

Contrappunti di pratiche e teorie per una psichiatria culturalmente orientata

SALVATORE INGLESE

1. Introduzione

L'irruzione dell'etnopsichiatria in Italia è stata preparata molto tempo fa dalle prime traduzioni dell'opera vasta e ancora poco studiata di Georges Devereux. Una peculiare angoscia claustrofobica spinge questo infaticabile ricercatore a effettuare vari transiti disciplinari – scienze fisiche e chimiche, etnologia, psicologia sociale e psicoanalisi, etnopsichiatria, ellenistica – sempre alla ricerca di un principio universale con cui spiegare l'irriducibile variabilità dei mondi che, infine, dispone sotto la sovranità della combinazione dinamica tra un dominio esterno (cultura) e uno interno (inconscio) (Inglese 2007). Queste due “province” sono forma e materia costitutiva dell'essere umano propriamente detto. Devereux pensa che la psicoterapia dinamica possa elevarsi fino a un vertice “metaculturale” (punto neutro da cui osservare la “Cultura in sé”), limite superiore dove avviene la neutralizzazione del transfert e del controtransfert “culturali” (Coppo 2003; Devereux 1984, 2007). La sua impresa ideale urta contro la resistenza sprigionata dall'essere umano in quanto soggetto culturalmente determinato, entro una comunità dotata di singolarità storica.

Nell'accezione di questo studioso, consideriamo l'etnopsichiatria una metodologia applicata allo studio delle relazioni tra dimensioni psicologiche e variazioni culturali che caratterizzano la genesi degli esseri umani, comunque irriducibili alla loro costituzione naturalistica risultante dal gioco interattivo di tre nuclei problematici – *Ethnós/Psyché/Iatréia* – che permettono di conoscere: 1) lo statuto di un fenomeno psicopatologico nel mondo dell'individuo sociale (*ethnós*); 2) il principio vitale della persona, culturalmente determinato (*psyché*); 3) il sistema terapeutico tradizionale del paziente e come quest'ultimo interagisce con quello medico occidentale (*iatréia*) (Devereux 2007; Inglese 2005a; Inglese, Cardamone 2010). L'etnopsichiatria cura “anche” i migranti stranieri rispettando il loro reticolo di appartenenze sociali e vincoli di lealtà culturale, sapendo che le migrazioni sono eventi critici che trasformano le società di provenienza e di arrivo delle popolazioni dislocate (Inglese 1997; Nathan 1996).

2. Di clinica in lingue

Il metodo etnopsichiatrico presuppone un transito dalla società ospitante ai mondi ospitati che richiede il superamento delle barriere linguistiche interposte tra clinico e paziente (Harrag 2005; Inglese 2017a).

La lingua è una proprietà culturale della persona, acquisita grazie al lavoro di iscrizione sociale e affiliazione antropologica eseguito dal proprio gruppo originario. Le lingue sono strumenti culturali, artefatti concreti finalizzati alla comunicazione sociale, dotati di un valore d'uso e di scambio simbolico (Everett 2005, 2009). Esse sezionano differentemente il continuum di quanto è esperibile e pensabile da un soggetto (Whorf 1989). Affinché le differenze possano essere ricondotte a significati transitivi e comprensibili è necessario istituire una comparazione tra le lingue stesse per mezzo della traduzione di parole, frasi, discorsi nella forma e nella struttura espressiva di un secondo idioma. Ogni atto traduttivo consiste in un'operazione interpretativa che bilancia il significato da assegnare a un'espressione linguistica elementare o complessa. La traduzione aggiunge o sottrae significati possibili, plausibili, legittimi ed efficaci; non riproduce l'esatto equivalente di una lingua, ma fornisce il suo "quasi" equivalente (Casadei, Inglese 2017; Eco 2012).

Interagire nella e sulla lingua del paziente costituisce una potente leva clinica per centrare gli obiettivi diagnostici e terapeutici. Lavorare "nella" lingua rende permeabile la barriera dei significati in cui si articola il pensiero comune del paziente. Lavorare "sulla" lingua permette di comprendere le regole e le modalità con cui si estrinseca il pensiero che, mentre narra il malessere, guida l'interpretazione "prima" del paziente (ispirata dalle nosologie condivise e circolanti nel suo gruppo di appartenenza) e condiziona l'interpretazione "seconda" del clinico (derivata dalla nosologia del proprio gruppo professionale). Tali interpretazioni sono oltremodo complesse perché vengono attivate dalla traduzione da una lingua all'altra e dalla codificazione continua all'interno di una stessa lingua (es., slittamento da una lingua comune a una lingua tecnica). Traduzioni e codificazioni avvengono sia nella lingua del clinico sia in quella del paziente. Più in generale, in una lingua si dicono cose che non si possono né si riescono a dire in un'altra per cui, se si vogliono creare le condizioni operatorie per attingere alle esperienze fondamentali e dirimenti dei pazienti, bisogna sviluppare l'interazione terapeutica nelle "lingue-matrici" dell'esperienza (Casadei, Festi, Inglese 2005; Duranti 2007; Inglese 2017a).

