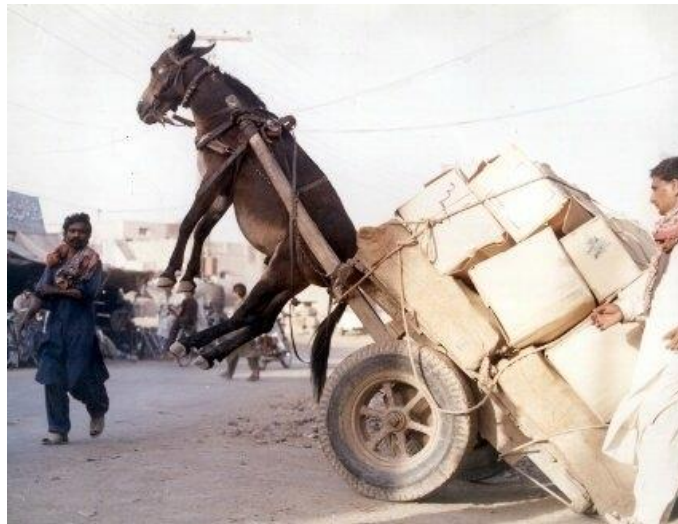


Come farsi soggetto? Pratiche e Filosofie a partire dalle "Cliniche della Concertazione" libretto concertativo n°1



Jean-Marie Lemaire & Laurent Halleux, 2005

Patrice Maniglier, Paris, 2006

Collettivo di ricerca della « Clinica di Concertazione »


I.L.T.F.
Institut liégeois de thérapie
familiale


ÉCOLE ET FAMILLE
Réseaux Ecole – Famille


Concertation
Concertazione


I.F.T.C.
Institut de Formation à
la Thérapie contextuelle

Plumes et porte-plume (piume e portapenne)

I testi che seguono sono stati ripresi da:

. AAVV, *L'inventivité démocratique aujourd'hui, le politique à l'épreuve des pratiques*, Editions du Cerisier, Mons, 2005 -

. estratto dell'intervento di Patrice Maniglier al 3° Congresso internazionale della "Clinica di Concertazione" di Parigi del 2006.

Jean-Marie Lemaire, psichiatra, responsabile di una unità ambulatoriale di psichiatria à Flemalle- ha sviluppato la « Clinica della Concertazione » su diversi territori, (Belgio, ex-Yougoslavia , Francia, Italia, Algéria, traducendo i concetti della "Terapia Contestuale" di Ivan Boszormenyi Nagy per dei perimetri più ampi di quelli delle terapie familiari.

Laurent Halleux, Philosophe, chercheur en administration des affaires.

Patrice Maniglier, professore associato in Filosofia, ha approfondito gli studi sullo strutturalismo francese e sulle implicazioni filosofiche delle scienze umane.

Traduzione dal francese e riadattamento ad uso didattico, a cura di Tina Tacchino e Graziella Gaballo

Le note e le lettere concertative testimoniano il lavoro svolto dal Collettivo di ricerca della "Clinica di Concertazione". Non mirano ad una forma compiuta, ma a essere messe in lavorazione, modificate e arricchite in relazione alla loro diffusione attraverso i diversi gruppi e territori del collettivo.

Servizio pubblico e “Clinica di Concertazione”: spazi abitabili per una psicoterapia *inautentica*

Jean-Marie Lemaire & Laurent Halleux

*Il rinnovamento radicale della psicologia
(...) è ancora un obiettivo da raggiungere
e, pertanto, resta all’ordine del giorno.*

Michel Foucault, *La psicologia dal 1850 al 1950*

Introduzione

Inizialmente, a mo’ di introduzione, ameremmo presentare sommariamente tre situazioni di persone in difficoltà. È a partire da questi casi particolari, singolari, che noi cercheremo di avviare una riflessione di carattere più generale in merito alle pratiche terapeutiche attuali, alle loro specificità, alle loro carenze, ed eventualmente all’esigenza di creare nuove forme di pratiche terapeutiche.

Prendiamo il caso di Franck, nato nel 1982. Fa cose che non dovrebbe fare, si mette a rischio, preoccupa il suo insegnante. Quest’ultimo interpella lo psicologo scolastico, il quale lo invia in consultazione all’ospedale regionale, presso la neuropsichiatria infantile. Franck rifiuterà questo aiuto che gli si vuole offrire. Non si presenterà ai colloqui. Anche la polizia è attivata dai comportamenti di Franck, segnala la situazione al giudice dei minori, che prescrive in seguito dei lavori socialmente utili. Di nuovo Franck non risponde.

Secondo esempio, quello di Sonia: ha diciotto anni, fa uso di sostanze dannose. Il suo medico curante è interpellato dai vicini. Dopo passaggi in diverse istituzioni sarà alla fine inviata in consultazione psichiatrica. Tuttavia, non ci andrà mai. Di nuovo, come nell’esempio di Franck, è in azione un’importante forza convocatrice. Con questa espressione di “forza convocatrice” intendiamo l’attivazione di numerose istituzioni, di numerosi professionisti: essi propongono tutti delle soluzioni, che comunque sono rifiutate dagli utenti che sono Franck e Sonia.

Infine, terzo ed ultimo esempio, quello di Letizia; ha quattro anni e attiva la sua educatrice per diverse ragioni: non ha la colazione come gli altri bambini, non è vestita in modo consono alla stagione. Del resto, la madre è morta e il padre è introvabile. Il medico scolastico segnala quindi la situazione. Si raccomanda alla nonna, che si prende cura di Letizia, l'intervento di un'assistente domiciliare. Questa volta, è la nonna che rifiuta l'offerta; il rapporto si interrompe. Le si propone al contempo un programma di riadattamento funzionale perché Letizia possa recuperare il suo ritmo di sviluppo. Ma gli operatori sono di nuovo di fronte ad un rifiuto: Letizia non si presenta perché la nonna non l'accompagna.

Da questi tre esempi deriva una stessa constatazione: gli utenti sono all'origine di una forza convocatrice molto importante, ma da cui non scaturisce nessun beneficio, poiché le offerte che tentano di rispondervi non convengono agli utenti. Si rileva cioè una inadeguatezza tra l'offerta proposta dai professionisti e le richieste degli utenti. Questa inadeguatezza che ci appare come una contraddizione all'interno del lavoro di aiuto, di cura, di educazione e di controllo, merita un'attenzione maggiore da parte nostra e l'impiego di strumenti di rilevazione più sofisticati. Piuttosto quindi che dispiacersene, e ricorrere alla terribile espressione "Come dar da bere a degli asini che non hanno sete?", sembra preferibile interrogarsi sulle convocazioni¹ degli utenti. Se questi ultimi si presentano raramente là dove li si aspetta, non sarebbe meglio andare a vedere là dove essi sono, dove hanno di meglio da fare?: si tratterebbe quindi di non partire più da ciò che dovrebbe essere, ma da ciò che è, dalla situazione così come si presenta quotidianamente ai professionisti. Questa nuova prospettiva ci offrirà da subito un rapporto più positivo con l'utente in disagio. Quest'ultimo non sarà più qualificato negativamente, in quanto persona che non si presenta, che rifiuta l'offerta: al contrario, sarà percepito positivamente, in quanto persona che ha altre cose di meglio da fare.

L'esempio precedente permette di rendercene conto. Riprendiamo la prima situazione, quella di Frank. Non rispondendo a nessuna delle proposte che gli sono fatte, sembra sempre più difficile ritrovare un legame con lui. In questa dinamica, Frank è una persona che *non*. Ma se, come proponiamo, noi ci interessiamo a ciò che egli *fa* fuori, piuttosto che andare ai colloqui, vedremo che la mattina, quando si incontra con sua nipote Letizia, (nipote anche di Sonia) si presenta pulito e sveglio: "Per me non ne vale più la pena, sono perduto: al contrario, si può fare qualcosa per mia nipote e per ciò vale la pena che io venga e che lavori con voi". Frank, un ragazzo che *non*, diviene in un contesto particolare, un ragazzo *che...*, che si preoccupa di sua nipote. Non viene per curarsi lui, ma per curare gli altri, sua nipote in particolare. Ora, la scoperta di questa risorsa "residuale" non avrebbe potuto aver luogo se noi avessimo rifiutato questa tappa estensiva.

¹ Ricordiamo l'etimologia di questo termine: con-vocare significa proprio "chiamare insieme".

Questa tappa estensiva, che consiste nell'andare a vedere là dove gli utenti ci aspettano, e che ci obbliga ad uscire dalle nostre pratiche tradizionali, non è possibile che con la messa in discussione della chiusura, della compartimentazione delle pratiche. Nel caso specifico, bisognava smettere di considerare ciascuna delle situazioni esposte come fossero isolate per considerarle nel loro insieme. Ma allora, non bisognerebbe che gli operatori che si occupano dei casi particolari di Franck, Sonia e Letizia si riunissero per lavorare meglio insieme? Franck, Sonia e Letizia, con il loro rifiuto di certe offerte e, *ipso facto*, con le loro richieste sconcertanti, non ci invitano a comprendere meglio, a de-compartimentare le nostre pratiche, al fine di proporre nuove offerte adeguate alle loro richieste complesse? Se noi accettiamo la loro storia comune, vedremo che anche noi – istituzioni o professionisti - abbiamo una storia comune della quale sarebbe bene interessarci.

Compartimentazione delle pratiche

Nel caso di Franck, Sonia e Letizia, la compartimentazione delle pratiche poteva portare a un blocco della situazione. Nessuno accettava le offerte, i professionisti si trovavano in un'impasse. Perché la compartimentazione delle pratiche è a questo punto un dato di fatto della pratica terapeutica attuale? Non la si può mettere in discussione? Ci sembra che una breve genealogia di questo fenomeno possa aiutarci ad evitarla quando il bisogno si fa sentire.

Ma prima, ricorriamo ad un esempio. Jérémie, allievo malato, mette al lavoro diverse persone, che organizzeranno delle staffette verso degli spazi sempre più ristretti e specializzati: l'insegnante nella sua classe innanzitutto, poi il direttore nel suo ufficio, l'infermiere della scuola nell'infermeria, il medico di famiglia nella camera di Jérémie e infine, forse, la sala operatoria, protetta dai parassiti, asettica. Se Jérémie ha una crisi di appendicite, per esempio, il chirurgo con un gesto spettacolare e salvifico guarirà il ragazzino. Queste staffette di aiuto e di cura sono assolutamente adeguate in questa situazione. E non è affatto assurdo riconoscere un atto principale – il gesto del chirurgo – e degli atti accessori, preparatori – gli interventi dell'insegnante, del direttore, dell'infermiere, del medico. Questa gerarchia non apparirebbe scandalosa.

Confrontiamo questa con un'altra situazione: Jérémie non va più bene a scuola, ha dei comportamenti difficili, non si inserisce. Diversi professionisti sono chiamati a lavorare insieme, con delle competenze specifiche (medico scolastico, PMS, etc...). Pensano di indirizzare Jérémie ad un servizio per minori. Alla fine, valutando che certe cose debbano essere diagnosticate per curarlo, sarà inviato dallo psichiatra, dallo psicologo. Di nuovo, sarà orientato ad un "santuario" dove sarà operata la rivelazione delle verità nascoste².

² Ricordiamo le ricche analisi di Foucault sulle pratiche della confessione, sull'idea che la verità è in noi e che si debba rivelare.

Lo schema sembra qui analogo alla prima situazione. L'imbuto può darne un'immagine appropriata. A poco a poco i servizi di aiuto si restringono fino a condurre Jérémie, attraverso la strettoia, in un'alcova protetta dagli sguardi esteriori, dove si effettuerà la guarigione, ad opera del chirurgo o dello "psy". Si vorrebbe così vedere allo stesso modo nella seconda situazione una ripartizione gerarchica simile tra l'accessorio e il principale, e soprattutto al servizio di un tasso di riuscita molto elevato. Ma che cos'è che permette questa analogia tra il problema sociopsicologico e il problema sociale? Cos'è che autorizza questa identità di metodo per due problemi così diversi? Sembra infatti che non funzioni allo stesso modo per la seconda situazione: in questo caso, ci sembra che l'accessorio e il principale debbano invertirsi, che la parte più interessante dell'imbuto non sia il collo. Non è più necessario far passare Jérémie al di là dell'imbuto, ma al contrario occorre restare nella parte più larga, là dove si può vedere la maniera in cui si tessono i legami e la struttura complessa che lavora con la scuola.

L'applicazione unidirezionale dell'imbuto, assolutamente legittima nel primo caso, sembra pericolosa qui. Come se lo "psy", in quanto operatore principale potesse da solo risolvere i problemi di Jérémie, senza preoccuparsi né delle persone che lo circondano (sia i professionisti e le istituzioni che la sua famiglia allargata), né dei legami che lo raccordano agli altri e che egli intrattiene.

