



CONTRIBUTO DAL CONVEGNO

“ALLEANZE TERAPEUTICHE CULTURALI”

COME PENSARE IL SOCIALE FUORI E DENTRO LA STANZA?

UN CASO CLINICO

Jean-Louis Aillon¹

ISSN: 2283-8961

Abstract

Ampie ricerche epidemiologiche evidenziano l'importanza che hanno i determinanti sociali, ecologici e culturali - in primis le diseguaglianze e i cambiamenti climatici - nel determinare la salute mentale delle popolazioni. Contestualmente, dal mondo dell'ecologia e delle scienze sociali, emerge sempre più chiaramente quanto l'attuale modello socio-economico, fondato su

¹ Medico-chirurgo, psicoterapeuta e analista adleriano S.I.P.I., Phd in Scienze Sociali (Psicologia, Antropologia e Scienze Cognitive) presso Università di Genova, docente presso Scuola S.A.I.G.A., docente a contratto presso l'Università degli Studi di Torino (corso di etnopsichiatria alla facoltà di Psicologia della Salute).

una crescita economica illimitata ed indiscriminata, sia di fatto insostenibile e non possa garantire la tutela della salute delle generazioni presenti e future.

Di fronte ad un mondo che scricchiola sotto i nostri piedi e che appare sempre più minaccioso all'orizzonte, quale può essere il ruolo del terapeuta? Come pensare il sociale dentro e fuori la stanza?

A partire da alcune esemplificazioni cliniche e dal pensiero di Alfred Adler, si evidenzia come, di fronte all'ingresso nella stanza di un sociale sempre più patologico, sia fondamentale per il clinico agire fuori e dentro la stanza, affiancando alla cura, anche processi di advocacy e di presa di parola nello spazio collettivo. Ciò significa agire al contempo in un'ottica di cura e prevenzione primaria, evitando il rischio iatrogeno di lavorare, spesso inconsapevolmente, per riadattare gli individui ad un contesto malato.

Keywords:

Determinanti sociali di salute, prevenzione, Alfred Adler

La presentazione tenuta alla Conferenza “Alleanze Terapeutiche Culturali” e le sezioni I-VI di questo articolo sono stati elaborati a partire dall'articolo “Società e salute mentale, fra cura e prevenzione. Come mettere in pratica oggi la lezione di Alfred Adler?”, pubblicato da uno degli autori del presente contributo sulla Rivista di Psicologia individuale (Aillon, 2023).

1. I determinanti di salute

La salute, intesa non come semplice assenza di malattia, ma come stato di benessere fisico, psichico e sociale (WHO, 1946), dipende principalmente 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%" (Domenighetti, 2014, p. 253). Fra quest'ultimi le disuguaglianze hanno il peso maggiore: secondo una ricerca condotta

in Inghilterra fra il 2003 e il 2018 la mortalità prematura attribuibile alle disuguaglianze sociali si attesta al 35,6% delle morti totali. Contestualmente anche l'ambiente ecologico ha un peso notevole nella determinazione della salute e del rischio di ammalarsi e morire. Circa il 24% delle morti globali (12,6 milioni all'anno) sono, infatti, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, dovute all'esposizione a fattori ambientali evitabili ed in particolare all'inquinamento atmosferico (WHO, 2018). Nondimeno, il cambiamento climatico sarà la principale minaccia alla salute del ventunesimo secolo, provocando circa 250.000 morti aggiuntive l'anno fra il 2030 e il 2050 (Costello et al., 2009).

Non va, infine, trascurato il contributo della cultura, che seppur sia poco visibile, influenza significativamente la salute ed i percorsi di cura. Si vedano ad esempio gli effetti del consumismo e della globalizzazione nel Sud Globale rispetto al drastico aumento delle malattie non trasmissibili, principalmente diabete, obesità, infarto, ictus e cancro (Beaglehole et al., 2003; Napier et al., 2014).

II. I determinanti di salute mentale

Un fenomeno simile è stato osservato anche per quanto riguarda la salute mentale. Jarvis mise in evidenza come, negli Stati Uniti nella metà dell'Ottocento, i casi di follia fossero ben 64 volte più frequenti nelle classi sociali più povere che in quelle abbienti (Jarvis, 1852). Questi dati sono stati confermati da più recenti ricerche epidemiologiche, confermando la presenza di un gradiente sociale anche per i disturbi mentali (Muntaner et al., 2004). Si parla oggi, quindi, di determinanti di salute mentale e sono stati evidenziati molteplici fattori di tipo sociale, ambientale e culturale che vanno ad incidere significativamente sulla salute mentale, in particolare per quanto riguarda i disturbi dell'area nevrotica ed i disturbi di personalità, dove prevale l'effetto di causazione sociale rispetto alla selezione sociale.

