

IFPS Forum Madrid 2022

20 October 2022

Fabio Vanni

**Una terza via per la presenza sociale della clinica
e della cultura psicoanalitica**

Vorrei proporvi una esplorazione del binomio pubblico-privato in psicoanalisi a partire dall'incrocio di alcune prospettive. Diverse traiettorie, diversi sguardi che illuminano parti della realtà che viviamo e, come sempre accade, ne lasciano in ombra altre. Introduciamo poi all'interno di questo scenario il tema della cura per indicarne una forma, una declinazione, che riteniamo essere sintonica con lo scenario descritto.

La prima prospettiva riguarda la *singularità-generalità*.

La psicoanalisi, e in generale la psicoterapia, nascono dall'incontro fra un terapeuta e un paziente ove il focus era sul mondo interno del paziente. Come sappiamo per Freud l'analista era uno specchio che rifletteva ciò che il paziente portava e non entrava nel suo mondo se non con i comportamenti tecnicamente orientati dalla teoria che man mano, induttivamente e per accumulo di dati clinici lo psicoanalista e la sua comunità scientifica costruivano sull'essere umano. Il cd. *junktin* o legame inscindibile clinica-teoria.

Possiamo considerare questo sviluppo, dal particolare al generale e viceversa, come una opzione epistemologica legata a quel tempo che voleva consentire di collocare la singularità di quel soggetto all'interno di leggi generali che regolavano la sua psiche. Ciò avrebbe consentito di annoverare la psicoanalisi fra le scienze, anche se non ancora fra le scienze naturali, come Freud avrebbe voluto.

La seconda prospettiva riguarda la linea *sconosciuto-conosciuto*.

Una dimensione interessante di questa traiettoria di pensiero era che l'intimo, il profondo della mente, addirittura ciò che alla mente cosciente sfugge, l'inconscio, e quindi quanto di più privato, anche a sé stessi potremmo dire, l'individuo porti con sé, trovava una collocazione all'interno di una teoria generale dell'apparato psichico e come tale entrava a far parte di una cultura dell'umano portata alla conoscenza del mondo.

Teorizzare la presenza della sessualità nel comportamento infantile o la presenza di significati inconsci nei sogni o negli atti mancati era possibile e credibile se queste affermazioni potevano essere annoverate nell'ambito della scienza e in tal modo, come sappiamo, poterono

influenzare potentemente la cultura del '900 nonché costituire il retroterra teorico delle pratiche terapeutiche che hanno dato il là a tutta la cura psichica che ancora oggi praticiamo.

Ma c'è una terza accezione di questa prospettiva che si sviluppa in chiave storica e che potremmo sintetizzare nel binomio *studi privati-servizi pubblici*.

Per Freud e per i suoi coevi la pratica terapeutica era una pratica privata nel senso che si svolgeva nei loro studi professionali e seguiva le regole della comune pratica medica. Già in quell'epoca naturalmente erano presenti luoghi pubblici di cura delle malattie mentali, di solito gli Ospedali Psichiatrici, che erano riservati alle gravi psicopatologie.

Se proviamo a tratteggiare lo sviluppo che ha avuto nel tempo questo binomio privato-pubblico potremmo osservare come siano rimasti presenti entrambi questi luoghi sociali nelle differenti parti del mondo, naturalmente con le dovute differenze anche legate alle diverse culture della cura. Se prendo ad esempio il mio paese la cura psichica è certamente rimasta un patrimonio dei servizi pubblici che in Italia sono stati pressoché completamente deospedalizzati per opera della riforma Basaglia del 1978, ma è rimasta altresì presente una proposta di natura professionale privata sia di carattere psicoterapeutico che psichiatrico che inerente altre pratiche di cura della mente che anzi oggi appare viepiù rilevante e con caratteri in parte innovativi come vedremo. I due mondi viaggiano alquanto paralleli pur insistendo naturalmente sugli stessi territori e non occasionalmente con gli stessi pazienti.