Sembrerebbe che i professionisti afferenti alla sfera "psicologica" desiderino investirsi dello stesso prestigio dell'atto del medico, sperando così di raggiungere lo stesso livello spettacolare di risultato. Di conseguenza, l'analogia non regge. Nulla autorizza la semplice applicazione dello schema della prima situazione alla seconda. Michel Foucault lo aveva già delineato chiaramente in una delle sue prime opere: "Non si può quindi ammettere *d'emblée* né un parallelismo astratto, né un'unità massiccia tra i fenomeni della patologia mentale e quella della patologia organica; è impossibile trasporre dall'una all'altra gli schemi di astrazione, i criteri di normalità, o la definizione dell'individuo malato³".

Un'altra breve argomentazione che ruota attorno al concetto di "parassita", ce ne potrà convincere. Nella prima situazione, la sala operatoria deve effettivamente essere chiusa, asettica, al fine che nessun parassita entri in contatto con Jérémie malato. In altre parole, quando si tratta del livello puramente fisiologico, ogni contatto tra il sé e il non-sé, con i parassiti, deve essere assolutamente evitato. Senza questa precauzione, lo stato del paziente rischia di aggravarsi. Nella seconda situazione al contrario, non è privo di interesse interrogarsi sul ruolo del parassita. Se si conviene, con i filosofi da Hegel in poi, che il processo di soggettivazione passa attraverso la relazione con l'altro, che questa relazione con l'altro è costitutiva, ossia

³ M.Foucault, *Maladie mentale e t psychologie*, (1962) Paris, P.U.F., coll. "Quadrige", 2002, p.16 (trad. italiana *Malattia mentale e psicologia*, Cortina Raffaello, Milano, 1997

che l'uomo è innanzitutto un essere *sociale*, allora il parassita non deve essere in alcun modo cacciato dall'ambulatorio dello "psy". L'altro, il parassita, non dovrebbe più essere eliminato dal dispositivo terapeutico, poiché egli costituisce il fondamento del sé⁴. Si tratterebbe quindi piuttosto di aprire questo spazio al massimo, al fine che Jérémie non sia isolato dal suo contesto, ma resti in collegamento con tutti i parassiti, tutti gli *altri*. Allo stesso tempo, il progetto terapeutico stesso si vedrà assegnata una funzione diversa. Non sarà più necessario rendere Jérémie indipendente dalle persone del suo entourage, in un progetto di autonomizzazione, ma al contrario accentuare i suoi legami di fiducia, ossia renderlo più dipendente⁵.

Riassumiamo la situazione così come l'abbiamo sviluppata fin qui. Sembra che i professionisti dell'aiuto, della cura, dell'educazione e del controllo lavorino per la maggior parte nel modo che abbiamo descritto: quello dell'imbuto, quello della chiusura e della compartimentazione delle pratiche. Ora, l'abbiamo visto attraverso gli esempi, un tal funzionamento non si rivela sempre fecondo. Il più delle volte, conduce, in un certo numero di casi⁶, a delle *impasse* che sembrano insormontabili, alla rottura del legame – in particolare per le famiglie in disagi multipli. Se noi abbiamo potuto mostrare che lo schema dell'imbuto non è che una vana proiezione delle pratiche propriamente mediche sul settore dell'aiuto, della cura, dell'educazione e del controllo, nulla può impedirci di contestarlo, e di inventare nuove pratiche, uscendo dal quadro tradizionale al quale noi siamo stati abituati nella nostra formazione. E, lo ripetiamo, questa trasformazione ci sembra rivendicata dagli utenti stessi, con dei modi sconcertanti: il rifiuto dell'offerta, la rottura del legame con i professionisti. Ma ancora, la creazione di nuove pratiche non deve attendere. Poiché più dell'80% delle situazioni non rispondono alla trasformazione che si propone loro. Gli utenti, nella maggior parte dei casi, non entrano nelle nostre professioni della rivelazione, non frequentano le nostre alcove, i nostri *boudoir*. Non possiamo quindi restare attaccati ad ogni costo alla nostra formazione classica.

Insomma, sarebbe necessario che l'estensione del contesto terapeutico non fosse più un processo che noi cerchiamo di controllare da soli, ma al quale noi cerchiamo di sottometterci partendo dalla forza convocatrice dei disagi multipli delle famiglie che noi incontriamo. La questione non è più: "come condurre le persone nel

⁴ "E' il paradosso del parassita. E' molto semplice, ma di grande rilievo. Il parassita è l'essere della relazione. Egli è necessario alla relazione"(M. Serres, *Le parasite*, Paris, Grasset, 1980, p. 108)

⁵ Seguiamo in questo una certa concezione di "buona" salute, definita come il fatto di avere nel proprio entourage un gran numero di persone di fiducia. Detto a mo' di battuta, una persona è in buona salute se può conferire fiducia a una ventina di persone. Siamo certamente coscienti che una tale concezione della relazione, della terapia (che individua quindi l'eteronomia piuttosto che l'autonomia), è in palese contraddizione con tutti i progetti attuali di autonomizzazione di cui si fa così spesso questione.

⁶ Insistiamo su questa restrizione. Un tal funzionamento può in effetti rivelarsi assolutamente adeguato in certe situazioni.

nostro santuario?” ma “come dobbiamo spostarci per andare a lavorare con le persone che creano delle pratiche?”. Ritroviamo qui al cuore della nostra argomentazione, la questione della compartimentazione. Non si è più assolutamente a casa propria, nel proprio ambulatorio, nella propria istituzione. Per rispondere alle domande degli utenti, è necessario accettare di uscire dal proprio spazio, per guadagnare uno spazio comune, ciò che noi chiamiamo i “campi di sovrapposizione”. Soffermiamoci un po’ su questo concetto, tanto esso è centrale per il problema che ci interessa. È in effetti la giusta comprensione di questa nozione che permetterà di elaborare un nuovo quadro, dei nuovi strumenti di lavoro terapeutico.

“Campi di sovrapposizione”: dal contesto estensivo di sospetto al contesto estensivo di fiducia.

Gli utenti sono a volte di fronte a dei disagi che essi non riescono a gestire da soli nella loro propria rete. Delegano allora una parte di questa presa in carico a degli operatori che propongono loro degli abbozzi di risposta. Questi appelli, queste deleghe sono, nello stesso tempo, massive ed espresse in modi inaspettati; esse avviano l’attivazione di numerose istituzioni, di numerosi professionisti su uno stesso territorio. L’attivazione, la sollecitazione dei professionisti fa apparire dei tempi e degli spazi nei quali si creano delle sovrapposizioni di competenze da una parte, di *mission* professionali dall’altra. Ad esempio, quando un allievo presenta delle difficoltà a scuola, attiva il coinvolgimento degli insegnanti o di altri professionisti all’interno stesso della scuola e allo stesso tempo sono attivati altri professionisti esterni, e succede che le competenze di questi professionisti si sovrappongano. La maggior parte delle volte, proprio per la nostra formazione, questa sovrapposizione è sinonimo di “spreco”, poiché diversi professionisti lavorano nello stesso tempo e nello stesso spazio. Tuttavia, nella misura in cui sono gli utenti che ci invitano a questo tipo di lavoro, potrebbe essere ora di riflettere su una valorizzazione di questi “campi di sovrapposizione”.

Infatti, un lavoro comune non significa un lavoro superfluo. I professionisti implicati non hanno lo stesso modo di affrontare il problema: alcuni sanzioneranno il bambino, altri interpelleranno e sanzioneranno i genitori, altri ancora cercheranno soluzioni alternative, altri infine chiederanno un affidamento del bambino, un aiuto educativo, ecc. Un problema, un sintomo che tocca un certo numero di professionisti non ha lo stesso senso per tutti. Essi dovranno riconoscere uno spazio comune di lavoro (che è la ricerca di un aiuto) avendo la possibilità di affermare le proprie divergenze nella maniera di rispondere. Questo lavoro comune, in queste zone particolari, non significa assolutamente la negazione delle competenze specifiche di ciascun professionista. Al contrario, i “campi di sovrapposizione” mirano a precisare

all'inizio e a valorizzare poi queste competenze⁷. Noi riteniamo che sia in aiuto di questo nuovo campo di lavoro che le competenze specifiche dei professionisti siano valorizzate al meglio. I professionisti restano sicuramente dei professionisti.

Malgrado ciò, così come abbiamo già detto, il lavoro in questi spazi è raro, e il più delle volte risveglia un sentimento di insicurezza, che può generare una posizione di ripiegamento, o la ricerca di un controllo rassicurante a breve termine. Un tale sentimento deriva dall'uscita dal quadro. In questi campi, si tratta in effetti di lavorare insieme, ossia di esporre la propria pratica e di uscire dal proprio ambulatorio, dalla propria istituzione: spazi spesso molto impenetrabili. Non è quindi facile per i professionisti lavorarvi e condividere delle informazioni con altri professionisti di cui non si conosce l'affidabilità. Si aggiungono allo stesso tempo la paura della perdita della propria identità professionale per l'apertura agli altri, e il fatto che si debba rendere conto alla propria istituzione, in un contesto estensivo di sospetto.

Questi timori, questi rischi, provengono tutti dal fatto che se noi professionisti, siamo formati al lavoro chiuso, compartimentato, la nostra formazione non ci fornisce alcuna competenza per lavorare nei "campi di sovrapposizione". Non sarebbe quindi necessario farsi aiutare dai veri esperti di queste zone, ossia gli utenti? Sono loro in effetti che creano questi spazi comuni attraverso la loro forza convocatrice, sono loro che arrivano a mettere al lavoro un tale ventaglio di professionisti. Chi, se non loro, può avviare una vera dinamica di rete? Questo ci porta a un considerevole capovolgimento di situazione. Non sono più i professionisti che devono aiutare gli utenti, in un primo tempo, ma *gli utenti che devono aiutarci a lavorare meglio insieme*.

Attraverso questo capovolgimento della logica del sapere, gli utenti sono essi stessi accreditati di un vero sapere, e tramite questo, di un potere. Questa nozione mette quindi in discussione il potere dei professionisti, e di conseguenza, attiene anche alla sfera della politica. parlare di campi di sovrapposizione implica il lavoro comune di diversi professionisti, facendoli uscire dal loro quadro abituale, eventualmente dal loro laboratorio. Inutile aggiungere che il loro quadro abituale autorizza una certa presa di potere sull'utente, garantita del resto dal segreto professionale. In nome di questo principio sacro, nessuna informazione può uscire dalla relazione tra il professionista e l'utente, nessuno dispone di un diritto di sguardo sulla pratica del professionista. Per contro, nelle zone di sovrapposizione, i professionisti non sono più soli di fronte agli utenti ma sono anche di fronte ad altri professionisti. Ognuno può quindi intervenire, e mettere in discussione, riflettere, sulle pratiche tradizionali. Non si tratta assolutamente di annullare tutte le ragioni di potere, che porterebbe a una negazione del conflitto, a un consenso "molle". Si tratta al contrario di dare potere a tutti gli attori della rete, al fine che tutti possano

⁷ Su questo punto rinviamo all'opera di Antoinette Chauvenet *La protection de l'enfance, une pratique ambiguë*, L'Harmattan, Paris, 1992

partecipare alla costruzione, all'elaborazione dell'aiuto più efficace, in un contesto estensivo di fiducia.

La questione difficile dell'interdisciplinarietà sembra trovare, in questo quadro terapeutico, una risposta soddisfacente. Nelle situazioni complesse di disagio multiplo, la messa al lavoro dei differenti professionisti non ha nulla di gratuito né di artificioso. È proprio la famiglia che attiva l'insieme dei professionisti, che li convoca al fine di lavorare insieme. L'interdisciplinarietà è quindi di fatto. È allora che bisogna approfittare di questa forza convocatrice della famiglia che, creando delle zone di sovrapposizione, permette la messa in discussione di certe evidenze, di certe questioni, e apre uno spazio di riflessione, di discussione sulla norma. I campi di sovrapposizione si rivelano allora come una condizione di possibilità per eccellenza di una riflessione critica sulle pratiche terapeutiche e, nello stesso tempo, come la condizione di possibilità di un'altra pratica terapeutica.

Senza dubbio questa messa in discussione radicale dell'unico potere del professionista non è evidente, né facile. Tuttavia, il potere esclusivo del professionista non è più evidente. Esso ha una storia, è contingente: le analisi di Michel Foucault l'hanno dimostrato bene. Alcuni dei suoi lavori, riprendendo la questione kantiana dell'attualità ("che cos'è che accade ora? E che cos'è questo "ora" all'interno del quale noi siamo gli uni e gli altri?"⁸) cercano di comprendere come si sono formate le pratiche, le relazioni di potere della nostra società. Di qui la dimensione essenzialmente storica dell'impresa foucaultiana, per la quale si tratta di vedere da dove veniamo al fine di aprire nuove possibilità di esistenza. Analisi simili sono lontane dall'essere superflue. Risalire all'origine delle nostre pratiche, delle nostre evidenze può eventualmente permettere di dimostrare la loro storicità, la loro contingenza. Le nostre pratiche perderanno allora il loro carattere assoluto, si relativizzeranno e potranno trasformarsi in altre pratiche.