I fattori che sono stati individuati in letteratura consistono più precisamente in: 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, condizioni socioeconomiche del

quartiere di residenza, capitale sociale, distribuzione geografica e ambiente edificato, problemi di quartiere e composizione etnica, deprivazione relativa, precarietà abitativa, insicurezza connessa al crimine, 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 (Schilling et al., 2008; Stansfeld et al., 2003; Lund et al., 2018) (Fig. 1). Questi fattori possono andare a danneggiare la salute mentale in vari modi, producendo delle esperienze traumatiche dirette (guerre, migrazioni forzate), agendo direttamente sul sistema nervoso (inquinamento, carenze alimentari), oppure producendo uno stato di stress cronico. Possono, inoltre, agire sulle condizioni di salute infantili, in particolare sull'attaccamento, 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 (Fisher et al., 2010). Questi effetti si accumulano nell'arco della vita e possono già verificarsi nella fase di vita prenatale (WHO, 2014).



Figura 1: Determinanti sociali, ambientali e culturali dei disturbi mentali e obiettivi di sviluppo sostenibile: un quadro concettuale (Lund et al. 2018)

C) Cultura

La cultura, similmente per quanto concerne la salute fisica, può influire nella genesi e nella plasmazione dei disturbi mentali, sia in modo diretto (effetto patogenetico), che in modo indiretto, 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 (Tseng, 2001). Diversi autori, a riguardo, sostengono come alcuni elementi della cultura occidentale siano nocivi per la salute mentale. Eckersley definisce la cultura occidentale, da una prospettiva epidemiologica, come un "azzardo per la salute", mettendo in luce come fattori culturali quali 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, siano iatrogeni per la salute mentale delle popolazioni (Eckersley, 2006).

III. L'insostenibilità di un sistema basato sulla crescita economica ed il ruolo dello psicoterapeuta fra controllo e mutamento sociale

L'attuale sistema socio-economico, fondato su una crescita economica illimitata ed indiscriminata, sebbene sino ad una certa soglia abbia portato dei sostanziali benefici all'umanità in termine di salute, allo stadio attuale non è più sostenibile da un punto di vista ecologico, sociale e culturale (Latouche, 2007). La massimizzazione del profitto va a degradare sempre più i principali determinanti di salute (equità, sostenibilità ecologica, stili di vita) e, come sostenuto dalla Carta di Bologna per la Sostenibilità e la Salute, nonché da vari autori che hanno lavorato nell'applicare la chiave di lettura della decrescita nell'ambito della salute (Aillon & D'Alisa, 2020; Aillon & Bonaiuti, 2024), non è più possibile agire secondo un'ottica conservativa, ma per tutelare e promuovere la salute è necessario "costruire un modello culturale, economico e sociale alternativo a quello in atto, non basato sulla crescita economica fine a sé stessa" (Rete Sostenibilità e salute, 2014; Aillon et al. 2019, p. 1).

Rispetto a ciò si sottolinea come la medicina non costituisca un sapere neutro, ma, come illustrato da vari contributi nell'ambito dell'antropologia medica, possa essere un

dispositivo di controllo sociale, inserito in un determinato contesto sociale e culturale, contribuendo in tal modo a mantenere l'omeostasi del sistema sociale (Quaranta, 2006). Ciò viene portato avanti tramite differenti meccanismi. Uno di questi è stato descritto da Michael Taussig come “reificazione biologica” (Taussig, 1980). Di fatto la biomedicina 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” (Quaranta, 2006, p. XIV). Quando di fronte ad un paziente che vive le conseguenze di estreme disuguaglianze o precarietà sociale, migrazione climatica o guerra, viene posta per esempio diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore, l’enfasi è posta su una causa di tipo biologico che sta nell’individuo, nelle sue cellule neuronali e la terapia consiste in un farmaco o in un intervento psicoterapeutico che ha come obiettivo quello di riadattare l’individuo al contesto. Si pensi da questo punto di vista per esempio anche alla diagnosi di “Disturbo dell’Adattamento”. “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?” (Aillon, 2023, p. 70).