Una quarta prospettiva di analisi riguarda la configurazione dei due sistemi presenti nella cura: paziente e curante. Se pensiamo a Freud e a gran parte della tradizione psicoterapeutica e inerente in generale la cura psichica possiamo rilevare come per la gran parte del secolo scorso l'ideale e la pratica concreta della cura fosse praticata dal singolo professionista. Poche erano le esperienze di condivisione della funzione terapeutica che era pensata come fundamentalmente afferente alla singolarità del professionista psicoterapeuta che si collocava nel suo studio, in forma in fondo non troppo dissimile da quanto facesse un avvocato o un architetto. Non così nel servizio pubblico dove, quasi all'opposto, il paziente era, soprattutto in ambito ospedaliero, paziente di un reparto o di un servizio prima di essere paziente di un terapeuta specifico.

Ma anche sul versante del paziente la domanda di cura riguardava il singolo e perfino quando ci si occupava di bambini o di adolescenti per buona parte del '900 abbiamo assistito ad una marginalizzazione delle figure genitoriali dal setting psicoterapeutico.

Osserviamo oggi uno scenario assai diverso. Almeno nel mio paese dove, come ricordavamo poc'anzi, la cura psichica non avviene in contesti ospedalieri, salvo situazioni di emergenza, si può constatare una presenza assolutamente diffusa, sia nel pubblico che nel privato, di forme di presa in cura psicoterapeutica che cercano di tenere insieme la singolarità del

terapeuta con la dimensione gruppale dell'équipe di lavoro variamente configurata, ma anche la domanda stessa di cura appare oggi spesso già sovraindividuale: familiare, di coppia, di relazione con un figlio adolescente, etc .

Si assiste quindi ad una configurazione clinica dove da entrambe le parti i sistemi si presentificano sulla scena terapeutica, pur in maniere naturalmente molto differenziate. Potremmo evidenziare un passaggio quindi *dalla dualità interpersonale alla dualità intersistemica*

Una quinta prospettiva riguarda *la verticalità e l'orizzontalità* dei sistemi curanti/in cura.

Se il professionista novecentesco era il detentore di un sapere (sull'inconscio, sulla mente, sulla famiglia...) che calava sul paziente da un'obliquità quasi verticale, lo psicoterapeuta attuale è assai più vicino all'orizzontalità includendosi nella cura in modo personale e partecipato. Lo psicoanalista non è quasi più dietro il divano ed è coinvolto in forme attive nel suo operare terapeutico.

Il sistema in cura, il paziente, è assai meno deferente, arriva avendo studiato su internet la sua situazione clinica e avendo spiato sui social il terapeuta come persona e cittadino. Non è tanto il clinico che deve pronunciarsi sulla presa in cura quanto piuttosto egli si trova spesso parte di una negoziazione diagnostica e terapeutica, talvolta a più voci.

Credo non sfugga in questo sviluppo quanto la scienza abbia perso del suo potere sacrale e idealizzato - e quanto peraltro ad esso ci appelliamo quando siamo in situazioni di bisogno o di pericolo - e quanto essa stessa sia annoverabile fra le attività umane e sociali con tutti i limiti e le potenzialità di questa collocazione.

Una sesta dimensione evolutiva della psicoanalisi e della psicoterapia riguarda un passaggio, assai noto, fra *una dimensione squisitamente intrapsichica del focus della cura ad una dimensione relazionale*. Anche qui assistiamo a numerose differenze che accentuano il peso del soggetto e/o del mondo sociale, della genetica e dell'ambiente, ma certo oggi la cura psichica dà rilievo alla storia dello svolgersi delle relazioni nelle quali il soggetto è stato implicato e al presentificarsi di esse in un contesto attuale; una chiave di lettura comune almeno al mondo psicoanalitico, ma non solo. Anche sul versante del terapeuta abbiamo assistito allo sdoganamento della legittimità della presenza del suo mondo interno come parte funzionale della terapia e non più come ostacolo ad essa