Le lingue contengono impliciti e generano malintesi anche tra affini; una lingua sconosciuta raddoppia vertiginosamente il peso dell'implicito e il rischio dell'equivoco (Inglese, Gualtieri 2015a; La Cecla 2009). L'attività di mediazione

etn clinica incomincia proprio nel momento in cui una parola, una frase o un intero discorso risultano ambigui, facendo oscillare le possibili traduzioni lungo uno spettro di senso molto ampio e non immediatamente comprensibile (Casadei, Inglese 2017). La traduzione è simile a un cammino che si biforca in una ramificazione infinita di sentieri, i cui punti di diramazione obbligano i soggetti a immaginarsi come compagni in movimento, vincolati a prendere decisioni tra alternative di significato, a causa della natura del loro rapporto e dello scopo della missione rispettiva. Durante il cammino lungo la traduzione interlinguistica, il mediatore crea punti di convergenza, a partire da punti di divergenza, tra significati esistenti in mondi alternativi, autonomi e compiuti. La convocazione di un mediatore, agente principale della traduzione, è anche un antidoto efficace contro la tentazione di raffigurare gli stranieri come “nullatenenti”: senza nomi propri, storicamente assegnati e vissuti; privi di relazioni sociali e familiari; in assenza di originali sistemi di classificazione delle loro esperienze soggettive, individuali e collettive – le une e le altre all’interno di sempre più vasti collettivi umani e non umani (Descola 2005; Inglese 2005b; Nathan 1996).

3. Mediatori

Il mediatore etnolinguistico è parte costitutiva essenziale della struttura del dispositivo clinico e, grazie alla sua funzione, contribuisce organicamente allo svolgimento della dinamica transculturale tra gli attori partecipanti allo scambio nelle lingue parlate all’interno del campo operatorio (Casadei, Festi, Inglese 2005). L’innesto di un interprete che svolge una funzione di mediazione linguistica e, soprattutto, etn clinica permette di procedere all’esame della visione nosologica attiva nel mondo del paziente così come espressa dal paziente stesso e dai suoi rappresentanti significativi (familiari e rete di supporto sociale). La conoscenza del mondo culturale del paziente avviene nel luogo e nel momento stesso dell’interazione ma non allo scopo di costruire una verità etnografica da sottoporre alla validazione di una corporazione professionale. L’apparecchiatura suddetta costruisce in direzione del verosimile e resta ricettiva all’irruzione dell’inverosimile (linguaggio cifrato dei sintomi *culture-bound*; es., *transe*-possessione). Questo accorgimento produce una modificazione tecnica e ambientale dell’interazione clinica a geometria variabile: duale, grupppale, assembleare, parlamentare, diplomatica. Il laboratorio etnopsichiatrico diventa una matrice sperimentale che lavora sull’invisibile e sull’ignoto piuttosto che sul *ready-made* delle tecniche standardizzate. Questa metodologia clinica può essere scomposta e ricomposta in un’infinità di rapporti terapeutici, fino a diventare il dispositivo

d'azione che risponde meglio all'istanza della singolarizzazione operatoria (Inglese, Cardamone 2017).

Tale modalità non corre verso l'unità e l'unificazione dei punti di vista, ma verso una loro moltiplicazione. Essa favorisce la fabbricazione degli strumenti che il paziente e il proprio gruppo impiegheranno per risolvere il problema clinico: la forgiatura degli strumenti avviene direttamente sul campo clinico e durante gli scambi dinamici intercorrenti nel perimetro operatorio di uno spazio vivente finalizzato alla cura. Gli strumenti terapeutici non esistono già necessariamente predisposti nell'ecologia culturale del paziente né in quella del clinico, ma devono essere costantemente ricostruiti soprattutto in ragione della dissoluzione delle strutture culturali originarie del primo, provocata da processi geopolitici e geoclinici su scala di massa e di estensione planetaria (Inglese 2017b).