Ciò che interessa Foucault è il modo in cui è diventata la nostra società, dopo il diciottesimo secolo circa: una società disciplinare, una società di normalizzazione. "La norma diventa il criterio di divisione degli individui"⁹. Ora, nella misura in cui questa divisione è effettuata dalla medicina o dalla psicologia, sono i professionisti di questo campo ad essere investiti del potere più importante oggi. È sufficiente constatare il posto imponente che questi esperti rivestono a tutti i livelli della società; tutto deve poter essere spiegabile in termini psicologici. Citiamo, a titolo di esempio, il campo giuridico – "questo criminale è responsabile? Ha subito dei traumi nella sua infanzia?" – o il campo familiare – "perché mio figlio è arrabbiato? Sta vivendo il suo edipo?" Inoltre questo pensiero psicologizzante e medicalizzante si dota di tutta una

⁸ M. Foucault, *Dits et écrits II*, Paris, Gallimard, 2001, p.1498 (trad. it. "Che cos'è l'Illuminismo?", *Archivio Foucault 3*, Feltrinelli, Milano, 1998)

⁹ M. Foucault, *Dits et écrits II*, op. cit. p. 75 (trad. it. "L'estensione sociale della norma" in *Dalle torture alle celle*, a cura di G. Perni, Lerici, Cosenza, 1979)

serie di tecnologie, di pratiche destinate a trasformare l'individuo con l'obiettivo di normalizzarlo. In breve, "tutti i rapporti sono contagiati dal pensiero medico, dalla preoccupazione medica¹⁰".

Foucault fa allora l'archeologia della nostra società disciplinare, cerca le forze, le pratiche soggiacenti che permisero il passaggio da una società di diritto a una società della norma. Per dirla in breve, l'impresa di normalizzazione è cominciata nell'era del capitalismo ai tempi dell'esplosione demografica. È stato allora che si è delineato il progetto di una "tecnologia della popolazione¹¹". Bisognava, insomma, disciplinare, normalizzare i corpi, al fine di procurarsi la forza lavoro più adeguata. I corpi devono essere sani per poter essere utili. Da allora in poi questa tendenza non ha fatto che accentuarsi: bisogna essere normale.

Ciò che ci pare essenziale in questa digressione, è la storicità, la relatività del ruolo del medico e dello psicologo. Non sono sempre stati investiti di un potere prestigioso. Non sono sempre stati i soli a poterci dire la nostra verità. Il loro posto di predominanza può quindi essere messo in discussione e può essere interessante interrogarsi sulle pratiche che non attribuirebbero loro tutto il potere, quali le pratiche che tengono conto dei "campi di sovrapposizione".

"Clinica di Concertazione": un *setting* aperto e rigoroso

Se abbiamo tentato di dimostrare l'utilità di una pratica terapeutica innovativa, nella quale l'utente sarebbe accreditato di un sapere allo stesso titolo dei professionisti, nel quale gli spazi di lavoro comune sarebbero valorizzati, allo stesso livello delle competenze specifiche, si deve ancora definire un *setting* per questa pratica. Come non perdervi i nostri punti di riferimento? Come rendere questi spazi praticabili, efficaci? Per questo è necessaria una metodologia di lavoro. E questa esiste: si tratta della "Clinica di Concertazione"¹².

Questa nuova pratica terapeutica di rete è stata iniziata, nel 1996, da numerosi clinici di rete e formulata in qualche articolo dal dottor Lemaire. Essa mette in contatto famiglie che vivono disagi multipli e severi, professionisti dell'aiuto, della cura, dell'educazione e del controllo direttamente coinvolti, altri professionisti potenzialmente coinvolti e altri "estranei" alla situazione. È per questo supplemento

¹⁰ M. Foucault, *Dits et écrits*, II, op. cit., p. 373. (trad.it. "Il potere, una bestia magnifica" in *Biopolitica e Liberalismo*, Edizioni Medusa, Milano 2001)

¹¹ M. Foucault, *Dits et écrits*, II, op. cit., p. 18 (trad.it. « la politica della salute nel XVIII° sec." in *Archivio Foucault 2*, Feltrinelli, Milano, 1997)

¹² Per una descrizione più dettagliata di questa Clinica di pratica innovativa, di cui qui noi non analizziamo che i principi essenziali: cfr J.M. Lemaire, E. Vittone, V. Despret, "Concertazione e Sistema: alla ricerca di un setting aperto e rigoroso in *Génération*, Paris, marzo 2003, n. 28, pp. 23-26 (disponibile anche sul sito della "Clinica della Concertazione"); per l'origine di questa pratica: A. Chauvenet, V. Despret, J.M. Lemaire, *La Clinique de la Reconstruction*, Paris, L'Harmattan, 1996

di attori non direttamente coinvolti che la “Clinica della Concertazione” si distingue da un semplice coordinamento. Essa trova i suoi riferimenti principali nell’*Approccio contestuale* di I. Boszormenyi Nagy¹³ che inaugura l’etica relazionale come dimensione ineludibile della relazione. Essa è stata praticata in situazioni di disagi multipli e severi, dal 1996, in diversi luoghi: Belgio, Francia, Kosovo, Albania, Bosnia, Croazia, Algeria e Italia.

Precisati questi dati di fatto, entriamo nel merito del quadro metodologico che questa “Clinica della Concertazione” prescrive. Cinque espressioni standardizzate permettono di determinarlo¹⁴. Innanzitutto è richiesto di “parlare come se la famiglia fosse presente”. Questa raccomandazione sollecita in qualche modo, anche se la famiglia in questione è assente, a non dimenticare la parte attiva che essa possiede proprio in questo lavoro di rete. Se bisogna parlare come se la famiglia fosse presente, ciò ci torna a dire che i professionisti non possono più perpetuare la gerarchia dominante che colloca i professionisti nella posizione di maestro e la famiglia nella posizione di allievo. È in qualche modo eliminare il marchio di questa superiorità di sapere dei professionisti che è il loro gergo, forse, a vantaggio di un gergo co-costruito con gli utenti¹⁵.

Una seconda raccomandazione stabilisce che si domandi alla famiglia ciò che essa non vuole si dica di lei, ma soprattutto ciò che essa vorrebbe si dicesse. Di nuovo, se la famiglia non è presente alla “Clinica di Concertazione”, non se ne può fare astrazione, ma fare sempre come se essa fosse presente. Per questo è necessario chiedere alla famiglia che ci indichi come “parlare bene” di lei. Soprattutto, se la “Clinica di Concertazione” mette al lavoro un grande numero di professionisti, è tutta la questione dell’intimità, dell’informazione condivisa, del segreto professionale che deve essere rimesso in discussione. Non si tratta assolutamente di nutrire il fantasma della trasparenza pura della situazione. Piuttosto, un dispositivo simile incoraggia la creazione di zone d’ombra, di intimità. Con questa visione, l’accento sarà posto su ciò di cui la famiglia è fiera piuttosto che su ciò di cui si vergogna. Anziché dalle carenze, la nostra attenzione sarà attirata quindi dalle risorse. Piuttosto che rivelare delle verità nascoste, punto di partenza di un contesto estensivo di sospetto, si tratterà di valorizzare le risorse, fossero anche residuali, punto di partenza di un contesto estensivo di fiducia.

Con la terza raccomandazione si invita la famiglia a “venire con tutte le persone di cui ritiene utile la presenza”. Questa raccomandazione è sconvolgente da

¹³ Per una breve presentazione dell’approccio contestuale, che fornisce comunque accesso a certi elementi bibliografici, cfr. P.Michard, G.Shams Ajili, *L’approche contextuelle*, Bermet-Danisolo, coll. “Essentialis”, 1996 e M.Heireman, *du côté de chez soi*, Paris, ESF Editeur, 1989.

¹⁴ J.M.Lemaire, E.Vittone, V.Despret, “Concertazione e Sistema: alla ricerca di un setting aperto e rigoroso”, art.cit.

¹⁵ Non si tratta di abbandonare ogni gergo, piuttosto ogni concettualità-fantasma di un sapere puro, non contaminato da una teoria.

più punti di vista. Ci torneremo più avanti. Diciamo semplicemente che è attraverso di essa che il dispositivo si apre, in maniera radicale, all'intruso. Non vi devono più partecipare solo le persone direttamente implicate. Questo crea ben più di un'incertezza. Non è possibile prevedere chi sarà presente. Tuttavia, questa imprevedibilità da parte della famiglia è controbilanciata dalla prevedibilità che manifesteranno i professionisti.

Così, come afferma la quarta raccomandazione, ogni professionista, implicato o no, può partecipare alle "Cliniche di Concertazione" in corso; il solo vincolo che gli viene imposto è di preannunciarsi. Questo costituisce il secondo pezzo dell'apertura, da parte dei professionisti questa volta. L'accesso a una "Clinica di Concertazione" non può mai essere rifiutato in modo assoluto, sino a mettere in discussione la possibilità stessa di una "Clinica di Concertazione". Nessuna chiusura del dispositivo è individuabile all'interno del dispositivo stesso. La sua apertura è assoluta, radicale.

Infine la quinta proposizione raccomanda di ringraziare le famiglie di "venire ad insegnarci una parte del nostro mestiere che non conosciamo bene, quella che ci domanda di lavorare insieme". Come abbiamo già visto, non si tratta di negare le competenze specifiche dei professionisti, ma di attribuire anche agli utenti certe competenze, la parte di professionismo che si esercita nei "campi di sovrapposizione"

Insistiamo su questi diversi punti. A nostro avviso costituiscono le premesse indispensabili, le condizioni di possibilità di una "Clinica di Concertazione". Eliminare una di queste raccomandazioni significherebbe la dissoluzione di questo dispositivo terapeutico. Da questo punto di vista, benché esso sia aperto, di diritto, a tutti, non è che sia senza condizioni. Significa solo che l'apertura assoluta del dispositivo *non può* essere messa in discussione. E' questo del resto che gli permette di essere oggetto di tutte le critiche che potrebbero essergli mosse, di tutte le domande che potrebbero essergli rivolte. Insomma, in quanto luogo di dibattito, tutto vi può essere discusso, se ciò non costituisce condizione stessa di dibattito.

Abbiamo esposto ciò che era la "Clinica della Concertazione" in se stessa, senza confrontarla con le pratiche esistenti, e abbiamo cercato di dimostrare che essa si rivela utile in certi casi- in particolare per le famiglie in disagi multipli. È necessario ora discutere della sua collocazione tra le altre figure del lavoro terapeutico. Essa esclude, puramente e semplicemente le forme tradizionali di psicoterapia, quali il colloquio individuale? Che rapporto intrattiene con il contratto liberale?

Possiamo, in un primo tempo, allargare la problematica ai rapporti che intercorrono tra la psicoterapia del settore pubblico e quella del settore privato. Spesso la prima considera la seconda come un ideale da raggiungere. In definitiva, fondamentalmente, è a un tipo di contratto liberale quello a cui dovrebbero

ricondursi tutte le psicoterapie¹⁶. Il contratto liberale stipulato tra un curante e un paziente, accordandosi perfettamente l'offerta e la domanda, costituirebbe l'essenza della terapia, il luogo in cui quest'ultima si manifesterebbe in modo più puro. Tuttavia, e la discussione che precede lo ha dimostrato bene, un tale contratto non è sempre realizzabile, né, a volte, auspicabile. Se è conveniente in alcuni casi particolari, e non si tratta assolutamente di negare l'utilità di questo tipo di psicoterapia, altre situazioni richiedono un altro tipo di risposta. Così, la psicoterapia nel settore pubblico non dovrebbe più cercare di colmare lo scarto che la separa dal settore privato, ma al contrario considerare positivamente il suo percorso, senza confrontarlo sempre con il contratto liberale, come se essa non ne fosse che una pallida copia, una povera approssimazione, sempre in difetto.

Così, noi potremmo abbandonare definitivamente la gerarchia tradizionale, che mette al primo posto la consultazione individuale, il colloquio singolo, e sull'ultimo scalino le pratiche di rete quali il Passaggio, il Coordinamento¹⁷. Potremmo in un primo tempo, sostituire questa gerarchia "frammentante" con una gerarchia "globalizzante", che valorizzi altre pratiche come la "Clinica della Concertazione", la "Concertazione Clinica", la "Clinica della Staffetta. Ma soprattutto ci sembra importante fare un passo ulteriore, e abbandonare queste due forme opposte di gerarchia, articolando ad esempio le diverse figure del lavoro terapeutico di rete sotto la forma di un cerchio. Per semplice rotazione, qualunque figura potrà essere valorizzata attraverso la scelta concertata che ne fanno i professionisti e gli utenti convocati a lavorare insieme¹⁸.