Una settima dimensione che vogliamo evidenziare riguarda il *rapporto soggetto-cura* e fa riferimento, fra l'altro, al pensiero di Michel Serres che nel suo monumentale inquadramento storico (...) definisce l'epoca attuale - dal secondo dopoguerra ad oggi - come 'età dolce' o 'età della cura' in considerazione della necessità di andare oltre ad una posizione che vedeva la centralità del conflitto - per Serres la seconda fase della storia, dalla comparsa dell'uomo sulla terra alla seconda guerra mondiale

appunto - stante che il conflitto, dopo Hiroshima, sappiamo che può portare alla distruzione dell'umanità ma anche perché la cultura e le conoscenze sulla cura e sulla opportunità e saggezza di questa posizione appaiono oggi più avanzate e condivise, anche se gli avvenimenti nei quali siamo immersi in questo tempo appaiono in pericolosa controtendenza rispetto a queste consapevolezze che sembravano acquisite.

Ottava ed ultima considerazione, ma non per importanza, mi pare la crescente consapevolezza che la cura non possa riguardare solo l'umano ma debba comprendere il vivente non umano e il non vivente in una forma di equilibrio nella convivenza delle singolarità, delle differenze, ma anche delle somiglianze e delle appartenenze che richiede un'evoluzione etica e politica nuova e complessa, all'insegna dunque di un *pensiero ecologico* che segni un contenimento delle pur inevitabili arroganze e il divenire di forme anche nuove di negoziazione e di presenza nel mondo.

All'interno di questo panorama che ci fornisce uno schema delle coordinate teorico-culturali che possiamo utilizzare ci sembra che il binomio da cui siamo partiti, pubblico-privato, acquisti alcuni caratteri interessanti e che proveremo a mettere a fuoco meglio nella parte finale del nostro contributo, anche se in forma necessariamente sintetica, accostandolo al tema della cura che ci sembra parola chiave che lega i due concetti e che ci riguarda direttamente qui.

Se dovessi fare un distillato personale di queste linee di tendenza mi sembra di poter dire infatti che si è oggi in presenza dell'esigenza e del divenire di una *società della cura* che riguarda gli umani e il mondo che li circonda e che non può appellarsi ad entità sacre per procedere nel tempo ma deve porsi il tema di come *prendersi reciprocamente cura*. Per riprendere il pensiero di Edgar Morin e di Papa Francesco, si tratta di una cura nella *fraternità (...)*, ovvero di una cura che riguarda tutti, sia come attori che come destinatari e dove chi pratica la cura in forma professionale non è che un rappresentante di quella comunità fraterna prossimale e distale della quale fa parte.

Stiamo naturalmente dando alla parola cura un significato ampio, di *care*, e questo ci aiuta a vedere come le scienze umane e sociali, come la psicoanalisi, siano rilevanti nella nuova considerazione di questa funzione-chiave.

Una delle novità che mi sembra rappresenti bene la confluenza di queste linee di tendenza è una forma di organizzazione sociale che in Italia chiamiamo significativamente 'Terzo settore' ovvero appunto un gruppo di soggetti sociali che non sta nel primo settore (lo Stato, i servizi pubblici classicamente intesi) né nel secondo (il mercato, i soggetti profit) e che, pur condividendo alcune opzioni dell'uno e dell'altro, si caratterizza per alcuni aspetti identitari propri: la funzione pubblica o di utilità sociale, il concetto di no-profit, la forma associativa - ovvero collettiva

- ma anche l'attenzione etica, il radicamento territoriale e dunque la dimensione situata del suo operare, ed infine il dedicarsi il più delle volte alla funzione di cura in senso ampio.

In Italia sono presenti numerosi gruppi di questo tipo che svolgono una funzione di cura sia sul versante educativo che psicoterapeutico che condividono le caratteristiche suelencate ed altre più specifiche come l'attenzione all'accessibilità alle cure e dunque la tendenziale universalità dell'accesso stesso, la dimensione che coniuga la singolarità e la gruppalità sia sul versante del sistema clinico che del sistema del paziente, la lontananza da una visione asettica, ripetitiva, seriale dell'operare terapeutico ed educativo a favore di una visione pienamente interumana della cura stessa.