IV. Alfred Adler, un pioniere nella prevenzione dei disturbi mentali

Adler, sin dall’inizio della sua carriera di medico, si è occupato della prevenzione ed ha vigorosamente asserito il fatto che, quando è evidente che la società causa malattia, lo psicologo onesto debba impegnarsi nel combattere le piaghe sociali e, nell’ottica della prevenzione dei disturbi mentali, portare avanti azioni di advocacy sociale (Ansbacher, 1990). Quando tratta delle pessime condizioni di salute dei sarti, per Adler non è

possibile curare le malattie causate 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"(Adler, 1898, p. 83), ma è necessaria la prevenzione.

"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. (...) 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. (...) Soltanto in questo ambito può crescere una terapia promettente delle malattie sociali".

Alfred Adler (1898, p. 74).

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. 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" e al contempo favorire lo sviluppo armonico del sentimento sociale (Ansbacher, 1997, pp. 504, 509). E in questo scenario "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. E' 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 sviluppo del sentimento sociale nella famiglia, nella scuola e più in generale nella società." (Adler, 1933, 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.” (Adler, 1934, p. 513).

Rispetto alle allarmanti evidenze presentate pocanzi rispetto all’insostenibilità sociale, ambientale e culturale dell’odierno sistema economico, sorge spontanea una domanda: cosa penserebbe Alfred Adler del mondo di oggi e che cosa farebbe, come clinico e come cittadino? Come lo psicoterapeuta nella contemporaneità può porsi di fronte al sociale e al politico, dentro e fuori alla stanza?

VI. Caso clinico

Violenza strutturale, razzismo e abitare: il caso di Paul

Paul si presenta al Centro Fanon nel 2015, inviato dal centro di accoglienza dove risiede, per una grave sintomatologia sul versante post-traumatico. In particolare rivive attraverso flashback e incubi alcune esperienze traumatiche e di tortura, vissute nel paese di origine in relazione alla sua attività politica. Era un intellettuale (laurea in studi umanistici) e attivista che ha partecipato a diverse marce e ha organizzato dei seminari critici rispetto al governo, richiedendo maggiore equità, democrazia e libertà di espressione. Il paziente porta avanti un percorso psicoterapeutico intensivo e, anche con l’ausilio di un farmaco antidepressivo e ipnoinducente a basse dosi (Laroxyl 7 gtt/nocte), nel corso di alcuni anni vi è una remissione completa della sintomatologia. Contestualmente egli porta avanti un buon percorso di integrazione sociale e lavorativa e termina il percorso clinico al Centro Fanon.

Vengo, però, ricontattato nel Maggio 2022 in urgenza. Il paziente mi riferisce di essere appena stato dimesso dal pronto soccorso per un grave attacco di panico. Mi racconta che nel frattempo la sua vita è evoluta al meglio. Ha ricevuto lo status di rifugiato politico, si è sposato, ha avuto una figlia. Ha un contratto di lavoro a tempo indeterminato ed è iscritto all’Università. Tuttavia, in relazione all’aver riportato nel suo luogo di lavoro alcune ingiustizie, egli è oggetto di forte mobbing da parte del suo capo. Ricostruendo la vicenda, capiamo che ciò che porta questo scompenso è il fatto di trovarsi nuovamente impotente di fronte ad un “aguzzino”. Ciò riattiva una serie di memorie emotive traumatiche che lo hanno fatto andare in “cortocircuito”. Questa volta,