Una ricerca *inautentica*

La "Clinica della Concertazione" facendo parte del cerchio, così come il colloquio individuale, non esclude assolutamente le pratiche attuali. Essa prova piuttosto a rispondere a una carenza della psicoterapia tradizionale, quando le risposte di quest'ultima non apportano alcuna soluzione, quando i professionisti sono "al limite". Così, benché le figure terapeutiche del lavoro di rete si collochino su uno stesso piano, non significa che esse siano la stessa cosa. Dettagliamo un po' quello che noi riteniamo essere la specificità della "Clinica della Concertazione", al fine di trarne alcune conseguenze importanti rispetto allo statuto della ricerca in psicoterapia, e della psicoterapia stessa.

¹⁶ Sottolineiamo che Michel Foucault, quando analizza la nascita della medicina nel diciottesimo secolo, ci insegna che all'origine, la medicina è sempre stata di avvio sociale (M.Foucault, *Dits et Ecrits*, II, op. cit. p. 44 –trad.it. in *Archivio Foucault I*, Feltrinelli, Milano, 1996). Ma in seguito, e oggi, "la medicina funziona nella nostra società come una pratica individualista di faccia-a-faccia, di dialogo medico-malato, come dicono, e nel segreto" (M. Foucault, *Dits et écrits*, I, op.cit., p. 1248 – trad.it. "Le grandi funzioni della medicina nella nostra società" in *Archivio Foucault I*, op. cit).

¹⁷ Per una spiegazione di queste figure del lavoro terapeutico di rete, vedi allegato

¹⁸ idem

A nostro avviso, la “Clinica della Concertazione” è l’unico dispositivo terapeutico assolutamente aperto. Solo questo spazio accetta l’intruso, sia egli un membro della famiglia invitata, un professionista non direttamente coinvolto, una persona di un altro territorio. Insomma, è una persona meno implicata nel disagio dell’utente che *può* sempre partecipare. In questa pratica di rete, non si tratta quindi più di mettere il paziente in uno spazio chiuso di fronte allo psicologo, ma piuttosto di aprire al massimo il sistema. Questa apertura audace può sembrare scandalosa negli ambienti che tendono a favorire la chiusura dei sistemi. E pertanto, il campo sociale, politico, etico, in somma “umano”, può sopportare una qualunque chiusura? L’individuo stesso nasce da una chiusura imposta dagli altri o meglio, come pensiamo, da quella co-costruita con gli altri? I problemi etici possono mai essere chiusi¹⁹? Pensiamo di no. L’intruso sottolinea così un’incertezza essenziale. Può arrivare sempre, perturbare le abitudini della Clinica, sconcertarla. Questa apertura, garantita dall’intruso, ci protegge così da ogni chiusura del dibattito. In sovrappiù, questa apertura non concerne unicamente la parte professionale o familiare. Riguarda anche il terzo elemento di ciò che noi chiamiamo la “triade concertativa”²⁰: i politici. Allo stesso modo, il loro apportare una parte attiva all’elaborazione di questo lavoro permette di lottare contro la confisca delle problematiche sociali da parte del solo ambito psicologico²¹. Insistiamo. Crediamo fermamente che le problematiche di cui si tratta in campo sociale e psicologico non possano essere assoggettate, confiscate da parte dei soli professionisti. Insomma, far partecipare i professionisti, gli utenti, i politici permette, in un progetto foucaultiano, di discutere le norme, le frontiere, al fine di aprire nuove possibilità di esistenza, di vivere –insieme.

Consegue a tutto questo che noi possiamo considerare le “Cliniche di Concertazione” *come dei luoghi di ricerca in psicoterapia*. In effetti, attraverso il dibattito contraddittorio che esse avviano tra i diversi partecipanti, sono le pratiche, le convinzioni di tutti che sono discusse, ragionate. I professionisti, se sono costretti a scoprirsi, a esercitare le loro pratiche davanti ad altri professionisti e davanti agli utenti, potranno essere interrogati su queste. Sembra infatti che il contratto liberale, in particolar modo il colloquio singolo “psy/paziente”, consente una messa in discussione molto limitata del lavoro dello “psy”: il sacro segreto professionale, inizialmente concepito a “protezione” dell’utente, non porta soprattutto a proteggere la pratica del professionista? In nome di questo segreto nulla esce dall’ambulatorio, nessuno sguardo critico può esservi portato. Se quindi questo tipo di contratto liberale perpetua lo schema del controllo, della normalizzazione, la “Clinica di Concertazione” al contrario, senza rinnegare la parte normativa del lavoro

¹⁹ Se sì, come e da chi?

²⁰ La “triade concertativa”, composta da clinici, utenti e politici, è la condizione fondamentale per la nascita di una “Clinica di Concertazione”. Un solo elemento di questa triade non basta alla sua creazione, è necessario “un fascio di volontà”: Il ruolo del politico si manifesta, ad esempio, nella messa a disposizione di un locale non stigmatizzante per le “Cliniche di Concertazione”.

²¹ Confisca, che denunciava già Michel Foucault (cfr *Dits et écrits*, I, op.cit. p. 469 – trad. it. “Filosofia e psicologia”, *Archivio Foucault I*, op.cit.)

dei professionisti, permette tuttavia di interrogarla. È, lo ripetiamo, l'apertura del dispositivo che condiziona la possibilità di una riflessione radicale sulle pratiche di aiuto, di cura, di educazione e di controllo: chiunque può parteciparvi, chiunque può partecipare all'elaborazione di nuove pratiche, di nuove possibilità di vivere-insieme. Ne deriva che *l'organizzazione del lavoro di aiuto, di cura, di educazione e di controllo non potrà più essere separato dal lavoro di aiuto, di cura, di educazione e di controllo*, poiché l'utente e coloro con cui egli vive ne saranno, da subito e immancabilmente, una componente attiva ed efficace.

Infine, non ci resta che da giustificare il nostro titolo, ed esplicitare perché noi possiamo considerare le "Cliniche di Concertazione" come degli *spazi abitabili per una psicoterapia inautentica*. A questo fine deve essere introdotta una breve messa in discussione del concetto dell'autenticità. Inutile precisare che questa nozione è oggi spesso eretta a valore supremo: l'autentico deve essere ricercato, in particolare in un mondo corrotto come il nostro. Intesa in questo senso corrente²², l'autenticità significa una certa fedeltà del soggetto ai suoi propri valori, un rapporto vero o puro con questi ultimi. Così, per esempio, il Mongolo che vive nella steppa, con i suoi cavalli, le sue tradizioni, è ben più autentico di colui che ormai abita nella città. Si intende che quest'ultimo fu "contaminato" dall'Occidente, che non ha potuto rimanere (fedele a) se stesso²³. Questi elementi permettono facilmente di vedere che l'autenticità suppone un rapporto con sé²⁴, l'inautenticità un rapporto con l'altro. Ora, poiché noi sosteniamo che il rapporto con l'altro è costitutivo del sé, ci sembra si possa ridare un valore importante all'inautenticità²⁵. O meglio, possiamo smettere di considerare l'autenticità e l'inautenticità assiologicamente, al fine di metterle in semplice correlazione, ciascuna di esse rinviante a un pezzo della soggettivazione: il rapporto con sé, il rapporto con l'altro. Così, se la "Clinica della Concertazione", attraverso la sua apertura assoluta all'intruso, ai parassiti, all'altro, concernerà più specificamente la faccia inautentica della psicoterapia, essa non potrà che rinviare al suo correlato, intendiamo le altre pratiche terapeutiche tradizionali e autentiche.

A guisa di conclusione, approccio ritmico

Roland Barthes, in un corso al Collège de France sul "vivere insieme", osservava: "Dalla mia finestra (1° dicembre 1976), vedo una madre che porta il suo bambino per mano e spinge la carrozzina vuota. Camminava imperturbabilmente col suo passo, il bambino era trascinato, strattonato, costretto a correre tutto il tempo,

²² Non si tratta qui in alcun modo di mettere in discussione il senso filosofico di questo concetto così come ha potuto essere sviluppato da un Heidegger o da un Sartre.

²³ Aggiungiamo, en passant, che una tale concezione, usuale, dell'autenticità, suppone implicitamente, e all'opposto della concezione sartriana, che un'essenza preceda l'esistenza.

²⁴ "L'autenticità suppone l'appropriazione di sé, senza resti, né scarti" (J.L. Marion, *Etant Donnè*, Paris, P.U.F, coll. Epiméthée", 1998, p.440)

²⁵ "È assolutamente necessario contestare il quadro originario dell'autenticità come appropriazione del sé" (ibid. p. 401)

come un animale o un prigioniero che cerca di fuggire. Va al suo ritmo, senza sapere che il ritmo del bambino è altro. E questo, benché sia sua madre!²⁶. Tale osservazione, banale, dimostra quanto può avere di traumatizzante, di violento, il fatto di vedersi imporre un ritmo diverso dal proprio. E ciò perché il ritmo è essenzialmente legato al potere. Ciò che il potere impone innanzitutto è un ritmo – di vita, di pensiero, di tempo. Da questo punto di vista, la domanda di idioritmo (il ritmo proprio) si fa sempre contro il potere.

Questa questione del ritmo può applicarsi a ogni relazione di potere. Si comprende quindi perché Barthes accordi un posto particolare a questo concetto nei suoi corsi sul “vivere-insieme”. Ci offre così una nuova griglia di lettura per decifrare le ragioni di potere nella società, griglia che ci permette di comprendere, in un altro modo, i principi della “Clinica della Concertazione”.

Ci spieghiamo. Una famiglia in disagio multiplo si trova all’origine di una rete originale. Essa si confronta con diverse istituzioni, istituzioni che non intrattengono alcuna relazione tra di loro. Così ogni istituzione si occupa dei problemi che la riguardano, e impone un ritmo proprio alla famiglia. Non essendo in corso alcuna concertazione tra i professionisti, alla famiglia sono imposti i ritmi più diversi. Questi impediscono ogni fenomeno di risonanza e non possono che rendere la famiglia diffidente. Essa si ritrova strattonata da diverse istituzioni e rischia di manifestare dei rifiuti sempre più pronunciati alle risposte che le vengono offerte.

A questo problema, la “Clinica di Concertazione” abbozza senza dubbio un tentativo di risposta. Nel suo funzionamento, nella sua elaborazione paziente e attenta è accordato un nuovo spazio al ritmo. Ci si prende del tempo per presentarsi, per parlare, per “balbettare”. I professionisti e gli utenti trovano qui l’occasione per cercare insieme un ritmo comune. Può essere creata allora una nuova dinamica; il potere non è più nelle mani dei soli professionisti. Così, riflettendo sulla questione del ritmo²⁷, potrà nascere una relazione nuova, di fiducia.

²⁶ R. Barthes, *Comment vivre ensemble*, Paris, Seuil, 2002, p.40

Come farsi soggetto? Filosofare a partire dalle “Cliniche di Concertazione”

1. Introdurmi nella vostra storia.

Si invita spesso il filosofo perché si impegni in quello che si può chiamare un'impresa di fondazione, ossia perché egli apporti le giustificazioni ultime e più profonde a una realtà o a una decisione già data, collocando ben solidamente questa cosa o questa azione in un solco ormai tratto, al quale nessuna coscienza umana potrà rifiutare il proprio accordo: una “verità prima” come lo è, si dice, il famoso “Cogito ergo sum” di Cartesio. Gli si chiede a quali verità filosofiche eterne e universali, una pratica può raccomandarsi per difendere la sua esistenza di fronte agli uomini e – chissà – di fronte a Dio. Ora, come dice in modo eccellente Mme Despret nel suo breve testo che con Géraldine Brausch ha avuto la gentilezza di preparare per introdurre questo strano elemento soprannumerario che sono io, non è così che concepisco la filosofia: la concepisco, nello spirito di Michel Foucault del resto, non come un tentativo di confrontare le pratiche umane a una verità o a una norma che sarebbe quella di una ragione universale, di ciò che sempre e ovunque gli uomini avrebbero dovuto pensare, ma piuttosto come un esercizio di diagnosi, ossia di individuazione di un *evento* che sta per accadere, e di un evento che seziona le categorie filosofiche e costringe quindi, *mi* costringe almeno, a pensare altrimenti. Essere così costretto, è, credo, il piacere proprio del filosofo.

Così non vi porterò qui qualche verità filosofica di cui mi sarei sentito detentore attraverso l'assiduità della mia attività di studio e l'intensità dei miei sforzi di meditazione. Non auspico di comparare le pratiche nelle quali siete impegnati a qualche saggezza filosofica o teorica di cui io avrei il segreto. Mi propongo invece di tentare davanti a voi un esercizio, un semplice esercizio. Troppo spesso, si tende a vedere la filosofia come un insieme di tesi da difendere, di affermazioni da formulare, di verità da stabilire, di messaggi da trasmettere, di significati da comunicare, con una modalità almeno in parte edificante. Ora io credo che la filosofia sia innanzi tutto un mestiere, un certo modo di fare, e che bisogna definirla attraverso le sue operazioni piuttosto che i suoi contenuti, attraverso i suoi gesti piuttosto che attraverso i suoi oggetti.

