiso in terra.

Oggi, sotto la propulsione di un peculiare sistema economico votato alla crescita, nella sua versione capitalista, neoliberista, consumista e globalizzata, tutto ciò diventa il mandato implicito della nostra società: acquisire/diventare sempre di più, non accontentarsi mai, tendere all’impossibile. Il peccato non è più l’*hybris*, la norma non è più la saggezza del limite, ma diviene quella di anelare all’illimitato e, di fronte a ciò, ci sentiamo tutti inadeguati e frustrati, ovvero aumenta il nostro sentimento di inferiorità [46].

Con il passare dei secoli, le cose lentamente sono cambiate e lo slancio del progresso positivista, dopo aver significativamente aumentato la quantità e la qualità di vita, sembra esaurirsi. Il mondo si fa più oscuro di fronte alla consapevolezza dell'insostenibilità a lungo termine dell'attuale sistema socioeconomico e alle catastrofi presenti e future (terrorismo, migrazioni, pandemie, cambiamenti climatici, guerre, etc.) [60].

Come ben delineano Benasayag e Smith nell'“Epoca delle Passioni Tristi” [25], il futuro da promessa si fa minaccia e, piuttosto che nutrire il nostro sé creativo, è meglio “armarsi” e perseguire la sicurezza a tutti i costi, scegliendo un lavoro sicuro e redditizio, piuttosto che qualcosa di attinente con i nostri interessi e le nostre passioni, nonché dedicando la maggior parte del nostro tempo ad accumulare ricchezza, pensata di fatto come un equivalente di sicurezza [25].

Contestualmente, i principali riferimenti di senso assoluto del mondo occidentale (cristianesimo, capitalismo, socialismo, scienza e utopia) perdono presa sul reale e così il nichilismo si fa sempre più strada nella società, portando all'aumento della nostra incertezza [46].

Provando a riassumere secondo la cornice teorica adleriana, ci troviamo in un mondo in cui, a causa delle aumentate richieste dell'ambiente dettate dal sistema socio-economico e culturale, aumenta il senso di inferiorità e l'inadeguatezza. Contestualmente rispetto alle minacce future e alla perdita dei riferimenti di senso aumenta l'incertezza e l'insicurezza. Il sentimento sociale è di fatto un intralcio al conseguire gli obiettivi socialmente desiderabili.

La cooperazione e la partecipazione attiva nella società vengono di fatto disincentivate, così come l'espressione libera e disinteressata del sé creativo, mentre tutto ciò che ha a che fare con la volontà di potenza viene esasperato (individualismo, competizione, autoaffermazione), principalmente nell'ambito lavorativo, a scapito degli altri fondamentali compiti vitali.

Tutte questi elementi si ripercuotono sul sé/stile di vita, rendendo maggiormente difficile uno sviluppo armonico della personalità (minore salute mentale) e portando con più frequenza a ipercompensazioni patologiche e allo sviluppo di psicopatologia [15].

III. *L'insostenibilità di un sistema basato sulla crescita economica*

I dati e le riflessioni sopra delineate mettono in luce una serie di aspetti negativi dell'attuale sistema socio-economico e le sue conseguenze sulla salute mentale. Ciò che in questa sede si vuole enfatizzare, in linea con le teorie della decrescita, è che tali risvolti sono intrinsecamente connessi con l'attuale sistema socio-economico occidentale.

Ciò che contraddistingue maggiormente tale modello non è solo il suo essere capitalista, neoliberista, consumista, etc., ma il suo fine ultimo, ovvero la crescita economica.

Tale finalità è condivisa peraltro, seppure con modalità di attuazione differenti, dagli esperimenti di comunismo reale [60].

È innegabile che, sino ad una certa soglia, l'odierno sistema socio-economico abbia portato dei sostanziali benefici all'umanità. Tuttavia, allo stadio attuale non è più sostenibile sia da un punto di vista ecologico, sociale e culturale.

L'essere umano non è più manovratore della megamacchina economica che ha creato. È diventato un ingranaggio di un sistema che ha come fine ultimo non il benessere o la salute, ma la massimizzazione della produttività e per fare ciò l'economia sfrutta sempre di più l'ambiente (crisi climatica, inquinamento, etc.), gli esseri umani (aumento delle disuguaglianze) e produce una cultura dove l'essere umano si trova sempre più stressato ed alienato. [12, 60].

Diversi autori negli ultimi anni hanno cercato di applicare la chiave di lettura della decrescita nel campo della salute [28, 14, 47], identificando di fatto che per tutelare e promuovere la salute delle generazioni presenti e future, agendo sui suoi principali determinanti di salute, non è possibile agire secondo un'ottica conservativa, ma è necessario «costruire un modello culturale, economico e sociale alternativo a quello in atto, non basato sulla crescita economica fine a se stessa» (13, p. 1).

IV. Contributi dell'antropologia medica: lo psicoterapeuta fra controllo e mutamento sociale

Tiziano Terzani, malato terminale di cancro, medita sulle cime dell'Himalaya. Chiede ad un anziano saggio di interpretare un suo sogno. Egli gli risponde che il contenuto dei sogni è «roba da psicanalisti che considerano loro compito riadattare i pazienti alla società invece che cambiare la società per adattarla ai bisogni dell'umanità in generale» (80, p. 591).

L'antropologia medica ha da tempo messo in luce quanto la medicina possa essere, più o meno direttamente, una forma di potere e controllo sociale. Nell'Iran di questi ultimi tempi, così come nella Russia stalinista, oppositori politici vengono diagnosticati con patologie mentali e neutralizzati [51]. Ai tempi delle colonie africane, comportamenti agentivi di opposizione vengono concettualizzati come elementi della mente primitiva africana e al tempo stesso alcune diagnosi vengono create ad hoc per mantenere lo status quo, come la “drapetomania”, la sindrome dello schiavo fuggitivo [26].

Le nostre società, anch'esse, non sono immuni da tali meccanismi, anche se questi risultano, per chi vi è immerso, maggiormente inintelligibili. Concetti come “biopotere”, “violenza strutturale”, “sickness”, “fallacia categoriale”, illustrano magistralmente queste dinamiche [70]. Un meccanismo particolarmente interessante è quello della reificazione biologica, descritto da Taussig [79].

Secondo l'autore, il sistema biomedico opera dei processi di "reificazione" (rendere cosa, oggetto) attraverso cui le relazioni umane, le persone e le esperienze "vengono oggettivate come cose in sé, come veri fatti di natura", contribuendo "alla costruzione della realtà sociale in termini funzionali alla conservazione di un particolare assetto politico", reintegrando "gli afflitti in un ordine condiviso di significati" e contribuendo così «all'annullamento delle dimensioni sociali, economiche e politiche incorporate nella malattia» (51, p. XIV). Chiamare Disturbo Depressivo Maggiore una certa problematica non è un processo neutro.