Se ci focalizziamo sulle associazioni che svolgono funzioni psicoterapeutiche ci troviamo in presenza di diverse decine di esse¹ che coinvolgono diverse centinaia di psicologi, psichiatri, neuropsichiatri, ma anche di educatori, nutrizionisti, etc che forniscono risposte cliniche a molte migliaia di cittadini di ogni classe sociale che presentano disagi e malesseri di ogni genere.

Mi sembra che questa forma di presenza professionale consenta a chi la pratica di sviluppare una vocazione alla cura che ha caratteristiche meno tecnicistiche e più legate invece ad una cultura della cura fraterna, orizzontale, prossima, sociale che ha strette connessioni con quello che la psicoanalisi relazionale ha messo bene in luce negli ultimi decenni e che integra nella tecnica terapeutica e nella teoria una dimensione soggettuale non già come ostacolo ma come principale presupposto terapeutico: una cura fra soggetti all'interno di sistemi sociali.

Questa presenza sociale consente alla cura psichica di andare oltre luoghi sanitari che spesso si sono rivelati distanti dai bisogni più profondi delle persone e di integrare quanto la cultura umanistica e le scienze sociali hanno prodotto nel tempo edificando una casa più adatta di quanto lo sia oggi il mondo sanitario a trazione biomedica.

In fondo l'esigenza di integrare la cultura 'naturalistica' e quella 'umanistica' è un marchio di fabbrica della psicoanalisi fin dalle sue origini, ma ciò che qui si mette in luce è una dimensione etica e sociale, che caratterizza il 'soggetto ecologico' odierno, che non sempre è stata in primo piano nel nostro mondo scientifico-culturale ma che in molti paesi, penso soprattutto al Sud America, è stata ed è molto presente.

Non sono in grado di fare parallelismi fra il Terzo settore italiano e analoghi corpi sociali di altri paesi ma credo che sarà interessante il vostro contributo anche in questa direzione nella discussione che seguirà.

¹ È in via di costituzione una rete associativa nazionale denominata 'Rete per la psicoterapia sociale' che raccoglierà questa galassia di organizzazioni www.psicoterapiasociale.it

English version

A third way for the social presence of clinical practice and psychoanalytic culture

I would like to propose an exploration of the public-private binomial in psychoanalysis from the intersection of several perspectives. Different trajectories, different observations which light up certain parts of the reality we experience and, as always, leave others in the shade. We would like to introduce within this scenario the theme of care to indicate a form, a declination, which we believe to be in tune with the scenario described.

The first perspective concerns *singularity-generalality*.

Psychoanalysis, and psychotherapy in general, arose from the encounter between a therapist and a patient where the focus was on the patient's inner world. We know that for Freud, the analyst was a mirror reflecting what the patient brought with him, he did not enter the latter's world, except through the behaviours technically oriented by the theory which gradually, inductively and by accumulation of clinical data, the psychoanalyst and his scientific community constructed around the human being. The so-called *junktin* or indissoluble link between clinical practice and theory.

We can consider this development, from the particular to the general and vice versa, as an epistemological option linked to that time, which wished to allow the singularity of that subject to be placed within general laws regulating his psyche. This would have allowed psychoanalysis to be counted among the sciences, although not yet among the natural sciences, as Freud would have wished.

The second perspective concerns the line of the *unknown-known*.

An interesting dimension of this trajectory of thinking was that the intimate, the profound of the mind, indeed, that which escapes the conscious mind, the unconscious, and thus that which is most private, even to oneself we might say, is carried with him by the individual, finding a place within a general theory of the psychic apparatus and, as such, becoming part of a culture of the human being brought to the knowledge of the world.

Theorising the presence of sexuality in childhood behaviour or the presence of unconscious meanings in dreams or missed acts was possible and credible if these statements could be considered within the realm of science and thus, as we know, could powerfully influence 20th century culture as well as forming the theoretical background for the therapeutic practices that initiated the psychic treatment we still practise today.

But there is a third meaning for this perspective which developed in a historical key and which we could sum up in the binomial *private studies-public services*.

For Freud and his contemporaries, therapeutic practice was private in the sense that it took place in their professional offices and followed the rules of common medical practice. Even at that time there were, of course, public places for the treatment of mental illness, usually Psychiatric Hospitals, which were reserved for serious psychopathologies.