Mi lanciai quindi in un esercizio filosofico: essendo stato invitato, ossia sollecitato da fuori, dal dott. Lemaire, a intervenire a questo convegno in merito ai Clinici di Concertazione, e non essendoci stata occasione da parte mia di incontrare questo percorso psicoterapeutico nelle mie ricerche passate, non lavorando del resto su – diciamo- l'epistemologia della clinica, la filosofia della medicina, la storia delle psicoterapie, o non so quale altro campo di competenza che giustificerebbe la mia

presenza qui, sono stato sorpreso, ma anche toccato, certamente, e interessato a che il dott. Lemaire e coloro che hanno preparato questo incontro, abbiano potuto essere curiosi del mio discorso, come se io avessi qualcosa di utile da darvi. Avrei potuto essere tentato di sottrarmi a una sollecitazione che mi portava ad occuparmi di qualcosa che, come si dice, non è un mio problema, ma ho scelto di fidarmi del loro giudizio: ho immaginato che essi dovessero sapere, loro, perché mi avevano invitato, e che avessero delle ragioni assolutamente oggettive di pensare che io potessi sentirmi coinvolto: e in altre parole, che loro mi conoscessero meglio di quanto mi conosca io. Approfittando quindi della loro inattesa iniziativa, mi sono detto che sarei andato non per apportare qualche sapere ma, al contrario, per fare lo sforzo di appropriarmi di un sapere che fino ad oggi non mi apparteneva.

Ecco ciò che vorrei fare. Mi propongo di prendere questa pratica, di interrogarmi sulle ragioni concrete che hanno condotto alle “cliniche di concertazione”, per valutare i problemi filosofici che questo gesto avvia, involontariamente forse, in ogni caso senza avere l’intenzione esclusiva di fare della filosofia. Cercate di capirmi bene: avrete forse l’impressione che io tenti, nelle riflessioni che seguono, di dire a coloro che praticano queste cliniche di concertazione qual è la verità di ciò che fanno, adottando così una postura filosofica in qualche modo di supremazia nella quale la filosofia sarebbe il detentore conclamato di un sapere esclusivo su ciò che le persone fanno senza saperlo. Non è affatto la mia intenzione. Non perché io la trovi troppo arrogante – non ho nulla contro l’arroganza – ma unicamente perché non la considero efficace per la filosofia stessa. Ciò che mi interessa è provare a cogliere gli effetti filosofici di una pratica, che è tanto più interessante per la filosofia che la incontra senza averla cercata, o meglio: che passa perfettamente dalla filosofia. Non cerco quindi di dire la verità su ciò che sono queste pratiche; non pretendo affatto di attribuirgli del positivo; pretendo al contrario di diagnosticare, di - per così dire - cartografare gli effetti di spostamento sui miei problemi filosofici che può avere questa *invenzione* – perché di ciò si tratta – di un percorso psicoterapeutico.

Devo dire che appena ho incominciato ad informarmi con maggior puntualità della natura esatta del lavoro che fanno i clinici di concertazione, mi sono sentito ricompensato dei miei sforzi e confermato nelle mie convinzioni. All’inizio, perché non è affatto in vista di difendere una tesi filosofica che si sono messe in atto pratiche “terapeutiche” o “sociali” – il loro stesso statuto è ambiguo, e questo è uno degli aspetti che lo rende interessante – quali sono le pratiche cliniche di concertazione. È anche - se ben comprendo un testo che sembra essere un piccolo manifesto scritto da Lemaire e Halleux – a partire da una preoccupazione assolutamente pragmatica: quella di una migliore concertazione tra i diversi operatori nella presa in carico di famiglie in difficoltà e di un miglior sfruttamento del potenziale terapeutico *interno* a una situazione. Si parte infatti dalla constatazione che un gran numero di situazioni conosciute e, in principio, trattate dalle istituzioni preposte a farsi carico della “sofferenza” sociale, arrivano ad uno stallo, mentre la

messa in relazione di diversi elementi di questa situazione che sono trattati separatamente avrebbero permesso lo sblocco della situazione stessa. Mi permetto di riportare l'esempio citato da Lemaire e Halleux nel loro testo, sul quale ritornerò del resto, perché lo trovo particolarmente canonico, si direbbe quasi una parabola in senso evangelico²⁸. Frank, un giovane con problemi, che rifiuta di farsi aiutare, accetta in compenso di entrare in uno spazio di cura non per se stesso ("pour moi, c'est foutu" dice) ma per la nipotina di 4 anni, anche lei in difficoltà, ma che resta inaccessibile ai servizi sociali perché la nonna, che se ne occupa (la madre è morta e il padre è introvabile) rifiuta l'offerta dei servizi che le istituzioni le fanno. Frank contribuisce quindi a una dinamica di trasformazione della situazione. Così ad un problema ammirevolmente terra terra, i clinici di concertazione apportano una risposta altrettanto ammirevolmente pragmatica: creare degli spazi relativamente neutri che permettano ai diversi individui impegnati a diverso titolo- addirittura senza titolo, semplicemente perché si sentono impegnati -, di ritrovarsi in modo da potenziare così le dinamiche positive che attengono a ciò che gli uni sono pronti a fare per gli altri, ma non per se stessi. In breve, mettete i problemi *insieme* e troverete una soluzione. È addizionando i problemi che si risolvono! Meravigliosa aritmetica di questa clinica. È quindi un problema di ingegneria del lavoro sociale, di dare una dritta alle istituzioni di presa in carico: il clinico di concertazione è un sorta di idraulico un po' stravagante che viene a raccordare delle canalizzazioni orfane e riattivare una rete che non conduce i suoi flussi là dove potrebbero circolare... Si tratta anche di un problema quasi di economia dello Stato sociale, che concerne l'efficacia dei dispositivi di presa in carico, ed è proprio da questo punto di vista economico che Lemaire chiede che si valutino questi dispositivi.

Queste pratiche non hanno quindi *intenzioni* filosofiche. Esse non cercano, e questo è particolarmente felice, di *illustrare* una *tesi* filosofica, neppure la tesi secondo la quale le pratiche terapeutiche sono troppo normalizzatrici e devono essere rientrate sul soggetto stesso... Ma non per questo esse non hanno *implicazioni* filosofiche, implicazioni di cui Lemaire e Halleux sono ben consci nel loro testo; esse hanno anche – e questo è senza dubbio la cosa più importante – degli *effetti* filosofici: sono questi che ci interessano. Questi effetti sono numerosi e possono essere visti da diverse angolazioni; mi concentrerei su una linea che mi sembra coerente. Essa va da una definizione di ciò che è la psicoterapia alla difesa di un percorso fondato sul fatto che le persone si istituiscono *soggetti* dei loro propri problemi, per finire col riflettere su ciò che la clinica della concertazione, a partire dalle innovazioni tecniche che le sono proprie, e che attengono al suo lavoro sulla nozione di *sistema*, ci insegna su questo movimento così strano e così fondamentale che è il movimento di *soggettivazione*. Attraverso questo percorso, cerco di cogliere più da vicino la *differenza* che fa la clinica della concertazione in rapporto ad altri approcci, e gli

²⁸ *L'inventivité démocratique aujourd'hui, le politique à l'épreuve des pratiques*, dir. Géraldine Brausch et Edouard Delruelle, Edition du Cerisier, 2005

effetti di *spostamento* che questa differenza impone alla domanda filosofica, così semplice quanto magistrale: come ci si può far soggetto della propria storia?

2. Ma che fa il mio psicoterapeuta?

Per prendere bene la misura degli effetti filosofici che producono le cliniche di concertazione - consciamente senza dubbio, sebbene non intenzionalmente - è necessario restare più vicino possibile all'invenzione pratica che esse costituiscono. Che vogliono quindi *fare* le cliniche di concertazione? Esse si inscrivono in pratiche che sono pratiche di aiuto o di cura - in modo assolutamente considerevole, le cliniche di concertazione non propongono di separare nettamente i due termini - che si chiameranno "psicoterapia" benché il termine sia troppo preciso, e che le cliniche di concertazione, a mio avviso, mettono proprio in discussione a partire dalle due radici di cui è composto: i problemi a cui si cerca una soluzione sono di natura "psicologica" (e non "sociale", o "metafisica" e neppure "esistenziale", etc.) e la soluzione è di natura "terapeutica" (e non "etica", o "politica", o "erotica", o "turistica" o "artistica") ossia questi problemi derivano dal paradigma della malattia e le soluzioni da quello della cura. Le cliniche di concertazione, certamente, mettono in discussione questi presupposti, ma lo fanno dall'interno di queste pratiche dette psicoterapeutiche.

È molto difficile, in verità, definire la nozione di psicoterapia: per esempio, non si può dire che sia l'assenza del corpo che definisce una psicoterapia, perché ci sono molte maniere di mettere il corpo in gioco nelle psicoterapie, che vanno dallo psicodramma all'imposizione delle mani passando semplicemente dall'utilizzo della voce... Più in un generale, se si volesse passare assolutamente dal corpo per intervenire sull'altro, ci si troverebbe allo stesso modo piuttosto disarmati... Non voglio fare qui l'elenco dei tentativi falliti per definire questa nozione e andrò dritto a una sorta di postulato.

Converremo di chiamare psicoterapia in senso ampio del termine ogni percorso che si propone di identificare dei problemi e di trovare delle soluzioni che non esistono e che non hanno efficacia se non a condizione che colui al quale sono destinate le apprenda, anche senza comprenderle, se ne faccia destinatario, in modo conscio o inconscio²⁹. In altre parole, mentre un medicamento agirà normalmente sia che il paziente sappia o meno che glielo si è somministrato, una psicoterapia non avrà efficacia che attraverso la mediazione di questo sapere. Ora, sicuramente le psicoterapie differiscono nel modo di concepire questo sapere: si può ammettere o

²⁹ Cerco di impiegare dei termini non tecnici al fine di essere compreso da tutti, ma allo stesso tempo sufficientemente lievi per non essere appiattiti sui termini di una certa concezione filosofica. In filosofia, chiamerei classicamente questo elemento *l'intenzionalità*, ciò che è recepito come oggetto di "intento", ciò che è oggetto di un'intenzione, non nel senso di uno scopo, ma nel senso di un oggetto di consapevolezza, di un contenuto di consapevolezza: ma questo termine contiene troppi presupposti filosofici per mantenersi a un livello di generalità auspicabile.

non ammettere che esiste un sapere inconscio, ossia che qualcuno possa farsi destinatario di un gesto senza rappresentarselo coscientemente; si può pensare che questo sapere, sia inconscio alla forma di una rappresentazione, o meglio che la nozione di rappresentazione è troppo legata al sapere conscio, si può stimare che la terapia debba passare attraverso la verbalizzazione di questo sapere o attorno a questo sapere – o al contrario che può restare nel silenzio, nel gesto, nel sentimento come raccomandano le tecniche di ipnosi; e altre alternative ancora. Ma qualunque siano le loro immense differenze, tutti questi percorsi hanno in comune di riporre la loro efficacia non su dei processi causali ciechi e indifferenti all'esistenza di ogni pensiero, ma al contrario tenendo conto del fatto che l'essere umano è – per sua fortuna o sfortuna indissolubilmente, e senza che si comprenda troppo bene ciò che questo vuol dire – un *essere pensante*, e ci sono molte cose che si producono per il solo fatto che noi pensiamo ciò che capita. Ciò che capita non è solo un avvenimento opaco e brutto sprofondato nel silenzio delle cose, ma anche qualche cosa alla quale noi diamo un *sensò*, e gli effetti che ciò ha sulla realtà dipende in larga misura dal senso che noi gli diamo. Chiamiamo questo effetto che dipende dal senso delle cose e non dalla loro “vera natura”, l'efficacia *simbolica* riprendendo qui il titolo di un celebre articolo di Claude Lévi-Strauss³⁰. E diciamo quindi che le psicoterapie sono allo stesso modo delle tecniche che permettono di produrre un'efficacia simbolica.