Di fatto viene presentata una malattia che risiede nell'individuo. Si tratta di un mal-funzionamento delle sue cellule neuronali che può essere corretto tramite un farmaco o un intervento psicoterapeutico. Sapendo, però, che per la depressione vi è un forte contributo da parte della causazione sociale, curare queste patologie avendo in mente solo l'individuo significa di fatto riadattare biologicamente o psicologicamente dei soggetti ad un contesto per certi versi malato, nascondendo appunto le dimensioni sociali, economiche e politiche incorporate nella malattia.

Se lo stesso disturbo venisse chiamato provocatoriamente per esempio Disturbo Depressivo da Società Diseguale, da disoccupazione, da alienazione, etc. possiamo pensare che le persone avrebbero una reazione simile e che non cercherebbero delle soluzioni in un'ottica meno privata e individualizzata?

V. Alfred Adler; un pioniere nella prevenzione dei disturbi mentali

Ansbacher dedica un articolo, pubblicato sul "Journal of Primary Prevention" nel 1990, dal titolo "Alfred Adler, un pioniere nella prevenzione dei disturbi mentali". L'autore ben evidenzia come Adler si sia occupato del tema della prevenzione sin dall'inizio della sua carriera e come lo psicologo onesto per ragioni di prevenzione debba essere dedito all'advocacy sociale [18]¹.

Per Ansbacher, infatti, Adler sviluppa un modello teorico di tipo umanistico, vicino alle scienze sociali, a differenza della visione meccanicistica di Freud, più prossima alle scienze naturali. L'eroe di Freud è Ernst Brücke (1819-1892), direttore dell'istituto di fisiologia dell'Università di Vienna, mentre per Adler l'eroe di riferimento è Rudolf Virchow, eminente fisiologo e anatomopatologo, molto preoccupato per le tematiche sociali e fondatore della medicina sociale in Germania [18].

Le prime cinque pubblicazioni di Adler, fra il 1898 e il 1903, sono dedicate a tematiche connesse con la medicina sociale.

¹ La maggior parte di questo paragrafo è stato scritto, riprendendo citazioni o materiale da questo articolo.

Nel manuale per la salute dei sarti [1], Adler descrive minuziosamente le condizioni di vita e di lavoro dei sarti prodotte dall'organizzazione socio-economica e politica del tempo, e mette in connessione tali condizioni socio-economiche con il rischio aumentato da parte dei sarti di soffrire e di morire di una serie di gravi patologie, rispetto a tutte le altre categorie di lavoratori.

È impossibile per Adler fronteggiare malattie causate principalmente da fattori socio-economici, «se il raggio del medico si limita all'individuo malato, se il paziente ottiene la diagnosi, riceve la medicina o consigli medici e ritorna nel luogo dove la morte sta in agguato» (1, p. 83).

È, invece, necessario agire con una serie di misure preventive: «la creazione di laboratori sartoriali indipendenti, separati dall'abitazione del mastro. [...] l'introduzione del giorno lavorativo normale, l'estensione dell'ispezione di fabbrica a tutte le aziende, la diffusione dell'assicurazione contro gli infortuni nel comparto sartoriale, come la creazione dell'assicurazione contro la disoccupazione e una pensione di vecchiaia sufficiente [...] ispettori di fabbrica con una formazione medica e, infine, agire promuovendo abitazioni più salubri e una migliore alimentazione» (1, p. 83).

«Oggi un medico non può più rifiutare una simile visione che indaga l'essere umano con le sue sofferenze fisiche non come prodotto singolo ma come prodotto sociale. Anche se la formazione, la posizione e l'agire del medico lasciano poco spazio a questa concezione, egli non può ignorare che da nuove condizioni di vita emergano nuovi problemi anche in medicina. I confini della scienza medica si allargano. Non vediamo più le cause delle malattie in un incontro casuale di agente patogeno e uomo, ma perlustriamo il campo di battaglia del mondo del lavoro alla ricerca di feriti e cadaveri il cui numero è imposto da grandi leggi economiche. Cresce l'ambito dell'eziologia medica e produce frutti di cui lo scetticismo della medicina ufficiale resta ignaro. Da parte dei medici si avanzano sollecitazioni che si incontrano con i desideri dei lavoratori e con le proposte di uomini di stato in materia di igiene pubblica. Soltanto in questo ambito può crescere una terapia promettente delle malattie sociali» (1, p. 74).

Dopo circa 4 anni, Adler pubblica una serie di quattro articoli nel giornale di categoria "Aerztliche Standeszeitung"².

Nel primo di questi articoli, "La penetrazione delle forze sociali nella medicina" [2], Adler narra la rivoluzione che in ambito scientifico è stata compiuta tramite l'invenzione del microscopio e la scoperta dei microrganismi patogeni.

Ciò ha permesso di produrre non solo cure efficaci, ma principalmente la prevenzione delle malattie infettive.

² La traduzione da questi articoli è stata curata dall'autore a partire dalla versione inglese.

«Lungo questa strada, che rivela le condizioni necessarie per l'esistenza dei parassiti, l'igiene scopri un principio comune a tutte le malattie, la miseria sociale.

Quindi la scienza medica progredì laddove dovette confrontarsi con la miseria sociale, che dovette forzatamente essere presa in considerazione per riuscire a combattere contro le malattie» (2, pp. 16-17).

Il giovane Adler si lamenta del fatto che lo stato non agisce prontamente, proponendo vigorosamente delle soluzioni sociali per la prevenzione delle malattie causate dalla miseria, e conclude dicendo «non siamo folli! [...] Perché non è possibile fare anche in questo caso ciò che è stato fatto per altre malattie infettive quali colera, pestilenza, lebbra e vaiolo?» (2, pp. 16-17).

Nei successivi articoli il fondatore della Psicologia Individuale propone di istituire una cattedra accademica e un corso per la medicina sociale, nell'ottica interdisciplinare di promuovere studi, sia teorici che applicati, che permettano di formare medici che possano attivamente confrontarsi sui temi sociali con le autorità sanitarie. «Igiene, statistica e l'economia nazionale in alleanza con la medicina potranno suggerire la via da seguire verso pregevoli obiettivi per la nazione» (3 pp. 19-21).

Infine, in "Aiuto dello Stato o auto-aiuto", vista l'inanizione dello stato e la farraginosità delle burocrazie, Adler asserisce che «aspettarsi un aiuto da parte dello stato sarebbe utopico, se non folle. La professione medica deve plasmare il suo futuro solo con l'utilizzo dei suoi poteri» (4, pp. 28-30).