però, la sintomatologia è più grave e sarà necessario instaurare una terapia ansiolitica e antidepressiva più robusta, contestualmente alla ripresa del percorso psicoterapeutico al Centro Fanon. Paul si interroga sul suo, per certi versi rigido, bisogno di giustizia e vittoria a tutti i costi. Comprende cosa stia sacrificando in questa lotta. Capisce che può scegliere di non combattere questa battaglia se non ha più le energie sufficienti per combattere e se le possibilità di vincere sono esigue, senza necessariamente perdere la guerra. Vorrebbe attivare una strategia di “resistenza”, come facevano i partigiani combattendo il nazifascismo e per ora ritirarsi. E’ una scelta difficile. Lo ha già fatto dolorosamente una volta, decidendo di lasciare il paese dopo essere uscito dalla prigione. Tuttavia mi spiega che non può permettersi di lasciare il suo lavoro perché la sua famiglia è obbligata a lasciare l’appartamento in cui vivono e non riescono, come tantissimi altri stranieri in questo periodo storico, a trovare una casa in affitto. Rispetto a ciò, anche se riuscirebbe facilmente a trovare un nuovo lavoro, non può permettersi di cercare casa senza avere un contratto a tempo indeterminato. Cerca in tutti i modi delle soluzioni per mesi, ma non riesce a trovare nessuna abitazione disponibile. L’ansia riemerge. Nel corso di un colloquio mi racconta uno dei vari episodi di discriminazione di cui è stato vittima. L’agenzia immobiliare, non avendo capito dalla lingua al telefono la sua provenienza, gli chiede esplicitamente, avendo compreso le sue origini africane, “mah, hai la pelle bianca o nera”? Lui dice che è nera. La telefonata si chiude velocemente. Dopo quindici minuti viene richiamato e gli viene spiegato che l'alloggio non è di fatto più disponibile. Lo sarà invece per un conoscente italiano che si recherà in agenzia il giorno seguente. Il paziente mi rivolge, allora, per la terza volta una domanda che già mi aveva posto rispetto al senso delle torture e delle vessazioni subite sul luogo di lavoro: “dottore, ma perché?...”

Come rispondere ad una simile domanda? E soprattutto cosa farsene? Come posizionarsi dal punto di vista clinico, stante il fatto che la problematica portata dal paziente è situata soprattutto fuori dalla stanza e si chiama razzismo e violenza strutturale (Farmer, 2003)?

La scelta che in questo caso è stata fatta, dopo una riflessione interna all’Associazione Fanon, è stata quella di denunciare pubblicamente questo fenomeno, raccontando in forma anonima la storia di Paul, insieme ad varie altre storie simili di cui siamo stati testimoni. La mia lettera di denuncia viene pubblicata sul sito dell’Associazione Fanon

e viene ripresa dal quotidiano La Repubblica (Aillon, 2022; Cravero, 2022). In seguito alla lettera ricevo delle offerte di locazione e Paul in poco tempo riesce ad affittare una casa per la sua famiglia tramite una cooperativa. Dopodiché si licenzia e viene rapidamente riassunto in un simile impiego. In poche settimane la sintomatologia ansiosa si esaurisce rapidamente ed è possibile scalare la terapia farmacologica. Nonostante i miglioramenti ottenuti con la psicoterapia, non era stato infatti possibile in alcun modo ridurre in precedenza. Inoltre, la presa di parola nello spazio politico produce dei cambiamenti nella stanza, nella sfera intrapsichica del paziente e nella relazione terapeutica. Paul mi racconta di aver letto ben cinque volte il mio articolo, di essersi estremamente arrabbiato – emozione che fino a quel momento ha sempre faticato a verbalizzare - e mi confessa di aver desiderato di fare politica qui in Italia, per cambiare le cose. Alcune sedute dopo mi racconta che prima o poi pensa di scrivere un libro dove raccontare la sua storia.

A partire dalla denuncia sopra delineata, all'interno dell'Associazione Frantz Fanon è stato creato un gruppo di lavoro sulla violenza strutturale ed è stato lanciato un appello verso una mobilitazione a tutte le associazioni che lavorano nell'ambito della migrazione (Associazione Frantz Fanon, 2023a). Dopo quattro incontri di confronto e discussione è nata la Rete Antirazzista e Militante per L'Abitare (RAMA), la quale ha presentato al Comune di Torino una proposta politica volta a combattere il fenomeno della discriminazione rispetto all'abitare e le difficoltà che le persone straniere, così come le persone italiane in situazione di difficoltà socioeconomica, hanno nel trovare una casa in affitto (Associazione Frantz Fanon, 2023b). La denuncia della RAMA, sottoscritta da oltre 60 associazioni, è stata ripresa nelle prime pagine dei quotidiani locali La Stampa e La Repubblica (Famà, 2023; Borghese, 2023). Ciò ha prodotto un vivace dibattito cittadino, una prima risposta delle istituzioni ed è in corso un'interlocuzione con il Comune di Torino su queste problematiche.