Una volta effettuata questa prima distinzione, se ne impone una seconda. Perché, in seno alle psicoterapie, le cliniche di concertazione si collocano a lato di tutto un insieme di pratiche che riposano sull'idea che *le “soluzioni” dei problemi che enuncia un soggetto o che gli sono attribuiti non sono che da cercare nel soggetto stesso*. In altre parole, esse fanno parte delle tecniche che pensano che aiutare un soggetto sia aiutarlo ad aiutarsi, e che nessuno può fare nulla per noi se non noi stessi. Da cui, del resto, il carattere limite di questi percorsi in rapporto al modello medico, di cui si vede bene, fin nei dibattiti politici che concernono l'inquadramento istituzionale delle psicoterapie in Francia, che esse resistono all'idea che un medico è qualcuno capace di diagnosticare uno scarto oggettivabile a una norma e che sa attingere da un elenco di soluzioni disponibili per colmare questo scarto grazie ad una serie di operazioni ben definite. Qui, specificamente, si rifiuta di dire al paziente “ciò che egli ha”, si rifiuta anche di supporre che egli abbia qualcosa, ancor meno si pensa di disporre di una piccola scatola composta di piccole procedure preconfezionate che, applicate alla persona, risolverebbero i suoi problemi meccanicamente; tutt'al più si cerca di arrangiarsi per darle la forza di disfare da sola i nodi che incontra. C'è qui senza dubbio un punto di spartiacque con, ad esempio, certe terapie cognitive o comportamentiste che vogliono ravvicinare il modello dell'efficacia simbolica ad un processo meccanico, nel quale il medico dispone in definitiva di *stratagemmi* efficaci per trasformare un individuo, senza che *egli stesso* in qualche modo abbia da realizzare l'operazione, poiché è l'efficacia del condizionamento che se ne fa carico. Mi sembra che le cliniche di concertazione,

³⁰ Claude Lévi-Strauss, *Antropologie structurale*, Plon, 1955

senza nulla escludere degli altri percorsi, si inscrivano, per ciò che le riguarda, in pratiche la cui efficacia è riposta sul *coinvolgimento* dei soggetti e mantengono, contro ogni avversità, che si possa assolutamente eliminare da un'impresa psicoterapeutica il problema della "buona" o "cattiva" volontà dei soggetti.

È necessario fare attenzione a non sminuire ciò che possono avere di *scandaloso*, di per sé, tali pratiche. Perché, infine, che cosa ci dicono: che non è lo psicoterapeuta che ci cura; siamo noi stessi che ci curiamo. Ma allora perché pagare lo psicoterapeuta? E poi, qual è la sua competenza? Che cos'è che sa fare, se alla fine rifiuta di ammettere che ci sono degli scarti dalla norma e dalle procedure esse stesse normali per ricondurre alla norma nel senso medico del termine? Che cos'è che *fa* se egli si accontenta di far fare, addirittura di lasciarsi far fare? Perché rivendica il titolo di "medico"? Non è intrinsecamente nella posizione dell'impostore?

Qualunque siano le profonde divergenze che possono opporre le cliniche di concertazione, come tutte le forme di analisi sistemica, alla psicanalisi, credo che esse condividano con quest'ultima questi problemi e debbano affrontare alla fine gli stessi sospetti, proprio come le altre del resto, come l'ipnosi eriksoniana ad esempio. E' che tutte hanno in comune questa convinzione terapeutica molto forte, di sapere che è *il soggetto che è in sé la sua propria risorsa "medica"*, convinzione che è anche una postura politica e allo stesso tempo etica perché concerne il rapporto con la norma. Essa porta a rifiutare il supporre che esistano delle norme "psicologiche" allo stesso modo in cui ci sono delle norme organiche; essa obbliga a una profonda messa in discussione della nozione stessa di "salute" mentale, etc., tutti problemi che si trovano particolarmente tematizzati in Freud e forse ancor più in Lacan.³¹ Non si tratta quindi tanto di permettere a un individuo o a un gruppo di rientrare nella norma quanto di permettere a un soggetto (individuale o collettivo) di apparire, di costruirsi, col rischio di vederlo contribuire alla delimitazione delle norme e quindi alla loro critica. Tutta la virtù terapeutica attiene precisamente a ciò che si può chiamare effetto di soggettivazione, questo divenire-soggetto, ossia questo modo di divenire un agente di trasformazione della situazione nella quale si è coinvolti. Non si ha un modello di vita da proporre alle persone, dicono questi psicoterapeuti: noi non siamo dei profeti. Vogliamo solo che le persone non subiscano semplicemente ciò che si presenta come scarto rispetto ai modelli dominanti, ma siano capaci di definire esse stesse i loro propri modelli...

3. L'eccesso soggettivo.

Ma senza dubbio non è necessario insistere troppo a lungo su questi problemi di rapporto con la norma, perché alla fine sono ben noti: animano, da più decenni,

³¹ Freud ad es. in "analisi terminata analisi interminabile", quando conduce la psicoanalisi più vicino possibile alla nozione di *etica*, o anche in *Disagio della civiltà*, e Lacan per es. nel seminario sull'*Etica della psicoanalisi*

lunghe dibattite, storiche e isteriche, sulla psichiatria e sulle psicoterapie in generale e sono rimasti spesso, purtroppo, senza sbocco. Sarebbe forse più interessante per noi oggi sottolineare ciò che questa specie di assioma terapeutico ha di estremamente intrigante dal punto di vista filosofico. Perché, alla fine, che cosa dice quando afferma che è necessario rinviare il soggetto a se stesso se questi vuol trovare una soluzione ai suoi propri problemi? Si dice che *il soggetto può più su stesso di quanto non sia capace di rappresentarsi*. È questa in fondo tutta la problematica dell'inconscio... Che suggerisce la tesi dell'inconscio se non che, da una parte, se ne sa molto di più di quanto non si creda (e che non se ne vorrebbe sapere) e, dall'altra, che per questa stessa ragione si può su di sé molto più di quanto la nostra padronanza su noi stessi ci faccia sperare. Ora io credo giustamente che si potrebbe – e anche che si dovrebbe – definire il soggetto attraverso questo *più* di potere su di sé, questo potere su di sé in eccesso sul “me”. Non c'è forse miglior definizione dell'“io” che dire: “io” è colui che può più che il “me” si rappresenti... “Per me, è finita”, diceva Frank nella storia riportata da Lemaire e Halleux e che ho già richiamato. Ma il “me” è essenzialmente “fottuto”, è dell'essenza del me essere passato e “superato”; è proprio quando c'è il superamento del me che c'è la comparsa di un soggetto, in eccesso su questo me che non è che una funzione di rappresentazione, quindi una funzione sociale, per forza alienata attraverso dei compiti di rappresentazione.

L'interesse di definire il soggetto attraverso questo eccesso di potere è ciò che permette di mostrare che il soggetto non è per forza individuale. Si ha troppo spesso la tendenza a immaginare che il soggetto si confonda con l'individuo. È precisamente perché lo si confonde con la coscienza, con qualcosa di esistente e di reale. Ma il soggetto non esiste: ciò non è che un puro eccesso. E si può ben dire di un collettivo che diventa soggetto quando si mette a potere molto più di quanto non lo si creda – e che non *si* creda – capace, addirittura che non sarebbe oggettivamente capace se si piegasse ai vincoli sociali e culturali che si esercitano su di esso. Si può quindi dare una definizione più generale di questo eccesso soggettivo, che includerebbe dei collettivi. Si potrebbe dire: c'è soggetto perché un *sistema* può sempre più di ciò che è rappresentabile al suo stesso interno, o ancora perché in un *insieme* c'è sempre più di quanto questo insieme *comprenda*, nei due sensi del termine, di contenere al suo interno e di trovare intellegibile. E diremo che c'è costituzione di un *soggetto* – ciò che si può chiamare *soggettivazione* – nel momento in cui questo eccesso è attualizzato; da allora il sistema diventa “soggettivo” o c'è del soggettivo nel sistema, nel senso che non è più soltanto una cosa, ma che si trasforma da se stesso. Il soggetto, è quindi questo elemento soprannumerario che non era compreso nell'insieme di partenza.³²

Così, si vede bene che un soggetto non è una cosa reale, già esistente, che noi non saremmo naturalmente nulla che in quanto essere pensanti e che, come ci ha

³² Si trovano riflessioni simili sulla nozione di soggetto per esempio in Alain Badiou, *Teorie du sujet*, Seuil, 1982, o in *L'être et l'événement*, Seuil, 1988

detto Cartesio, un essere pensante è un *ego* che *cogita* più o meno forte. Non si nasce soggetti, lo si diventa. E ancor di più: non lo si diventa che a condizione di confondersi con il proprio divenire. Il soggetto non è che un divenire. E se va bene, come lo si è ripetuto negli anni cinquanta e sessanta, ai tempi d'oro dello strutturalismo, una *funzione*, questa funzione non serve solo a far marciare un sistema, a farlo girare per produrre i suoi piccoli effetti, come un criceto sulla sua ruota, ma è anche una funzione che attiene a ciò che, per una ragione che noi non comprendiamo ancora, i sistemi che noi siamo, sono più capaci di quanto non se lo possano rappresentare.

Prima di avventurarci sulla ragione di questo eccesso, riassumiamo quanto abbiamo acquisito e traiamone tutte le conseguenze filosofiche. Noi diciamo che certi effetti terapeutici riposano sul fatto che ci sia un *eccesso* di potere sul sé all'interno della situazione, che spetta al terapeuta liberare. Si può più di quanto non ci si rappresenti di potere: c'è uno scarto tra le virtualità soggettive di una situazione – si chiama soggetto questa capacità di trasformazione di sé attraverso se stessi – e ciò che questa situazione può rappresentarsi come istanza capace di darsi essa stessa suoi propri scopi. Essere separati dalla propria potenza, questa è la condizione – e la sola – alla quale questo genere di psicoterapia cerca di rimediare. In ciò, essa è molto vicina alla filosofia come pratica di emancipazione.³³ Tutti pensano che l'insieme, nello stesso tempo, dei problemi e delle soluzioni dell'umanità attengano a questo elemento misterioso che è la *libertà* umana... Ma non si può comprendere questa tesi se non rifiutando di assegnare in modo netto questa libertà a un essere in particolare, dicendo per esempio che si tratta della libertà *individuale* o al contrario *politica*. Ci si accontenta di dire che tutta la questione è di restituire un sistema alla sua propria potenza. Soprattutto – ed è ciò su cui vorrei concludere questo punto – si deve prendere coscienza che questa libertà non ha nulla a che spartire con l'idea della *padronanza del sé*; si tratta piuttosto di un *superamento del sé*. Si è troppo spesso vittime di una rappresentazione della libertà come capacità a darci dei limiti, a fare ciò che la nostra volontà ci rappresenta come lo scopo da raggiungere. Questa filosofia della libertà ispira anche le nostre istituzioni politiche, nelle quali si immagina che lo Stato sia in qualche modo il cervello delle nostre società, capace di darsi degli scopi e di mettere le risorse collettive al servizio dei suoi "progetti". Si tratta di ciò che si può chiamare una concezione "moderna" della libertà, per opporla – con tutte le facilità di questo genere di vocabolario – a una concezione "post-moderna" che si rappresenta la libertà in una figura completamente opposta di un superamento di sé, di un'apertura a qualcosa di sé nel quale, precisamente, non si *ricosce*. Essere liberi, non è tenersi bene al guinzaglio, è poter dare attuazione a quel *plus* di possibile al quale la padronanza di sé non potrebbe mai darci accesso.

³³ È così, per es. che Gilles Deleuze definiva la filosofia in una ispirazione che egli voleva spinozista, riprendendo una frase celebre di Spinoza che diceva: "Non si sa che cosa può un corpo..." Allo stesso modo, potremmo accontentarci di dire: "Non si sa che cosa può un sistema..."

4. Sui limiti del sistema.

Ora - ed è qui che la cosa si fa più interessante – le cliniche di concertazione differiscono dagli altri percorsi psicoterapeutici di cui ho parlato, (di quelli che conferiscono l'efficacia simbolica a ciò che si potrebbe chiamare l'effetto-soggetto) per il modo in cui esse pensano che ci si debba implicare, tecnicamente, per *operare* questa attualizzazione di un eccesso soggettivo in una situazione. Ed è precisamente in questa differenza tecnica che si gioca la sua forza di provocazione filosofica. Perché là dove la psicoanalisi, ad esempio, pensa che i limiti del sistema debbano essere in qualche modo fissati all'inizio – contenendoli nelle frontiere dell'individuo – le cliniche di concertazione fanno l'ipotesi che queste virtualità soggettive abbiano delle possibilità di attualizzarsi solo a condizione che, proprio, *non si definiscano i limiti del sistema, che non si assegnino identità pregiudiziali a questa situazione che deve trovare in se stessa più di quanto non possa*, che il sistema definisca esso stesso le proprie frontiere e di qui anche *costruisca* i suoi propri problemi. Ciò che io percepisco come le due grandi innovazioni tecniche delle cliniche di concertazione possono ricondursi a questo unico principio: mi sembra infatti che le cliniche di concertazione si distinguano dalle altre psicoterapie del soggetto in quanto sostengono che il processo di soggettivazione debba essere cercato con due mezzi: il primo, *l'attivazione delle relazioni interne a una situazione*, in altre parole gli impegni e le interazioni delle persone le une verso le altre; il secondo l'apertura di questo dispositivo relazionale, ossia la possibilità per ogni persona che si considera o che si sente coinvolta dalla situazione di partecipare ad una consultazione in merito a questa situazione, e ancora l'accoglienza di chi è definito "intruso". Queste sono due innovazioni molto concrete, ma le cui implicazioni filosofiche sono molto forti perché ci dicono, in definitiva, *come implicarci* per fare in modo che diveniamo il più possibile soggetti della nostra propria storia e ci danno informazioni su questa cosa strana che si chiama soggetto e che è profondamente legata alla nostra concezione di libertà.