Nel successivo lavoro, "Il medico come educatore" [5]³, prima pubblicazione dove appaiono temi di ordine psicologico, Adler tratta numerosi temi che approfondirà negli anni a venire. In particolare, egli coglie l'importanza delle teorie di Freud rispetto all'importanza delle dinamiche infantili nello sviluppo delle nevrosi, ma a differenza di quest'ultimo, ne enfatizza maggiormente non tanto i possibili sviluppi in ambito clinico, quanto l'importanza del concepire una teoria dell'educazione, informata da una relativa teoria della personalità, che promuova la salute mentale e che permetta di correggere precocemente gli squilibri ereditati dall'infanzia. «Se il medico come educatore ha una responsabilità nella prevenzione fisica, ciò ha anche uno spazio nella prevenzione psicologica [...] non trattare e curare il bambino malato, ma proteggere il bambino sano dalle malattie è la logica e nobile sfida della scienza della medicina» (5, pp. 32-39).

Per Adler «tutta la psicologia individuale è una psicologia sociale, in quanto non solo pone l'accento sul valore e la natura sociale dell'uomo, ma si interessa anche delle applicazioni pratiche della teoria psicologica alla società [...]. L'isolamento, il pregiudizio e altre forme di ostilità spesso esprimono la mancanza di sentimento sociale.

³ La traduzione da questo articolo è stata curata dall'autore a partire dalla versione inglese.

Sono modi inadeguati per aumentare l'autostima e vi si fa ricorso, in particolare, in presenza di accresciuti sentimenti d'inferiorità.

Di conseguenza gli individui che, come gruppo, sono esposti a circostanze particolarmente sfavorevoli sono i più inclini a esprimere tratti ostili di ogni sorta, poiché è più facile che in loro si accrescano i sentimenti di inferiorità [...]. Gli psicologi devono [di conseguenza] impegnarsi per modificare le condizioni sociali che tendono ad aumentare il senso di inferiorità» (19, pp. 504, 509) e al contempo favorire lo sviluppo armonico del sentimento sociale.

Adler dedicò la sua vita a questo scopo, elaborando una teoria fruibile sia in senso clinico che in ottica preventiva, rivolta non solo ai clinici, ma anche ad educare i cittadini e a formare gli insegnanti. In linea con ciò, su base volontaria, egli promosse e coordinò l'attività di ben 28 centri per il counseling educativo (attivi nel 1929), partecipando direttamente a sette di essi. In questi centri educatori e medici collaboravano a stretto contatto. «Un aspetto unico di questi centri era che le sessioni a scopo didattico erano condotte davanti a un pubblico composto principalmente da insegnanti, ma anche da altre persone interessate.

Si presumeva che ciò avesse un benefico aggiuntivo in quanto suggeriva al bambino che le sue difficoltà non fossero solo una questione privata, ma una questione di interesse pubblico. Le sessioni iniziavano con un insegnante che richiedeva il counseling, descrivendo il caso. A ciò seguiva un colloquio con il genitore. Infine, il ragazzo, che fino a quel momento aveva aspettato fuori, veniva fatto entrare» (18, pp. 55-56)⁴.

Adler ispirò anche alcuni insegnanti che trasformarono dal 1932 al 1935 una scuola pubblica di circa 1.000 bambini, ubicata in un quartiere operaio, nella "Scuola Sperimentale di Psicologia Individuale Birnbaum" [18].

Di seguito vengono riportate alcune citazioni da lavori di Alfred Adler, a sostegno delle tesi sopra delineate, che mettono in luce come l'accentuarsi del sentimento di inferiorità, il deficit di sentimento sociale e l'eccesso di volontà di potenza siano da mettersi in relazione a fattori ambientali di carattere socio-economico e culturale, e debbano conseguentemente essere affrontati in un'ottica preventiva.

«Lo psicologo onesto non può ignorare quelle condizioni sociali che costringono il bambino a crescere come se visse in un territorio nemico, impedendogli di divenire parte della comunità e di sentirsi a suo agio nel mondo. È suo dovere lottare contro il nazionalismo [...] contro le guerre di conquista, la vendetta e il prestigio, contro la disoccupazione che getta la gente nello sconforto e contro ogni altro ostacolo allo

⁴ La traduzione da questo articolo è stata curata dall'autore a partire dalla versione inglese.

sviluppo del sentimento sociale nella famiglia, nella scuola e più in generale nella società» (10, p. 513).

«Ci dovremmo impegnare per l'accrescimento e il rafforzamento di quelle influenze ambientali che rendono difficile a un bambino elaborare un erroneo significato della vita e la conseguente formazione di un altrettanto errato stile di vita» (11, p. 513).

«Le difficoltà a guadagnarsi da vivere, le cattive condizioni di lavoro, le inadeguate attrezzature educative e culturali, una esistenza triste e la continua irritazioni sono le cause responsabili di un aumentato sentimento di inferiorità [...]. Nell'anima del gruppo si riflettono le impressioni positive e negative che gli individui hanno ricevuto nell'infanzia; il modo con cui è stato coltivato e intensificato il sentimento sociale oppure la sua crescita limitata e interrotta, stabilisce la direzione che verrà presa dal gruppo» (8, pp. 511-512).

«La stadio attuale della nostra cultura e della nostra consapevolezza permette ancora che prevalga il principio del potere» (7, p. 516).

«La rotta [tracciata dalla Psicologia Individuale] rivela come opera demoniaca la lotta per il potere, che ovunque è stata lasciata libera a scapito, o intelligentemente abusando, dell'immortale sentimento sociale dell'umanità. Percepire l'essere umano alla nostra maniera significa trarlo fuori dalla malata, concitata ma impotente, lotta per divenire simile a Dio e riportarlo all'imperturbabile logica della vita sociale umana, del sentimento sociale» (6, p. 41).

«Il sentimento sociale [...] è soffocato e non sembra avere la forza necessaria per vincere le resistenze che gli si oppongono. Ci aspettiamo, a buon diritto, che in un lontano domani esso abbia questa forza. Quel giorno l'uomo respirerà sentimento sociale come oggi respira l'aria che lo circonda» (9, p. 167).

VI. *Il ruolo nel mondo dello psicoterapeuta adleriano oggi*

Se Adler potesse rinascere oggi, a fronte delle evidenze presentate nella prima sezione sui determinanti di salute mentale, ritrovandosi in una società senza limiti, che continua a spingere l'acceleratore di fronte al collasso ecologico e sociale... cosa direbbe di questo mondo? Che cosa farebbe? Dove investirebbe primariamente le sue energie?

Trascorrerebbe le sue giornate in studio a curare i pazienti delle classi più abbienti o lavorerebbe in trincea nelle periferie, in particolare nell'ambito della prevenzione? Andrebbe in macchina al lavoro oppure si muoverebbe in bicicletta, scendendo magari in piazza fra i ragazzi di Fridays for Future e i partigiani della decrescita, cercando di costruire un mondo migliore?

Non avremo mai una risposta a questa domanda, ma rispetto all'eredità che Adler ci ha lasciato, si può asserire che essere clinici adleriani significa non soltanto curare con

la tecnica della psicoterapia i feriti sul campo di battaglia, ma al contempo, evitando di farci usare dal sistema socio-economico come inconsapevoli macchine di ri-adattamento sociale, cercare di curare un mondo sempre più malato. Non rinunciare a pensare il sociale ed il politico, dentro e fuori dal setting clinico. Ed agire di conseguenza, come terapeuti e come cittadini, ognuno secondo le sue possibilità.