4. Migrazioni internazionali in Italia

Le migrazioni internazionali verso l'Italia presentano alcuni tratti peculiari: 1) passaggio e insediamento di popolazioni prive di relazioni storiche significative con il nostro Paese (estraneità storico-antropologica), in conseguenza dell'assenza di un'importante e prolungata sovranità coloniale su altri mondi (eccezione: Balcani, Corno d'Africa); 2) esistenza di barriere linguistico-culturali tra migranti allogeni e italiani autoctoni (scarsa acculturazione anticipatoria da parte dei migranti; riottosità degli italiani ad acquisire una conoscenza elementare dei tratti culturali degli stranieri); 3) opacità di manifestazioni comportamentali, espressioni emotive, costruzioni noetiche e modalità relazionali dei migranti allo sguardo clinico (scotoma centrale: incapacità di classificare con precisione i disturbi mentali sottoposti alla distorsione socioculturale del processo migratorio); 4) mancato sviluppo degli studi di psicologia, psicopatologia, psichiatria e psicoterapia transculturali (es., nosologie e terapeutiche elaborate negli altri mondi culturali); 5) assenza di un dialogo sistematico e multidisciplinare tra gli attori clinici e i ricercatori socioantropologici.

Le migrazioni innescano processi di estraniamento socioculturale: l'espanto geografico provoca una separazione degli stranieri dalle loro matrici antropologiche oltre che l'amputazione traumatica degli scambi intracomunitari e intercomunitari. Esse causano fratture multiple a carico dei legami solidali interni alla società ospitante oltre che una resistenza contro l'intervento statale e quello umanitario (reazione autoimmunitaria contro le proprie istituzioni). Questo attrito sociale può essere complicato da una reazione immunitaria del corpo sociale ospitante contro l'alieno recalcitrante che può distorcersi in violenza periodica

ad alta intensità o, alternativamente, in violenza continua a bassa intensità. Tali derive xenofobiche e xenopatiche rappresentano il deragliamento psicopatologico sincronico di massa dei gruppi allogeni e autoctoni (Inglese 2005a). Pertanto le migrazioni impongono il compito clinico e politico di procedere alla profilassi e alla cura del pregiudizio e dello stigma insorgenti nelle popolazioni ospitanti (Inglese 2005b). Il pregiudizio culturale va contrastato anche nei gruppi stranieri tra i quali viene alimentato dalle precarie condizioni di vita o dal misoneseismo reattivo all'irriducibilità delle originarie visioni del mondo sempre storicamente fondate (Jaspers 1950).

La globalizzazione ha reso da tempo inattuale il termine stesso "migrazione". Quanto abbiamo di fronte, per intensità e tipologia, sopravanza la categorizzazione invalsa come "psicopatologia delle migrazioni" (Beneduce 1999; Inglese 1996). L'etnopsichiatria viene inizialmente elaborata per riflettere e agire nei confronti dell'alterità emergente in un altrove remoto – secondo il canone classico (centrifugo) della storia dell'antropologia occidentale – e resta perplessa di fronte al nuovo canone (centripeto) dettato dall'immigrazione straniera (Faranda 2012; Inglese 2005c). La "colonizzazione" rovesciata, operata dagli immigrati non europei nello spazio occidentale, crea necessariamente nuovi mondi perché blocchi demografici immensi premono su altri, ugualmente giganteschi, con incalcolabili effetti di rimescolamento sociale. L'esodo demografico modifica profondamente le architetture socioculturali, le configurazioni simboliche, le tecniche di costruzione culturale degli esseri umani. Ognuno di questi è prodotto e produttore (trasformatore) del proprio ambiente culturale. Le macchine e gli apparati di fabbricazione culturale non producono in modo perfetto e invariabile gli individui o i gruppi: su questa scala ridotta la variazione si muove accanto all'invarianza, mentre il modello ideale contraddice e convalida, al tempo stesso, il soggetto concreto con cui l'apparato clinico entra in relazione (Pisani 2007). Per salvare il termine migrazione e utilizzarlo creativamente dobbiamo enfatizzare la "singolarità" del fenomeno clinico e antropologico piuttosto che la sua "serialità". Restiamo nell'epoca della riproducibilità tecnica dei prodotti umani e non umani, ma ciò non significa, invariabilmente o necessariamente, produzione seriale dell'identico (Inglese, Gualtieri 2020).