Cominciamo dalla prima: puntare sull'attivazione delle relazioni interne a una situazione. Faccio qui allusione a questo evento nella parabola già citata: Frank, che non vuole né può nulla per sé, vuole e può molto – e anche a priori *tutto ciò che sarà possibile* – per la sua nipotina. Se li si prende separatamente, non si ottiene nulla; insieme, si installa una dinamica di trasformazione della situazione. Si va quindi ad appoggiare il processo terapeutico (ossia il processo di soggettivazione) sulla messa in relazione degli elementi in seno a un sistema. Questo rifiuto di individuare a priori *l'individuo* come unità pertinente su cui debbano appoggiarsi e risolversi i problemi, iscrive chiaramente le cliniche di concertazione in un ampio insieme di approcci sistemici. Le cliniche di concertazione hanno ripreso da numerose riflessioni al contempo terapeutiche, politiche e filosofiche del dopo-guerra, la convinzione che il comportamento e anche l'esperienza interiore di un individuo è funzione della sua *posizione* in un insieme, che non c'è individualizzazione se non in seno ai movimenti

correlati di individualizzazione, in breve che io non sono ciò che sono se non quando io vengo, come si diceva ai tempi d'oro dello strutturalismo, a *prendere posto* in una struttura in cui mi definisco per differenza rispetto agli altri - ai genitori, ai fratelli e sorelle, ai cugini e ad altri ancora: io non ho identità se non *di posizione*; divento qualcosa o piuttosto qualcuno in funzione della casella che io sono portato ad occupare in un sistema di luoghi che precede e condiziona fino alla mia esistenza, che si ripete e si trasmette di generazione in generazione.³⁴ C'è qui, a dire il vero, una tesi filosofica forte e profonda, sulla quale è impossibile dire altro che delle banalità, ma che è tuttavia necessario rilevare, non fosse che intuitivamente: perché essa dice insomma che l'individuo (o la persona psicologica) non ha un contenuto interiore, non ha *essenza* nel senso in cui non c'è niente di positivo: non è qualcosa di determinato, non è che una semplice differenza e ciò che è dipende dalle relazioni nelle quali si trova: Il semplice buon senso ci insegna che noi non siamo mai le stesse persone in funzione della posizione che occupiamo – perché noi prendiamo, come si dice “la tête de l'employé” -, in modo che *un cambiamento di posizione avvierà un cambiamento di natura*. Questo è evidentemente di primaria importanza per le psicoterapie, poiché se voi arrivate a cambiare la posizione degli agenti gli uni verso gli altri (e a condizione, ancora una volta, che questo cambiamento sia un effetto soggettivo e non qualcosa semplicemente imposto dall'esterno), allora potete sperare in una trasformazione delle dinamiche locali e collettive.

Ma c'è dell'altro: perché se non ci si accontenta dell'idea che l'unità pertinente su cui devono appoggiarsi e risolversi i problemi sia l'individuo, di conseguenza, non ci si aspetta più da un *lavoro su di sé*, da un ritorno sulle pieghe più o meno oscure della propria interiorità e da una ripresa in mano della sua persona – con il soccorso, soprattutto, di qualche *insight* immediatamente liberatorio – la risoluzione di una situazione. Una volta che si è rinunciato a focalizzare l'attenzione sull'elemento, e che si sono messi in discussione in specifico i limiti e la natura del livello a cui la terapia deve lavorare, ci si può domandare se questo cambiamento concernente la scala di pertinenza non implichi un autentico cambiamento di metodo. Qui, di nuovo, si presenta un'alternativa. Dobbiamo prendere in conto non più l'elemento isolato ma il sistema, unicamente al fine di poter fare in modo che tutti riflettano insieme su ciò che non va? Si tratta di poter dire: “Che cosa fate per vostra figlia? E voi, Signorina; domandatevi che cosa fate perché vostra madre vi tratti in questo modo... vediamo, ritorniamo indietro, a quel momento in cui le cose hanno cominciato a degenerare tra di voi?” Si tratta insomma di trasferire a livello collettivo i metodi di “ritorno su di sé” che passano per particolarmente appropriati a livello dell'individuo? Ci si deve aspettare dalle famiglie che facciano un lavoro di *interpretazione* delle loro difficoltà? Le cliniche di concertazione fanno ancora (con altri) una scelta che mi sembra assolutamente

³⁴ Su questa definizione della struttura come sistema di luoghi, si può fare riferimento per es. al breve testo di Gilles Deleuze, “Da cosa si riconosce lo strutturalismo?”, in *L'île deserte et autres textes*, Minuti, 2002.

chiara: esse non basano la loro efficacia sulla *comprensione* e la rimonta in superficie dei non-detti, dei malintesi, ma sulla sola messa in relazione di certi elementi del sistema che, normalmente, non sarebbero messi in relazione. Esse si aspettano un effetto-soggetto non dalla riappropriazione da parte della persona o del collettivo del suo essere e della sua verità intima sebbene oscura, ma dalla semplice redistribuzione delle relazioni in seno ad un insieme. Si tratta di trasformare in qualche modo la circuitazione dell'insieme, e non di lavorare sui contenuti. Sembrano riprendere lo slogan della "schizo-analisi" di Gilles Deleuze e Félix Guattari: non interpretate, macchinate, agite.³⁵ Il soggetto non è nell'approfondimento della comprensione di sé, ma in una connessione tra gli elementi interni a un insieme e che, tuttavia, per la loro sola interazione, fanno uscire da questo sistema qualcosa di più di ciò che ciascuno avrebbe potuto per se stesso. Se si prendono le cose al livello del sistema e non dell'elemento, non è per avere più senso, un senso più vero o più profondo di quello di cui l'individuo solo sarebbe stato capace, ma per avere più libertà nella connettività del sistema, più opportunità nello stabilire dei raccordi, più scelte nel montaggio e nello smontaggio del circuito. La clinica di concertazione è quindi fedele in senso letterale all'idea che l'identità è di posizione e unicamente di posizione: si tratta soltanto di cambiare la distribuzione della posizione degli elementi gli uni in rapporto agli altri. Ancora una volta la sua grandezza sta nella sua prossimità con l'idraulica...

5. Chi è che ha dei problemi?

Ma se la "Clinica di Concertazione" può allontanare un po' la questione del senso, della comprensione, della riflessività, che appesantisce molto tutti i percorsi psicologici abituali, che attribuisce loro un'aria così insistentemente *edificante*, è anche perché questo suo appello al livello sistemico si iscrive in un profondo spostamento della problematica psicoterapeutica. Infatti, considerato che il presupposto di un gran numero di approcci sistemici è, in definitiva, che *colui che è malato e deve essere trattato non è l'individuo, ma il sistema*, le cliniche di concertazione hanno interesse a mettere a disposizione del professionista una tecnica che permette in specifico di non decidere *chi* è malato, di non affermare neppure l'esistenza della malattia. Non si tratta di cambiare il livello dell'osservazione e dell'intervento del terapeuta: si tratta di liberare il potenziale terapeutico interno a questa situazione. Ritorniamo alla nostra parabola. Se ci si rifiuta di isolare il caso di Frank da quello di Sonia, non è perché si pensa che sia la loro relazione che li rende malati e che non si comprenderà nulla di ciò che gli accade se non li si tratta insieme; è semplicemente perché Frank è pronto ad impegnarsi in una dinamica positiva di trasformazione di questa situazione *al fine* di occuparsi di sua nipote. È un fatto – ma un fatto molto mal utilizzato e generalmente visto piuttosto con sospetto – che noi siamo molto più disposti a fare qualcosa per gli altri piuttosto che per noi stessi, che siamo anche più *capaci* di trovare delle soluzioni per gli altri. La relazione non è intesa

³⁵ Deleuze e Guattari, *Anti Edipo*, 1973

qui come l'oggetto da trattare, ma come ciò che permette un *impegno soggettivo*. Nel mondo, non ci si impegna mai per sé. Nessuno ha mai desiderato vivere per la sua stessa persona. Ci si impegna o ci *si inserisce soggettivamente nel mondo nel corso di una relazione e anche di più relazioni*. Sono gli altri che tracciano per me i cammini che mi conducono nel mondo, che mi danno *voglia* del reale. Questo lo afferma anche la sociologia, la psicologia e la filosofia.³⁶ Ma è difficile vedere quale dispositivo terapeutico possa fare qualcosa di questa constatazione. Qui ancora le cliniche di concertazione aprono una porta.

Questo è particolarmente importante dal punto di vista delle implicazioni etiche o politiche di questi percorsi. Infatti l'imperativo "diventate soggetti della vostra propria esistenza" non ha valore realmente emancipatorio che a condizione che non si dica prima per chi e in virtù di cosa ci si deve sentire interpellati come soggetto, ossia convocati come capacità di trasformazione dello stato delle cose. È necessario lasciare che le persone decidano da sé la natura esatta della situazione *che le concerne*, ossia ciò che ne fa parte e ciò che non ne fa parte. Frank non si sente coinvolto per ciò che fa lui stesso? E va bene: ammettiamo che non faccia parte della situazione che lo richiede come soggetto, e vediamo ciò che egli riconosce come un *suo* problema. Perché lui sa, sicuramente che è ciò che si definisce "un giovane con problemi", ma sa anche che i suoi problemi sono quelli che lui pone alla società in cui vive, e che si interessa a lui solo perché egli *dà fastidio*. Lui è un problema per gli altri prima che esserlo per se stesso, e ogni tentativo per fargli comprendere che dovrebbe prendersi in carico rischia di non portare a nulla di diverso che a inviargli un messaggio di minaccia. Dove tu ti lasci aiutare da noi, tu ti farai sanzionare dagli altri (con i quali noi condividiamo questo mondo che tu rifiuti). Si riconosce qui la trappola nel quale si trovano imprigionati molti operatori sociali, e in modo generale tutte queste persone oneste e molto ben intenzionate nei confronti dei loro simili che non possono che rammaricarsi di colui che rifiuta il loro aiuto: non è possibile per loro ignorare che il loro aiuto è spesso l'inverso di una pena, che si propone nell'orizzonte di una *costrizione*. La cosa è diventata talmente vera che si sono creati dei dispositivi come le ingiunzioni terapeutiche che finiscono di confondere la pena e la cura³⁷. Più in generale, non è difficile comprendere che l'imperativo di soggettivazione può essere messo al servizio di una forma di alienazione ancora più penosa di quella che vi richiede semplicemente l'obbedienza, per così dire, esteriore, senza esigere in sovrappiù che voi partecipiate alla vostra propria servitù: "Prendetevi in carico!": questa non è soltanto la formula di emancipazione, del passaggio dalla "minorità",

³⁶ Penso qui soprattutto al testo di Durkheim sul *Suicidio*, che ci mostra finalmente che il desiderio di vivere stesso è sostenuto dalle forze sociali. Vedere anche il testo di Frédéric Worms che fa la sintesi su questa "filosofia delle relazioni": "La vita che unisce e la vita che separa? Il problema del senso della vita oggi" in *Kairos*, n. 23, 2004

³⁷ Cfr l'articolo di Marcela Jacob, "Lo spirito delle pene: la pretesa funzione simbolica della legge e le trasformazioni reali del diritto penale in materia sessuale", in *L'Unebévue*, n. 20, 2002

come diceva Kant, alla “maggiorità”³⁸; è anche la parola d’ordine del potere, di un potere che ha bisogno che si faccia di se stessi l’istanza di controllo e di regolazione in un universo troppo flessibile per fissare delle norme omogenee e che non avrebbe, in ogni caso, i mezzi per sorvegliare e punire quanto sarebbe necessario. “Fate qualcosa per voi stessi!”, che vuol dire: esercitate voi stessi quel controllo che altri eserciterebbero su di voi in ogni caso... “Fate partecipare” i governati al loro governo, molto spesso non è che un trucco un po’ grossolano per riuscire ad ottenere da loro ciò che ci si augura che essi facciano, e ciò che si sa è che nessun dispositivo di costrizione e di sorveglianza potrà ottenere. Questo ragazzo si droga? Non lo raddrizzeremo a colpi di bastone e con il fargli capire chi è che comanda qui; no, noi non siamo dei padri autoritari all’antica; gli parleremo e lo faremo parlare, negozieremo e decideremo, e gli faremo comprendere perché deve smettere, gli insegneremo a *desiderare ciò che deve*³⁹.