If we try to outline the development that this private-public binomial has had over time, we might observe how both these social places have maintained their presence in different parts of the world, naturally with the inevitable differences linked to the different cultures of care. Taking my own country as an example, psychic care has undoubtedly remained a heritage of the public services, which in Italy were almost completely de-hospitalised by the Basaglia Reform Bill of 1978, but there also remained a law proposal of a private-professional nature, both psychotherapeutic and psychiatric, and involving other practices for mental care, which today appears to be increasingly relevant and presents partly innovative features, as we shall see. The two worlds travel in a somewhat parallel manner, even though they both affect the same territories and, not infrequently, the same patients.

A fourth perspective of analysis concerns the configuration of the two systems present in care: patient and caregiver. If we think of Freud and of a large part of the psychotherapeutic tradition and psychic care in general, we can see that during most of the last century the ideal and the concrete practice of care was carried out by the individual practitioner. There were few cases in which there was a sharing of the therapeutic function, which was thought of as fundamentally pertaining to the singularity of the professional psychotherapist whose place was in his office, in a manner basically not unlike that of a lawyer or an architect. This did not happen in the public service where, on the contrary, the patient was, especially in the hospital setting, a patient in a ward or service before being the patient of a specific therapist.

But even where the patient is concerned, the demand for treatment affects the individual, and even when dealing with children or adolescents, for most of the 20th century we witnessed a marginalisation of parental figures from the psychotherapeutic setting.

Today we notice a very different scenario. In my country, where, as mentioned earlier, psychic treatment does not take place in hospital settings, except in emergency situations, we can observe an absolutely widespread presence, both in the public and in the private sector, of forms of psychotherapeutic treatment that seek to hold together the singularity of the therapist with the group dimension of the variously configured work team, but also the demand for treatment itself now often comes across as supra-individual: family, couples, relationship with an adolescent child, etc.

We thus see a clinical configuration where both sides of the systems present themselves on the therapeutic scene, albeit in very differentiated

ways. We could thus highlight a shift from *interpersonal duality* to *intersystemic duality*.

A fifth perspective concerns the *verticality* and *horizontality* of the caring/in care systems.

Whereas the twentieth-century professional was the holder of a knowledge (about the unconscious, the mind, the family...) that descended on the patient from an almost vertical obliquity, today's psychotherapist is much closer to horizontality by including himself in the treatment in a personal and participatory way. The psychoanalyst is no longer on the other side of the couch and is actively involved in his therapeutic work.

The system in care, the patient, is far less deferential, he arrives after having studied his clinical situation on the Internet and after having spied on the therapist as a person and as a citizen on social networks. It is not really the clinician who has to make a statement about whoever has been taken into care, but he often finds himself part of a diagnostic and therapeutic negotiation, sometimes involving several voices.

I do not think one can fail to notice. in this development, to what extent science has lost its sacred and idealised power - and to what extent, moreover, we appeal to it when we are in situations of need or danger - or to what extent it can be counted among human and social activities, with all the limits and potentials of this collocation.

A sixth evolutionary dimension of psychoanalysis and psychotherapy concerns a well-known shift from *an exquisitely intrapsychic dimension of the focus of care* to a *relational dimension*. Here too we notice numerous differences that accentuate the weight of the subject and/or the social world, genetics and the environment, but undoubtedly psychic care today emphasises the history of the development of the relationships in which the subject has been implicated and the present-day context of these relationships: a common reading key at least in the psychoanalytic world, but not only. As far as the therapist is concerned, we have witnessed the clearance of the legitimacy of the presence of his internal world as a functional part of the therapy and no longer as an obstacle to it.

A seventh dimension we wish to highlight concerns the subject-care relationship and refers, among other things, to the thinking of Michel Serres, who in his monumental historical overview (...) defines the current era - from World War II to the present day - as the 'sweet age' or 'age of care' in view of the need to go beyond a position that viewed the centrality of conflict - for Serres, the second phase of history, from the appearance of man on earth to the Second World War - given that conflict, after Hiroshima, can lead to the destruction of humankind, but also because the culture and knowledge of care and the appropriateness and wisdom of this position appear more advanced and shared today, even though the events in which we are immersed at the present time appear to be in dangerous countertendency to these seemingly acquired understandings.