VII. *Caso clinico: Paul, pensare il sociale dentro e fuori la stanza*

A) *Presentazione del caso*

Paul si presenta per la prima volta presso il Centro Fanon il 20 Maggio del 2015. Ha 27 anni e proviene dalla Repubblica Democratica del Congo. È arrivato in Italia nel 2013. È richiedente asilo, in attesa del verdetto della Commissione Territoriale e vive in un centro di accoglienza a Torino. L'operatrice che cura l'invio al centro me lo descrive come "molto cortese ed educato", ma al contempo come "una pentola a pressione che vive in un perenne stato di ansia e confusione, faticando a gestire le situazioni di stress".

Ad una più accurata anamnesi il paziente riferisce che, oltre ai sintomi sopra descritti, soffre anche di una severa cefalea ed insonnia. Sono, inoltre, presenti dei flashback molto disturbanti dove il paziente rivive davanti ai suoi occhi alcune esperienze traumatiche e di tortura vissute nel paese di origine. Le stesse esperienze sono sovente rivissute sotto forma di incubi e di pensieri intrusivi. Il paziente è molto angosciato e teme di diventare "pazzo". Al fine di lenire l'ansia derivante da tale sintomatologia e riuscire ad addormentarsi egli riferisce che da tempo beve dell'alcool.

Iniziamo il percorso al Centro Fanon. È necessario, inizialmente, per diminuire il livello di ansia e insonnia, la prescrizione di un farmaco ipnoinducente e antidepressivo a basse dosi (Laroxyl 7 gtt/nocte). Contestualmente viene portato avanti un percorso di psicoterapia a cadenza settimanale che durerà circa un anno e mezzo. A partire dai sintomi più disturbanti, i flashback delle esperienze di tortura vissute in prigione, ripercorriamo la storia del paziente, quella del suo paese e la migrazione, oscillando fra diversi livelli: individuale, familiare, sociale, storico e politico.

Paul sino al 2010 ha vissuto a Kinshasa con la sua famiglia. È il quarto di sei fratelli, nello specifico tre maschi e tre femmine. Nel 2006 egli termina gli studi superiori ed in seguito consegue una laurea in ambito umanistico. Sempre nel 2006 comincia la sua militanza politica, diventando membro del partito UDPS (Unione per la Democrazia e il Progresso Sociale), uno dei principali partiti di opposizione in Repubblica Democratica del Congo.

Dal 2007 Paul comincia a partecipare, insieme ad un collettivo di studenti provenienti da diverse università, ad alcune marce di protesta contro "la dittatura" del governo del presidente Joseph Kabila e del suo partito, richiedendo maggiore democrazia e libertà

di espressione, sicurezza e pace nel paese, nonché azioni a livello sociale per tutelare i diritti delle persone più svantaggiate.

Paul organizza e interviene in più seminari su questi temi ma purtroppo, dopo una conferenza, viene arrestato insieme ad alcuni compagni e portato in prigione. Vi rimane circa una settimana e, per tutto questo periodo, viene sottoposto a gravi e ripetute torture di tipo fisico e psicologico. In seguito viene rilasciato, ma temendo ulteriori ripercussioni, anche sotto l'insistente spinta dei famigliari, decide di partire per l'Europa.

Il percorso terapeutico è difficile. Condivido insieme a Paul il dolore e la terribile impotenza rispetto alle atrocità che ha vissuto, la sua domanda di senso sul perché l'essere umano possa fare certe cose ai suoi simili ("perché?"). Lentamente riesce ad emergere la profonda rabbia rispetto alle ingiustizie che ha subito, verso i suoi aguzzini, nonché rispetto alle atrocità che continuano ad essere perpetrate nel suo paese. I sintomi si fanno più flebili. Le angosce, l'impotenza, la colpa rispetto alla situazione della famiglia (un genitore è molto malato in Congo) si fanno parlare.

Arriva finalmente l'asilo politico che assicura la possibilità di un futuro altro. In qualche maniera il passato assume una forma maggiormente significabile e il paziente si radica sempre più nel presente, in una situazione di quasi normalità. Il percorso va verso una sua conclusione, anche se vi sono probabilmente ancora alcuni nodi irrisolti. Le sfide della vita sono però tante e le energie portano Paul altrove. Dopo alcuni appuntamenti mancati, provo a cercarlo telefonicamente, ma non ho successo. Confido comunque che stia bene. E così sarà.

Mi ricontattata circa sei anni dopo, nel Maggio del 2022. È molto agitato. Mi racconta di essere appena uscito dal pronto soccorso, dove è stato portato in ambulanza per un grave attacco di panico. Ora dopo aver ricevuto degli ansiolitici è più calmo. Lo vedo in ambulatorio il giorno seguente. È molto agitato, più di quando lo incontrai la prima volta. La sua vita da quando ci siamo lasciati è proceduta al meglio. Si è sposato con una donna africana e hanno avuto una figlia. Entrambi lavorano con un contratto a tempo indeterminato in ambito sanitario. Sta, inoltre, frequentando un corso di laurea online grazie ad una borsa di studio.

Paul mi spiega che la sua crisi ha a che fare con il lavoro. Egli, nel corso del periodo del lockdown, ha segnalato in una chat di lavoro una serie di malpratiche portate avanti dall'amministrazione, sia rispetto agli utenti che ai lavoratori, cercando di spronare i colleghi ad adoperarsi per risolvere tali ingiustizie. Tali dinamiche hanno portato ad una causa legale e, rispetto a ciò, egli riferisce di avere subito severo mobbing da parte del datore di lavoro, in un contesto di conflittualità crescente.

Il datore di lavoro vorrebbe spostarlo di servizio, ma Paul non vuole. Si sente vittima di una profonda ingiustizia e non vuole perdere la battaglia nei confronti di questo nuovo "aguzzino".

L'ansia non passa e vi è una contestuale depressione dell'umore. Il paziente viene preso in carico dal Centro di Salute Mentale di zona e viene instaurata una robusta terapia ansiolitica, nonché reinserito il farmaco antidepressivo assunto in passato. Nel frattempo, data la gravità del quadro clinico, il paziente non può lavorare e trascorre un lungo periodo di mutua.

Nel corso dei colloqui emerge chiaramente come l'attuale problematica vissuta al lavoro (punizione per aver denunciato delle ingiustizie) di fatto abbia riaperto una voragine rispetto alle esperienze traumatiche occorse nel paese d'origine, che ricalcano simili dinamiche. La scelta di rimanere e combattere, rischiando la propria vita (o la salute mentale nel presente) o fuggire.