Ora uno dei punti di forza delle cliniche di concertazione è, a mio avviso, di aver trovato un procedimento per evitare proprio questa imposizione dei problemi, che è la risorsa stessa dell’autorità. Di fronte a ciò che è segnalato come un “problema” (ossia, siamo chiari, uno scarto dalla norma, nel senso di qualcosa che intralcia un’attività finalizzata⁴⁰), non si crede che la tattica migliore sia di identificarlo (diagnosi) per applicare in seguito una soluzione ottimale estratta da un ventaglio di soluzioni conosciute e disponibili (prescrizione). Al contrario, si pensa che l’essenziale del lavoro consista proprio nel lasciare che il problema si determini da sé. Si constata che le persone non riconoscono per forza i problemi che si attribuiscono loro: per esempio, la propria tossicodipendenza, può non essere per un giovane, un problema che egli si riconosce, quando le angosce notturne della figlia della sua giovane amica lo interpellano in qualità di soggetto. Si gioca quindi sulle relazioni di oggettivazione e soggettivazione *interne* ad una situazione – ossia sul fatto che ci si rende soggetto (istanza che si convoca per risolvere un problema riflettendovi e intervenendovi sopra) *per un altro* e che ci si lascia trattare come oggetto *dagli altri* – al fine di avviare questa dinamica di soggettivazione che attiverà degli *spostamenti*, dei cambiamenti di posizione degli uni rispetto agli altri e alla fine una trasformazione del sistema. Non si decide al posto delle persone dei problemi che esse hanno: si cerca in

³⁸ “Risposta alla domanda: che cos’è l’Illuminismo?”, in *Critique de la faculté de juger*(*Critica del Giudizio*), Folio, Gallimard, 1985(trad.it. in I.Kant, *Antologia di scritti politici*, a cura di G.Sasso, Bologna, Il Mulino, 1977)

³⁹ Queste riflessioni sulla nozione di soggetto concordano con il celebre testo di Louis Althusser, “Idéologie et Appareil idéologique d’Etat”, *Positions*, (Editino soiale, 1976) in cui egli dimostra che il “soggetto” si costituisce nel movimento attraverso il quale si sente interpellato, nel senso in cui l’interpellazione è un’attività poliziesca... Mai questa tecnica per la quale si domanda al soggetto di avere una funzione di polizia è stata così evidente come da qualche anno a questa parte in cui si vuole “responsabilizzare gli individui”, “i genitori”, etc.

⁴⁰ Riprendo qui in modo molto generale la definizione di norma che Canguilhem propone in *Le normale t le pathologique* (ried. “Quadrige”, PUF), e che permette di sottolineare che è sempre perché ci sono degli esseri che hanno degli *interessi*(in altre parole che vivono) che ci sono le norme. La norma non è né la media, né il consolidato: è una funzione per un’attività finalizzata.

specifico a che cosa esse si impegnano in percorsi risolutivi a partire dai problemi che esse stesse si riconoscono – perché, che cos'è avere un problema, se non precisamente avere qualcosa da fare, aver un compito da assolvere, sentirsi richiedere di mettere in opera un certo numero di operazioni da realizzare per trasformare una situazione?... Permettere quindi di attivare le relazioni interne ad un sistema, non è decidere in anticipo della natura dei problemi da trattare, e lasciare che da questo fatto i soggetti si costituiscano decidendo essi stessi della *struttura* di una situazione, ossia, allo stesso tempo, degli elementi che devono far parte del "sistema" (nel senso dell'unità pertinente per affrontare i problemi) e delle relazioni che questi elementi intrattengono. Potremmo riassumere tutto ciò sotto la forma di un teorema filosofico: *Un soggetto è possibile solo se c'è la libertà di delimitare la situazione nella quale il soggetto si sente parte coinvolta.* "Divenire un soggetto" e "tracciare la figura di una situazione", è una sola ed unica cosa. Di fatto, concretamente, una grande parte del lavoro realizzato nelle cliniche di concertazione consiste proprio nel determinare, in concertazione con i diversi partecipanti, chi farà parte dell'incontro e chi no.

Si vede che questo presuppone trattare gli individui non come oggetti passivi di un problema che i professionisti dovrebbero risolvere, ma al contrario come soggetti attivi che operano, in rapporto alle altre parti coinvolte nella situazione, *sullo stesso piano dei professionisti stessi* – poiché si pongono, insomma, come terapeuti... si sa come sia difficile, malgrado tutte le buone intenzioni che si possono avere, evitare questo spartiacque maggiore che, in un contesto "terapeutico" istituzionalizzato, finirà quasi sempre per mettere il professionista nella posizione di colui che si suppone sappia, e gli altri che sono coloro che fruiscono di un servizio. È qui che interviene una delle più importanti innovazioni tecniche delle cliniche di concertazione, la più specifica. Dal momento, infatti, che non si fa dell'individuo isolato il bersaglio unico dell'intervento terapeutico, non si decide dall'inizio che *un solo* professionista possa e debba sentirsi coinvolto in una situazione. Là dove la maggior parte delle analisi sistemiche avrebbero ammesso la necessità di introdurre una pluralità di elementi legati gli uni agli altri, le cliniche di concertazione rivendicano la necessità di introdurre una *doppia molteplicità*. Per rompere la relazione di oggettivazione e di supremazia che esiste tra un professionista e l'utente, si mescolano insieme più saperi eterogenei.

Saperi eterogenei collocati in uno stesso spazio e concernenti uno stesso "oggetto", finiscono col non potersi più rapportare al loro oggetto come (traduction à vérifier) se questo fosse su un piano diverso dal loro. L'oggetto finisce per apparire a sua volta come un soggetto di sapere, come detentore di un sapere proprio, che consiste nel tenere insieme tutti questi saperi eterogenei. Per questo non ci si può relazionare con esse come una teoria con un oggetto, ma come un sapere a un altro, diverso ma sullo stesso piano, contestabile senza dubbio, ma come avviene per ogni altro approccio agli stessi problemi.

Tutto si svolge quindi come se il disagio stesso delle persone in difficoltà non apparisse più come un problema, ma come un altro approccio ad un stesso problema

– non essendo più il problema, la persona “in disagio” ma l’insieme nel quale questa persona, quelle con cui vive (o si considera in relazione) e quelli che si occupano di lei, sono immersi – perché, dopo tutto, l’impotenza non è solo quella dei “pazienti” ma anche quella dei professionisti che si trovano qui “in svantaggio”. Non si ha più quindi una relazione da osservatore a osservato nella quale si tratta di comprendere e di far passare un senso, ma una relazione da agenti a agenti in cui si tratta di far qualcosa insieme con queste stesse relazioni.

É a partire da queste osservazioni che è anche necessario comprendere filosoficamente la seconda e ultima tra le innovazioni più specifiche delle cliniche di concertazione: quella che consiste nell’affermare la necessità di mantenere il sistema aperto, nel senso in cui persone – che vengono da parte dei professionisti o della “famiglia” – che possono sembrare non aver nulla a che fare con la situazione, possono sempre essere invitate a parteciparvi; quella che riserva quindi un posto all’“intruso” . Di che cosa si tratta? Si tratta di costituire un insieme o una situazione tali che in seno all’insieme o a questa situazione si trovi quindi un elemento *indeterminato*, un elemento virtuale, che può esserci o non esserci, ma di cui non si può sapere prima l’identità. Questo elemento indeterminato è in qualche modo garante, in specifico, della possibilità per tutti i partecipanti di delimitare lo spazio del problema o la dimensione del sistema in cui deve costituirsi il soggetto. Testimonia anche che i problemi non sono mai chiusi su se stessi, ma si incastrano gli uni negli altri e si relazionano. Dobbiamo costantemente fare i conti con questa evidenza. I problemi psicologici sono dei problemi familiari, e i problemi familiari dei problemi sociali, ma anche questioni di territorio, di vicinato, etc. “Non sono io che ho un problema, è il mondo in cui vivo che non ne vuol sapere di me. È lo spazio urbano che è marcio, sono i poliziotti che ci provocano, etc...”; sappiamo bene, malgrado tutti gli sforzi che si fanno oggi per “responsabilizzare gli individui” o “responsabilizzare i genitori”, che i problemi non possono essere arbitrariamente isolati. Ma questa coscienza è spesso futile, quasi derisoria, nella misura in cui si salta troppo spesso al *globale*: si va , ad esempio, dall’individuo alla società tutta intera. “Non è lui il problema, è la società nella quale egli vive. Trasformiamo il tutto e cambieremo le parti...”. Ora sul tutto, purtroppo, non abbiamo presa, o almeno non abbiamo presa *soggettiva*: c’è senza dubbio, un’amministrazione, un calcolo, una razionalità possibile, al livello del tutto, ma non c’è soggetto. Rileviamo che il vizio di questo ragionamento non attiene a ciò che passa troppo in fretta a livello della “società tutta intera”: è la forma stessa del movimento che va dall’elemento al sistema preso come una totalità già data che non va. Si commette lo stesso errore se si dice: “non è Peggy che sta male, ma tutta la sua famiglia” o meglio: “non è Jacky, è la coppia intera”, perché in tutti questi casi si continua a voler determinare il sistema all’inizio, come se si potesse decidere di ciò oggettivamente, come se decidere di ciò non fosse aver già deciso della quasi totalità dei problemi, come se non si fosse allo stesso tempo sacrificato ogni *eventualità soggettiva*, ogni possibilità di un evento di soggettivazione, in questa situazione.

Una delle grandi virtù delle cliniche di concertazione è proprio quella di aver in qualche modo scongiurato questa tentazione della totalizzazione grazie al suo dispositivo. Non si va da una totalità (l'individuo ne è una) a un'altra (famiglia, società, etc.), ma si lascia proprio che le relazioni determinino esse stesse, *localmente*, la loro propria estensione. Si può certo spostare lo spazio del problema, ma non lo si può fare che *a poco a poco*, per vicinanza, aggiungendo una relazione, e senza mai saltare al livello del "Tutto". Ora se non c'è soggetto al livello delle totalità, perché noi non possiamo impegnarci come soggetto a livello della totalità – noi dobbiamo sempre in questo caso *delegare* il nostro potere e questo è ciò che si fa quando si eleggono dei rappresentanti politici ma dal momento in cui si affida a dei meccanismi cibernetici la cura di modificare ciò che è necessario nel sistema perché, in qualche modo senza che non ci sia nulla da fare, questo vada meglio -, se quindi, contrariamente a ciò che ha per molto tempo immaginato una vecchia tradizione filosofica (hegeliana, per gli iniziati), non c'è effetto-soggetto possibile a livello delle totalità, ce ne può essere al contrario a livello delle *relazioni locali*. Questo vicino indeterminato che è l'intruso sempre possibile, questa posizione non occupata o questo elemento che non ha posizione pregiudiziale è colui che, poiché impedisce la chiusura del sistema, restituisce la fabbrica delle relazioni alla sua propria produttività, impedisce che si limiti, e fa sì che possa determinare, essa stessa, lo spazio dei suoi problemi. Perché, lo abbiamo già detto, la domanda "chi è definito o si definisce come facente parte di una situazione, come elemento *incluso* in un insieme o in un sistema?" – questa domanda decide interamente della natura dei problemi stessi. In modo che istituzionalizzando questo elemento = X, l'intruso sempre possibile, le cliniche di concertazione istituiscono una specie di piccoli spazi nei quali, in seno a questo fantasma improbabile che è "la Società", delle piccole concatenazioni possono mettersi a *pensare i nostri problemi*, a costruirli. Non si accontentano più di subirli, contribuiscono a sperimentarne delle ridefinizioni possibili. Le cliniche di concertazione hanno messo a punto una procedura, una tecnica, che consente di non lasciarsi intrappolare nelle alternative abituali delle psicoterapie: la psicologia, la sociologia, la medicina, la politica. Esse permettono proprio di discutere di queste frontiere, di queste ripartizioni, non semplicemente a livello intellettuale, ma concretamente sperimentando altri insiemi possibili. E esse lo fanno inventando delle tecniche particolari alle quali ho fatto riferimento – la ricostruzione della rete (attraverso il "sociogenogramma"), la concertazione per determinare i partecipanti ad una riunione, la mescolanza di *diversi* professionisti con diversi membri della famiglia o alleati, etc). È pensando queste invenzioni in apparenza modeste, ciò che io ho chiamato questa "idraulica" del lavoro sociale, che si può approfondire un problema filosofico che sembra particolarmente impegnativo: quella della natura del soggetto. Un soggetto non è nient'altro che una maniera di includersi in un insieme definendosi non in rapporto al tutto ma in relazione a certi elementi, ed è in questo modo che questa inclusione ha per orizzonte la trasformazione di uno o più elementi della situazione. E l'elemento soprannumerario, "l'intruso", quello che può appartenere a un insieme *senza titolo*, quello è il

testimone che i limiti del sistema non sono mai fissati – in definitiva, che un soggetto è sempre possibile.