Questo caso, similmente a quanto documentato in letteratura -si veda per esempio la mobilitazione politica portata avanti da Miguel Benasayag e Del Rey (2008) nel caso della cosiddetta "chasse aux enfants" (caccia ai bambini) - evidenzia bene che, quando gravi forme di ingiustizie o discriminazione (determinanti sociali) vanno a compromettere la salute dei pazienti, sia fondamentale affiancare al lavoro clinico una presa di parola e delle azioni anche nello spazio pubblico e politico. Ciò ha prodotto in

questo caso degli immediati benefici clinici al paziente, andando a incidere materialmente sulla sua salute fisica e mentale, e al contempo ha costituito un atto clinico che ha portato delle ripercussioni positive sia rispetto alle dinamiche intrapsichiche del paziente (la rabbia espressa dal terapeuta ha attivato la rabbia repressa del paziente), sia aprendo uno spazio per un'evoluzione positiva della relazione fra paziente e terapeuta. E', infatti, noto come transfert e controtransfert risentano anche degli elementi socio-economici – il cosiddetto “controtransfert sociale” (Kirmayer, 1995) - e, nel caso sopra delineato, l'agire nello spazio sociale e la denuncia delle ingiustizie, hanno permesso al terapeuta di non essere vissuto come “complice” e di situarsi in uno spazio nuovo, dove poter mettere in atto propriamente dei "movimenti controtransferali consapevoli, attivi e culturalmente appropriati (controtransfert di base)" (Rovera et al., 2014, p. 57, Rovera & Gatti, 2012). Al contempo, il portare nell'arena sociale il fenomeno del razzismo abitativo, ha permesso di non medicalizzare e reificare biologicamente la situazione clinica. Il problema non è stato situato in senso semplicistico, coerentemente ad una diagnosi di Disturbo da Stress Post Traumatico o di Disturbo dell'Adattamento, solo nei traumi occorsi nel paese d'origine o nelle difficoltà di adattarsi da parte del paziente ad un evento di vita stressante presente, cercando di riadattare passivamente il paziente ad un contesto patologico. Al contrario, la messa in discussione del quadro socio-economico fuori dalla stanza ha portato sia dei benefici concreti al paziente che la possibilità di portare avanti un processo di prevenzione primaria e promozione della salute fisica e mentale a livello più globale. Ciò ha spinto il paziente stesso a risignificare alcuni elementi della sua storia passata e, attraverso una prima testimonianza sul presente, gli ha permesso di portare avanti un lavoro preparatorio rispetto alla testimonianza della sua storia. Questo racconto, ancora a venire ed in forse, in quanto politica della memoria, potrebbe contribuire a sua volta a promuovere maggiore consapevolezza, e quindi salute, sia nel suo paese d'origine che nel nostro.

BIBLIOGRAFIA

Adler, A. (1898). *Gesundheitsbuch für das Schneidergewerbe*, tr. it, *Manuale per la salute dei sarti*, Dialoghi Adleriani III, 6: 72-88.

Adler, A. (1933). *Die Formen der seelischen Aktivität, ein Beitrag zur individualpsychologischen Charakterkunde*, *Ned. Tijdschr. Psychol.*, 1:229-235.

Ristampato in: *Int. Z. Individ. Psychol.*, 12, 1-5, 1934, tr. it. Ansbacher, H.L., Ansbacher, R.R. (1997), *La psicologia individuale di Alfred Adler*. Firenze, Martinelli.

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*, Firenze, Martinelli.

Aillon, J.L.; Bessone, M.; Bodini, C. (Eds) (2019). *Un nuovo mo(n)do per fare salute: le proposte della Rete Sostenibilità e Salute*, Torino, Celid.

Aillon, J.L. & D'Alisa, G. Our Affluence Is Killing Us: What De-growth Offers Health and Well-Being. In: Zywert, K. (2020) (Eds), *Health in the Anthropocene: Living well on a finite planet*. Toronto, University of Toronto Press, pp. 306-322.

Aillon, J.L. (2022). A Torino non ci sono case per gli stranieri: la denuncia e l'appello di un clinico del Centro Fanon, disponibile online all'indirizzo <https://associazionefanon.it/news/a-torino-non-ci-sono-case-per-gli-stranieri/> (accesso 5 Febbraio 2024).

Aillon, J.L. (2023). Società e salute mentale, fra cura e prevenzione. Come mettere in pratica oggi la lezione di Alfred Adler? *Rivista di Psicologia individuale*, 93: 59-86.

Aillon, J.L. & Bonaiuti, M. The political economy of health and degrowth. In: Primrose, D.; Loeppky, R.; Chang, R. (2024) (Eds) *The Routledge Handbook of the Political Economy of Health and Healthcare*. London and New York, Routledge, pp. 471-483.