Le esperienze di alcuni amici in Congo che hanno deciso di combattere e che non ci sono più. C'è però un elemento di diversità rispetto al passato: tutto ciò avviene in un contesto che il paziente viveva come sicuro, l'Europa, patria dei diritti e della democrazia. Riecheggia implicitamente anche qui nelle parole del paziente sempre la stessa domanda: "Perché? Anche qui..."

Il percorso prosegue. Paul connette dinamiche passate e presenti. Sta gradualmente meglio. Comprende e si interroga sul suo, per certi versi rigido, bisogno di giustizia e vittoria a tutti i costi, su che cosa sta sacrificando per questa sua battaglia. Capisce che può scegliere di ritirarsi da un campo di battaglia se non ha più le energie per combattere e per vincere, senza perdere la guerra, come facevano i partigiani combattendo il nazifascismo.

Poi potrà ritrovare le forze, mutare strategie e "giocare le sue carte" in altre battaglie. Vorrebbe licenziarsi e cercare un altro lavoro. Mi spiega che però non può, perché a breve terminerà il contratto di affitto e la sua famiglia è obbligata a cambiare casa. Stanno cercando, ma è praticamente impossibile trovare casa in affitto a Torino per uno straniero e non può quindi permettersi di perdere il contratto a tempo indeterminato.

Conosco bene il problema. Due mie altre pazienti rifugiate della Costa d'Avorio, che cercano casa per portare avanti il ricongiungimento con le figlie rimaste al paese d'origine, mi descrivono la stessa situazione. Cerco di contattare alcune associazioni che supportano gli stranieri per la ricerca della casa, ma anch'essi mi rispondono che è difficilissimo trovare proprietari disponibili ad affittare a stranieri, seppure in città risulti la presenza di circa 50.000 alloggi sfitti e vi siano delle agevolazioni da parte del comune per chi affitta a persone in situazione di svantaggio socio-economico [38].

Dopo qualche colloquio Paul mi racconta di essere stato fortemente discriminato durante un colloquio telefonico da parte di un'agenzia immobiliare. Al telefono non si accorgono del suo essere straniero e gli dicono che avrebbero disponibilità di un alloggio per la sua famiglia.

Quando però racconta di essere del Congo, la persona dell'agenzia gli chiede se il paese si trovi in Asia. Lui risponde che il Congo si trova in Africa. La persona dell'agenzia, confusa, gli chiede allora "mah, hai la pelle bianca o nera"? Lui risponde ovviamente che è nera.

La telefonata si chiude velocemente. Dopo quindici minuti la ragazza richiama dicendo che purtroppo l'alloggio non è più disponibile. Un amico italiano passerà, però, il giorno dopo in agenzia e gli diranno che alloggi disponibili ve ne sono ancora.

Dopo un lungo e profondo silenzio, Paul fa risuonare nuovamente quella sua domanda: "Perché?"... Io non so rispondere. Stiamo in silenzio per un po' e poi proviamo a rifletterci insieme.

Per me diventa la goccia che fa traboccare il vaso. Dopo qualche seduta, dove mi confronto con la sofferenza psichica di vari miei pazienti le cui storie a causa di questa questione dell'abitare, invece di migliorare, vanno in cortocircuito, dopo un periodo di riflessione, nonché di confronto con i colleghi, decido di portare questa faccenda al di fuori del nostro ambulatorio. Scrivo, con il consenso dei pazienti, una lettera di denuncia che viene pubblicata sul sito dell'associazione Fanon e che viene ripresa dal quotidiano la Repubblica [16, 37].

Nella seduta successiva alla pubblicazione dell'articolo, Paul mi dice di aver letto ben cinque volte il mio articolo, di essersi arrabbiato come non mai e, poco dopo, mi confessa di aver pensato che avrebbe potuto cercare di fare politica qui in Italia, come Aboubakar Soumaoro. Poi mi ringrazia più volte. Io ribadisco che non ho fatto altro che dare voce al suo coraggio nell'affrontare e non arrendersi di fronte alle ingiustizie. Lui mi risponde che però è stata mia "la penna" e che "io ho avuto il coraggio di metterci la faccia".

Risponderà al mio appello la presidente di una cooperativa sociale che nel giro di qualche mese riesce miracolosamente a trovare una casa in affitto per Paul e la sua famiglia. Pochi giorni dopo aver firmato il contratto Paul si licenzia e trova un simile lavoro presso un altro ente.

Da quel momento la situazione clinica ritorna repentinamente alla normalità e in poco tempo vengono interrotti i farmaci di cui il paziente non ha più bisogno. Sebbene nel tempo vi fossero stati notevoli miglioramenti, fino a quel momento il sonno era ancora disturbato, i pensieri intrusivi e l'ansia presenti, e i tentativi di scalare i farmaci erano falliti.

Ora Paul è diventato referente del suo servizio e nelle ultime sedute, con tutt'altro clima, discutiamo delle difficoltà di stare in una situazione di potere, degli oneri e degli onori che ciò comporta per lui. Nel corso di una conversazione Paul mi racconta di quanto lo spazio del Fanon sia importante per lui: "C'est un lieu où je viens pour combattre les injustices" ("è un luogo dove vengo per combattere le ingiustizie").

B) *Analisi del caso*

La situazione clinica non risulta difficile dal punto di vista della sua comprensione psicopatologica. Da un punto di vista della diagnosi categoriale, tale quadro verrebbe facilmente inquadrato in un Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD) secondo il DSM 5, mentre dal punto di vista psicodinamico il paziente presenta di fatto una struttura di personalità di tipo nevrotico.

Come lavorare, invece, con ciò che noi definiamo appunto “trauma”? E dove sta il trauma in questa storia? [86]. È innegabile la presenza di multiple esperienze traumatiche nel paese d’origine, ma rispetto in particolare alla seconda parte della terapia con il sig. Paul, sembra che siano le esperienze traumatiche che avvengono nel paese ospite a far precipitare il quadro clinico, quali l’esperienza di mobbing e l’impossibilità a trovare una abitazione in affitto in relazione al razzismo diffuso.

Come l’antropologo Allan Young ben ha descritto [90], e come è confermato da una serie di recenti ricerche epidemiologiche [48], la diagnosi di PTSD spesso ci porta a ben vedere le ferite che i rifugiati riportano nei paesi d’origine, ma offusca la vista rispetto alle problematiche sociali e politiche che si palesano nei paesi ospiti, condizioni che ci mettono spesso in discussione come clinici e come cittadini e che vanno a far parte del bagaglio che sostiene movimenti transferali e controtransferali.

Rispetto al tema di questo articolo emergono una serie di considerazioni, rispetto all’agire dentro e fuori la stanza.

È importante, in linea con il pensiero di Adler, laddove nel nostro lavoro emerge con chiarezza l’effetto nocivo per la salute mentale di fattori sociali-economici, agire anche nella realtà fuori dalla stanza, nell’ottica di cercare di risolvere tali problematiche e prevenire simili situazioni future, come clinici e come cittadini adleriani.