And last, but by no means least, our eighth consideration is the growing awareness that care cannot only concern the human, but must include the non-human and the non-living in a form of balance in the coexistence of singularities, of differences, but also of similarities and belongings which requires a new and complex ethical and political evolution, under the banner of an *ecological thinking* that marks a containment of the inevitable arrogance and the development of new forms of negotiation and presence in the world.

Within this panorama, which provides us with an outline of the theoretical and cultural coordinates that we can use, it seems to us that the binomial we started out with, public-private, acquires some interesting features that we will try to focus on in more detail in the final part of our contribution, albeit in a necessarily synthetic form, placing it alongside the theme of care, which we believe to be a key word linking the two concepts and concerning us directly here.

If I were to make a personal distillation of these lines of tendencies, I would say that today we are in the presence of the need and the becoming of a *society of care* involving humans and the world around them, which cannot appeal to sacred entities in order to move forward in time, but needs to address the issue of how to *mutually take care of*. Following the lines of thinking of Edgar Morin and Pope Francis, it is the care in *fraternity* (...), in other words a care that concerns everyone, both as actors and as recipients, where those who practise care in a professional form are but representatives of that proximal and distal fraternal community which they are part of.

We are of course giving the word *care* a broad meaning, and this helps us to see how the human and social sciences, such as psychoanalysis, are relevant in the new consideration of this key-function.

One of the novelties that seems to me to aptly represent the confluence of these lines of tendencies is a form of social organisation which in Italy is significantly called the 'Third sector', a group of social subjects belonging neither to the first sector (the State, the public services we are all accustomed to) nor to the second sector (the financial market, profit-making subjects) and which, although sharing some of the options of both sectors, is characterised by certain identity aspects of its own: the public or socially useful function, the not-for-profit concept, the associative - or community - form, but also the ethical focus, the territorial rootedness and thus the situated dimension of its work, and finally the fact that it is more often than not dedicated to the function of care in the broadest sense.

In Italy, there are numerous groups of this type that perform a care function in both the educational and psychotherapeutic areas, sharing the characteristics listed above and other more specific ones such as attention to the accessibility of care and therefore the tendency to universality of access, the dimension that combines singularity and groupality both in the clinical system and in the patient's system, the distance from an aseptic,

repetitive, serial vision of therapeutic and educational work in favour of a fully inter-human vision of the care itself.

If we focus on the associations that perform psychotherapeutic functions, we find ourselves in the presence of several dozens of them² involving several hundred psychologists, psychiatrists, neuropsychiatrists, but also educators, nutritionists, etc. who provide clinical responses to many thousands of citizens of all social classes, who present all kinds of discomfort and malaise.

It seems to me that this form of professional presence allows those who practice it to develop a vocation for care that has fewer technical characteristics and is more linked instead to a culture of fraternal, horizontal, proximate, social care presenting close connections with all that relational psychoanalysis has highlighted so well in recent decades, and integrating in therapeutic technique and in theory a subjective dimension not as an obstacle but as the main therapeutic premise: the care between subjects within the social systems.

This social presence allows mental health care to move beyond health care locations which have often proved distant from people's deepest needs, and to integrate what humanistic culture and the social sciences have produced over time, building a more suitable home than today's biomedically driven health care world.

After all, the need to integrate the 'naturalistic' and the 'humanistic' cultures has been a hallmark of psychoanalysis since its origins, but what is highlighted here is an ethical and social dimension, which characterizes today's 'ecological subject,' and which has not always been at the forefront of our scientific-cultural world but which in many countries - and I am thinking in particular of South America - has been and is very much present.

I am not in a position to draw parallels between the Third Sector in Italy and similar social organizations in other countries, but I think it will be interesting to listen to your contributions in this direction, too, in the discussion that will follow.

² A national network of associations is being set up, called "Network for Social Psychotherapy", which will gather together this galaxy of organisations www.psicoterapiasociale.it