Ansbacher, H.L. (1990). Alfred Adler, pioneer in prevention of mental disorders, *Journal of Primary Prevention*, 11(1): 37-68.

Ansbacher, H.L., Ansbacher, R. R. (1997). *La psicologia individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze.

Associazione Frantz Fanon (29 Maggio 2023), Avvio Rete Militante, disponibile online all'indirizzo: <https://associazionefanon.it/news/avvio-rete-militante/> (accesso 5 Febbraio 2024).

Associazione Frantz Fanon (13 Dicembre 2023), Una Proposta Politica per il Comune di Torino, disponibile online all'indirizzo: <https://associazionefanon.it/news/una-proposta-politica-per-il-comune-di-torino/> (accesso 5 Febbraio 2024).

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.

Benasayag, M. & Del Rey, A. (2008). *La chasse aux enfants. L'effet miroir de l'expulsion des sans-papiers*, Paris, La découverte.

Borghese, M. (17 Dicembre 2023). “Non si affitta agli stranieri”: il razzismo strisciante dei torinesi verso chi cerca casa. Disponibile online all'indirizzo seguente link: https://torino.repubblica.it/cronaca/2023/12/17/news/razzismo_torino_casa_stranieri-421679025/ (accesso 5 Febbraio 2024).

Costello, A.; Abbas, M.; Allen, A. et al. (2009). Managing the health effects of climate change. *The Lancet*, 373(9676): 1693–1733.

Cravero, F. (8 Ottobre 2022). Sei bianco o nero?”. La Torino degli affitti si riscopre razzista. E il Comune reagisce, disponibile online al seguente indirizzo: 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/](#) (accesso 5
Febbraio 2024).

Domenighetti, G. (2014). Impatto sulla salute dell'insicurezza quanto al mantenimento del posto di lavoro. *Ricerca e Pratica*, 30(6): 252-260.

Eckersley, R. (2006). Is modern Western culture a health hazard?, *International journal of epidemiology*, 35(2): 252-258.

Famà, I. (17 Dicembre 2023), Non si affitta ai neri, il razzismo immobiliare che travolge il mercato, disponibile online al seguente indirizzo: https://www.lastampa.it/torino/2023/12/17/news/affitto_casa_stranieri-13938022/

Farmer, P. (2003). Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor, *North American Dialogue*, 6.1: 1-4. (accesso 15 Aprile 2023)

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.

Jarvis, E. (1852). On the supposed increase of insanity. *American Journal of Insanity*, 8: 333-364.

Kirmayer, L.J. (1995). Versions of intercultural therapy. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 32(2): 166-177.

Latouche, S. (2007). *La scommessa della decrescita*. Milano, Serie Bianca Feltrinelli.

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.

Muntaner, C.; Eaton, W.W.; Miech, R.; O'campo, P. (2004). Socioeconomic position and major mental disorders, *Epidemiologic reviews*, 26(1): 53-62.

Napier, A. D.; Ancarno, C.; Butler, B. et al. (2014). Culture and health, *The Lancet*, 384(9954): 1607-1639.

Quaranta, I. (2006). *Antropologia medica. I testi fondamentali*. Milano, Raffaello Cortina Editore.

Rete Sostenibilità e Salute (2014). *Carta di Bologna per la Sostenibilità e Salute*, disponibile online al seguente indirizzo: <http://www.sostenibilitaesalute.org/wp-content/uploads/2014/06/Carta-di-Bologna4.pdf> (5 Febbraio 2024).

Rovera, G.G. & Gatti, A. (2012). Linguaggio e comprensione esplicitiva. *Riv. Psicol. Indiv*, 71, 87-128.

Rovera, G. G.; Lerda, S.; Bartocci, G. (2014). Psicoterapia dinamica culturale. *Riv. di Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, 2(1):1-77.

Schilling E.A.; Aseltine R.H.; Gore S. (2008). The impacts of cumulative childhood adversity on young adult mental health: measures, models and interpretations, *Soc Sci Med*, 66: 1140–1151.

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.

Taussig, M. T. (1980). Reification and the consciousness of the patient, *Social Science and Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 14.1: 3-13.

Tseng, W. S. (2001). *Handbook of cultural psychiatry*, tr. it. *Manuale di Psichiatria Culturale* (2003), Roma, CIC Edizioni Internazionali.

World health organisation (1946). *Constitution of the World Health Organization*.

World health organization (2018). *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks*.