Tuttavia, tale pratica risulta complessa da un punto di vista della teoria della tecnica. Se credo vi possa essere un accordo rispetto all’adoperarsi in generale verso la risoluzione di pratiche che vengono elicitate nel corso della clinica – si veda per esempio la mobilitazione politica promossa da Miguel Benasayag nel caso della cosiddetta “chasse aux enfants” (caccia ai bambini) [24]- più delicato è, invece, ciò che è stato fatto nel presente caso clinico, perché la denuncia, seppure in forma anonima ed indiretta, ha coinvolto alcuni pazienti in cura.

In un contesto di tipo analitico classico, l’atto di denuncia portato avanti potrebbe essere visto come un agito da parte del clinico, il quale non riesce a tollerare e contenere l’impotenza e la frustrazione del paziente, a “digerirla” per poter aiutare anche il paziente a farlo. Dall’altra parte, come nel contesto antropologico è stato teorizzato dalla cosiddetta antropologia critica, laddove vengano osservate nell’ambito di una ricerca etnografica gravi violazioni dei diritti umani, non sarebbe etico non agire per arginare tali pratiche [73], similmente credo possa essere argomentato per la psicoterapia.

Il rischio di portare avanti un agito va tuttavia preso in considerazione. Dall'altra parte, non potrebbe essere considerato una sorta di agito il non fare nulla, trincerandosi dietro costrutti teorici e tecnici, rimuovendo i nostri pensieri e affetti come clinici rispetto a situazioni come quella di Paul, di fatto rendendoci complici di ciò che accade? Fare qualcosa, uscire dalla stanza, ci espone e modifica la relazione. Il terapeuta che prende parola acquisisce maggiore potere, a scapito del paziente, come si evince dal commento su chi ha firmato la lettera e "messo la faccia".

Sarebbe in generale più proficuo promuovere una presa di parola da parte del paziente, ma ciò non sempre è fattibile, sia rispetto alla fragilità dei pazienti, sia rispetto ai rischi nel portare avanti una denuncia senza la possibilità di garantire l'anonimato. Lo sbilanciamento di forze e potere tuttavia, se da una parte vede la gratitudine del paziente, può muovere a livello inconscio anche delle parti aggressive verso il terapeuta. D'altra parte la presa di parola del terapeuta può, invece, favorire quella del paziente. A riguardo Paul, nel corso delle ultime sedute, mi dice che prima o poi scriverà un libro per raccontare la sua storia.

Il caso di Paul parla anche del potere curativo del prendere parola in uno spazio pubblico. È da tempo noto, nell'ambito della psichiatria culturale e dell'etnopsichiatria, la presenza non solo di un transfert/controllotransfert di tipo culturale, ma anche del cosiddetto "controllotransfert sociale", il quale si costruisce a partire dalle esperienze sociali e dalle persistenti e routinizzate forme di ingiustizia sociale [57].

Seppure, non sia di fatto necessaria un'azione fuori dalla stanza per riflettere su tali dinamiche, la situazione clinica sopra delineata mostra come il prendere una parte e promuovere un'azione riparatrice rispetto ad un'ingiustizia, abbia potuto limitare il transfert sociale di tipo negativo.

Dall'altra parte ciò ha permesso di mettere in atto propriamente da parte del terapeuta dei «movimenti controtransferali consapevoli, attivi e culturalmente appropriati (controllotransfert di base)» (72, p. 57), utilizzando un controllotransfert incoraggiante che, a partire dal sentimento sociale dell'analista, ha promosso un processo di incoraggiamento empatico [71].

Lo stare del terapeuta nell'impotenza e nel proprio sentimento di inferiorità (sia rispetto alle esperienze traumatiche nel paese d'origine che in Italia) e la soluzione creativa trovata, che mette in dialogo sentimento sociale e volontà di potenza, ha probabilmente permesso al paziente una simile dinamica, ovvero di entrare a contatto con la propria parte fragile, nonché con la parte arrabbiata.

Ciò ha promosso una significazione delle esperienze traumatiche verso il lato utile della vita, portando a immaginare di poter combattere le ingiustizie portando avanti un percorso nel mondo della politica, oppure scrivere un libro, riattivando in questo senso sia il sentimento sociale che l'aspirazione all'autoaffermazione del paziente.

Infine, è noto che quando si ha a che fare con traumi che si intersecano con una dimensione sociale, storica e politica -basti pensare all'olocausto- diventa fondamentale il ruolo delle politiche della memoria [27]. In questo senso poter denunciare in uno spazio politico le ingiustizie che Paul ha vissuto diventa un piccolo tassello nella costruzione di una memoria Altra possibile, sia per il paziente che per la società, nonché per il clinico, il quale rischia altrimenti di trovarsi costretto a portare in solitudine il fardello di una Storia mai parlata.

Bibliografia e sitografia

1. ADLER, A. (1898), *Gesundheitsbuch für das Schneidergewerbe*, tr. it. *Manuale per la salute dei sarti*, Dialoghi Adleriani III, 6: 72-88.
2. ADLER, A. (1902), Das Eindringen sozialer Triebkräfte in die Medizin, *Aerztl. Standeszeitung* (Vienna), 1(1): 1-3, tr. ingl. The penetration of social forces into medicine, *The Collected Clinical Works of Alfred Adler Volume 2, The Classical Adlerian Translation Project*, Bellingham 2002.
3. ADLER, A. (1902), Eine Lehrkanzel für soziale Medizin, *Aerztl. Standeszeitung* (Vienna), 1(7): 1-2, tr. ingl. A chair for social medicine, *The Collected Clinical Works of Alfred Adler Volume 2, The Classical Adlerian Translation Project*, Bellingham 2002.
4. ADLER, A. (1903) Staatshilfe oder Selbsthilfe?, *Aerztl. Standeszeitung* (Vienna), 2(21): 1-3, tr. ingl. State help or self-help?, *The Collected Clinical Works of Alfred Adler Volume 2, The Classical Adlerian Translation Project*, Bellingham 2002.
5. ADLER, A. (1904) Der Arzt als Erzieher, *Aerztl. Standeszeitung* (Vienna), 3(13): 4-6, tr. ingl. The physician as educator, *The Collected Clinical Works of Alfred Adler Volume 2, The Classical Adlerian Translation Project*, Bellingham 2002.
6. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen charakter*, tr. it. *Il carattere dei nevrotici*. Compendio di Psicologia Individuale e di Psicoterapia, Newton Compton, Roma 2008.
7. ADLER, A. (1918), Bolschewismus und Seelenkunde, *Int. Rundschau*, 4: 597-600, tr. it. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1997), *La psicologia individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze.
8. ADLER, A. (1925), Salvaging mankind by psychology, *The New York Times*, Sept 20, p. 12, tr. it. in ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1997), *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze.
9. ADLER, A. (1933) *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della Vita*, Newton Compton, Roma 1997.

10. ADLER, A. (1933), Die Formen der seelischen Aktivität, ein Beitrag zur individualpsychologischen Charakterkunde, *Ned. Tijdschr. Psychol.*, 1:229-235.
11. ADLER, A. (1934), Zur Massenpsychologie, *Int. Z. Individual Psychol.*, 12: 133-141, tr. it. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1997), *La psicologia individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze.
12. AILLON, J. L. (2013), *La decrescita, i giovani e l'utopia. Comprendere le origini del disagio per riappropriarci del nostro futuro*, Edizioni per la Decrescita Felice, Roma.
13. AILLON, J. L., BESSONE, M., BODINI, C. (2019), *Un nuovo mo(n)do per fare salute: le proposte della Rete Sostenibilità e Salute*, Celid, Torino.
14. AILLON, J. L., D'ALISA, G. (2020), Our Affluence Is Killing Us: What Degrowth Offers Health and Well-Being, in ZYWERT, K. (a cura di), *Health in the Anthropocene: Living well on a finite planet*, University of Toronto Press, Toronto 2020: 306-322.
15. AILLON, J. L., SIMONELLI, B. (2014), Inferiorità e compensazione dai tempi di Adler ai giorni nostri: una prospettiva Culturale, XXIII Congresso Nazionale SIPI, Milano 2012, *Riv. Psicol. Indiv.* 75: 90-97, suppl. relazioni congressuali.
16. AILLON, J. L. (2022), A Torino non ci sono case per gli stranieri: la denuncia e l'appello di un clinico del Centro Fanon, *Associazione Frantz Fanon*, <https://associazionefanon.it/news/a-torino-non-ci-sono-case-per-gli-stranieri/>
17. Analysis by London Health Observatory using Office for National Statistics data 2002-2006. Diagram produced by Department of Health.
18. ANSBACHER, H. L. (1990), Alfred Adler, pioneer in prevention of mental disorders, *Journal of Primary Prevention*, 11(1): 37-68.
19. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
20. BAMBRA, C., RIORDAN, R., FORD, J., et al. (2020), The COVID-19 pandemic and health inequalities, *J. Epidemiol Community Health*, 74: 964-968.
21. BARTOLINI, S. (2010), *Manifesto per la felicità: Come passare dalla società del ben-avere a quella del ben-essere*, Donzelli Editore, Roma.
22. BAUMAN, Z. (2007), *Consuming life*, tr. it. *Consumo, dunque sono*, Laterza, Roma-Bari 2010.
23. BEAGLEHOLE, R., YACH, D. (2003), Globalisation and the prevention and control of non- communicable disease: the neglected chronic diseases of adults, *The Lancet*, 362(9387): 903-908.
24. BENASAYAG, M., DEL REY, A. (2008), *La chasse aux enfants. L'effet miroir de l'expulsion des sans-papiers*, La Découverte, Paris.
25. BENASAYAG, M., SCHMIT, G. (2005), *L'epoca delle passioni tristi*, Feltrinelli Editore, Milano.
26. BENEDUCE, R. (2007), *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma.
27. BENEDUCE, R. (2010), *Archeologie del trauma. Un'antropologia del sottosuolo*, Laterza, Roma-Bari.

28. BOROWY, I., AILLON, J. L. (2017), Sustainable health and degrowth: Health, health care and society beyond the growth paradigm, *Social Theory and Health*, 15: 346-368.
29. CAVALLI SFORZA, L. L. (2004), *L'evoluzione della cultura*, Codice Edizioni, Torino.
30. CIANCONI, P., BETRÒ, S., JANIRI, L. (2020), The impact of climate change on mental health: a systematic descriptive review, *Frontiers in Psychiatry*, 11: 74.
31. COMPTON, M. T., SHIM, R. S. (2015), *The Social Determinants of Mental Health*, American Psychiatric Publishing, Arlington.
32. COMPTON, M. T., SHIM, R. S. (2020), Mental illness prevention and mental health promotion: when, who, and how, *Psychiatric services*, 71(9): 981-983.
33. COSTA G., BASSI, M., CENSINI, G.F., et al. (2014), *L'equità in salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Franco Angeli, Milano.
34. COSTA, G. (2017), La salute disuguale in Italia, *Scienza in Rete*, <https://www.scienzainrete.it/files/Factsheet%20trento.pdf>
35. COSTA, G., STROSCIA, M., ZENGARINI, N., DEMARIA, M. (2017), *40 anni di salute a Torino, spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche*, Inferenze, Milano.
36. COSTELLO, A., ABBAS, M., ALLEN, A., et al. (2009), Managing the health effects of climate change, *The Lancet*; 373(9676): 1693–1733.
37. CRAVERO, F. (2022), Sei bianco o nero? La Torino degli affitti si riscopre razzista. E il Comune reagisce, *La Repubblica*, Torino, https://torino.repubblica.it/cronaca/2022/10/08/news/ma_sei_bianco_o_nero_la_torino_degli_affitti_si_riscopre_razzista_e_il_comune_reagisce-369074819/.
38. DI PACO, L. (2023), Nei prossimi 5 anni 10 mila alloggi sfitti andranno agli universitari, *La Stampa* https://www.lastampa.it/torino/2023/01/12/news/nei_prossimi_5_anni_10_mila_alloggi_sfitti_andranno_agli_universitari-12531668/
39. DOHRENWEND, B. P., LEVAV, I., SHROUT, P. E., et al. (1992), Socioeconomic status and psychiatric disorders: The causation-selection issue, *Science*, 255: 946–952.
40. DOMENIGHETTI, G. (2014), Impatto sulla salute dell'insicurezza quanto al mantenimento del posto di lavoro, *Ricerca e Pratica*, 30(6): 252-260.
41. ECKERSLEY, R. (2006), Is modern Western culture a health hazard?, *International Journal of Epidemiology*, 35(2): 252-258.
42. FISHER, M., FRAN, B. (2010), The social determinants of mental health: implications for research and health promotion, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44 (12): 1057- 1063.
43. FROMM, E. (1955), *The sane society*, tr. it. *Psicanalisi della società contemporanea*, Edizioni di Comunità, Milano 1960.
44. FROMM, E. (1956), *The art of loving*, tr. it. *L'arte di amare*, A. Mondadori, Milano 1963.
45. FROMM, E. (1976), *To Have or to Be?* tr. it. *Avere o essere?*, A. Mondadori, Milano 1977.
46. GALIMBERTI, U. (2007), *L'ospite inquietante*, Serie Bianca Feltrinelli, Milano.

47. HENSHER, M., ZYWERT, K. (2020), Can healthcare adapt to a world of tightening ecological constraints? Challenges on the road to a post-growth future, *BMJ*, 371: m4168 doi:10.1136/bmj.m4168.
48. HYNIE, M. (2018), The social determinants of refugee mental health in the post-migration context: A critical review, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(5): 297-303.
49. INNOCENTI, M. (2022), *Ecoansia: i cambiamenti climatici tra attivismo e paura*. Edizioni Centro Studi Erickson, Trento.
50. JARVIS, E. (1852), On the supposed increase of insanity, *American Journal of Insanity*, 8: 333-364.
51. JAY, M., MAHDANIAN, A. A., TAVAKOLI, E., PURAS, D. (2022), Political abuse of Iranian psychiatry and psychiatric services, *The Lancet*, 400(10367): 1923-1924.
52. JILEK, W.G. (2013), La storia passata della psichiatria culturale (1820-1980), *Rivista di Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, 1(1): 1-22.
53. JOHNSON, J. G., COHEN, P., DOHRENWEND, B. P., LINK, B. G., BROOK, J. S. (1999), A longitudinal investigation of social causation and social selection processes involved in the association between socioeconomic status and psychiatric disorders, *Journal of Abnormal Psychology*, 108(3): 490-499.
54. KANDEL, E. R. (1998), A new Intellectual Framework for Psychiatry, *Am J Psychiatry*, 155 (4): 457-469.
55. KASSER, T. (2002), *The High Price of Materialism*, MIT Press, Cambridge.
56. KING, J. D., ZHANG, S., COHEN, A. (2022), Air pollution and mental health: associations, mechanisms and methods, *Current Opinion in Psychiatry*, 35(3): 192-199.
57. KIRMAYER, L. J. (1995), Versions of intercultural therapy, *Transcultural Psychiatric Research Review*, 32(2): 166-177.
58. KLEINMAN, A. (1978), Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems, *Social Science and Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 12: 85- 93.
59. LANDRIGAN, P. J., FULLER, R., ACOSTA, N. J., et al. (2018), The Lancet Commission on pollution and health, *The Lancet*, 391(10119): 462-512.
60. LATOUCHE, S. (2007), *La scommessa della decrescita*, Serie Bianca Feltrinelli, Milano.
61. LEWER, D., JAYATUNGA, W., ALDRIDGE, R. W., et al. (2020), Premature mortality attributable to socioeconomic inequality in England between 2003 and 2018: an observational study, *The Lancet Public Health*, 5(1): e33-e41.
62. LORANT, V., DELIÈGE, D., EATON, W., et al. (2003), Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis, *American Journal of Epidemiology*, 157(2): 98-112.
63. LORD, W. (1955), *A Night to Remember*, H. Holt and Co, New York.
64. LUND, C., BROOKE-SUMNER, C., BAINGANA, F., et al. (2018), Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews, *The Lancet Psychiatry*, 5(4): 357-369.
65. MEAD, M. (1928), *Coming of Age in Samoa*, Morrow, New York.
66. MUNTANER, C., EATON, W. W., MIECH, R., O'CAMPO, P. (2004), Socioeconomic position and major mental disorders, *Epidemiologic Reviews*, 26(1): 53-62.

67. NAPIER, A. D., ANCARNO, C., BUTLER, B., et al. (2014), Culture and health, *The Lancet*, 384(9954): 1607-1639.
68. PALINKAS, L. A., WONG, M. (2020), Global climate change and mental health, *Current Opinion in Psychology*, 32: 12-16.
69. PICKETT, K., WILKINSON, R. (2010), *The spirit level: Why equality is better for everyone*, Penguin, United Kingdom.
70. QUARANTA, I. (2006), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
71. ROVERA, G. G., GATTI, A. (2012), Linguaggio e comprensione esplicativa, *Riv. Psicol. Indiv.*, 71: 87-128.
72. ROVERA, G. G., LERDA, S., BARTOCCI, G. (2014), Psicoterapia dinamica culturale, *Riv. di Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, 2(1):1-77.
73. SCHEPER-HUGHES, N. (1995), The primacy of the ethical: propositions for a militant anthropology, *Current Anthropology*, 36(3): 409-440.
74. SCHILLING EA, ASELTINE RH, GORE S. (2008), The impacts of cumulative childhood adversity on young adult mental health: measures, models and interpretations, *Soc. Sci. Med.*, 66: 1140-1151.
75. SHIM, R. S., COMPTON, M. T. (2018). Addressing the social determinants of mental health: if not now, when? If not us, who?, *Psychiatric Services*, 69(8): 844-846.
76. SHIM, R., KOPLAN, C., LANGHEIM, et al. (2014), The social determinants of mental health: An overview and call to action, *Psychiatric Annals*, 44(1): 22-26.
77. SILVA, M., LOUREIRO, A., CARDOSO, G. (2016), Social determinants of mental health: a review of the evidence, *The European Journal of Psychiatry*, 30(4): 259-292.
78. STANSFELD, S. A., HEAD, J., FUHRER, R., et al. (2003), Social inequalities in depressive symptoms and physical functioning in the Whitehall II study: exploring a common cause explanation, *J Epidemiol. Community Health*, 57: 361-367.
79. TAUSSIG, M. T. (1980), Reification and the consciousness of the patient, *Social Science and Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 14.1: 3-13.
80. TERZANI, T. (2004), *Un altro giro di giostra*, Longanesi, Milano.
81. TSENG, W. S. (2001), *Handbook of cultural psychiatry*, tr. it. *Manuale di Psichiatria Culturale*, CIC Edizioni Internazionali, Roma 2003.
82. VENTRIGLIO, A., BELLOMO, A., DI GIOIA, et al. (2021), Environmental pollution and mental health: a narrative review of literature, *CNS Spectrums*, 26(1): 51-61.
83. WADSWORTH, M. E., ACHENBACH, T. M. (2005), Explaining the link between low socioeconomic status and psychopathology: testing two mechanisms of the social causation hypothesis, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6): 1146
84. WALLACE, R., WALLACE, R. (2017), Cultural Epigenetics: On the Missing Heritability of Complex Diseases. *Computational Psychiatry*: 37-70.
85. WATTS, N., ADGER, W. N., AGNOLUCCI, P., et al. (2015), Health and climate change: policy responses to protect public health, *The Lancet*, 386(10006): 1861-1914.
86. WORLD HEALTH ORGANISATION (1946), *Constitution of the World Health Organization*.
87. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008), *Closing the gap in a generation:*

health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health.

88. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2018), *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks.*

89. WORLD HEALTH ORGANIZATION AND CALOUSTE GULBENKIAN FOUNDATION (2014), *Social determinants of mental health.*

90. YOUNG, A. (1997), *The harmony of illusions: Inventing post-traumatic stress disorder*, Princeton University Press, Princeton.

91. ZOJA, L. (2004), *Storia dell'arroganza: psicologia e limiti dello sviluppo*, Moretti e Vitali, Bergamo.

92. ZOJA, L. (2013), *Utopie minimaliste: Un mondo più desiderabile anche senza eroi*, Chiarelettere Editore, Milano.

Jean-Louis Aillon
Fr. Excenex-meylan 1
I-11100 Aosta
E-mail: jean.84@libero.it