5. Cambiamento culturale e psicopatologia

La cultura appronta una serie di tecniche che innestano (affiliano) le nuove creature all'interno delle comunità umane. Nel corso della migrazione di massa, i processi di iniziazione e di affiliazione possono diventare inoperanti perché l'in-

dividuo non viene più esposto nel momento propizio alla tecnica necessaria alla sua costruzione, oppure perché i detentori del segreto tecnico, attraverso i quali diviene possibile il lavoro di fabbricazione culturale (antropopoiesi), potrebbero essere ormai indisponibili (le strategie genocidiarie terminano intere generazioni, estinguendo competenze create nel corso di secoli). Molti gesti di cura non raggiungono un esito positivo perché il clinico occidentale non riesce a conoscere le configurazioni patologiche e terapeutiche attive all'interno di una comunità umana (Inglese 2010, 2012). Questo accade alle collettività migranti, separate (diasporiche) da quelle originarie, senza possibilità di contatto o comunicazione con queste ultime a causa di conflitti cruenti. La migrazione costituisce un fattore di rischio psicopatogeno in quanto la perdita del contesto culturale di appartenenza produce effetti di "disorientamento" ambientale, culturale e psicologico. Per spiegare tali effetti negativi sono state utilizzate varie teorie socioculturali: choc culturale; *goal striving stress*; deriva sociale negativa; conflitti di lealtà culturale (Inglese 2005a). Tali processi, a impatto psicologico e a potenziale effetto psicopatologico, non agiscono in quanto cause a esito predeterminato. Le migrazioni sono eventi "generativi" di eventi: il risultato dello spostamento geoculturale di individui e popolazioni non è mai predicibile. Esse rappresentano un evento critico in grado di provocare un "cambiamento catastrofico" (mutazione morfologica strutturale e funzionale, immediata e progressiva, interstiziale e generale), per sua stessa natura ambivalente (positiva e/o negativa), sull'individuo o sul gruppo fino a rideterminare il senso e, sempre più spesso, i dati della memoria storica di un collettivo umano (Inglese 1997).

I mondi dei migranti sono messi in tensione dall'attraversamento di frontiere geopolitiche e geoculturali. Tale fluttuazione innesca un processo acculturativo sui discendenti (seconda e terza generazione) e retroagisce sugli ascendenti (generazioni anteriori alla prima migrante). Il processo di acculturazione è trasformativo (cambiamento di valori, stili di vita, contesti sociali) ma anche conservativo (mantenimento di caratteri condivisi caratteristici del gruppo considerato). Esso può provocare fenomeni psicopatologici inusuali o del tutto nuovi (accumulo epidemiologico progressivo di varianti cliniche atipiche che prefigurano uno stato potenziale in cui si prepara la mutazione improvvisa verso forme psicopatologiche inedite e sconosciute) (Inglese 2017b).

6. Etnopsichiatria e dispositivi

Il mediatore linguistico-culturale partecipa alla costruzione e al funzionamento di un dispositivo clinico multiprofessionale (psichiatri, psicologi, assistenti

sociali, infermieri, antropologi, storici, esperti), multilinguistico (non si preclude l'espressione di nessun idioma presente o emergente nello scambio terapeutico) e multicultural (si accoglie e si utilizza ogni inclinazione antropologica, religiosa, ideologica). Il dispositivo prefigurato appare coerente con: 1) la struttura "multiversa" delle società globalizzate/creolizzate, create dalle migrazioni di massa "multicentriche" (trasferimenti demografici multidirezionali "da" e "verso" ogni dove) con proliferazione inarrestabile delle differenze antropologiche nelle nuove ecologie sociali; 2) l'istanza di un riconoscimento funzionale degli "attaccamenti" originari, avanzata dai gruppi stranieri migranti che si giovano dell'attività lenitiva e riparativa esercitata dal loro patrimonio culturale (dove si innescano i meccanismi di difesa adeguati a fronteggiare congiunture critiche) senza il quale resterebbero esposti al trauma e al *distress* da sradicamento culturale (Latour 2006); 3) la trasparenza operativa esercitata nello spazio pubblico, dove le evidenze conoscitive sono raggiunte attraverso processi di mediazione (scientifica e politica) tra gli attori dello scambio sociale finalizzato alla cura (mediazione tra teorie cliniche in conflitto, comprese quelle offerte dal paziente e dal suo gruppo di appartenenza; Stengers 1997); 4) la dislocazione attraverso i mondi culturali entro cui emerge la sofferenza particolare che aiuta a inventare una cura specifica (equazione terapeutica conforme ai mondi culturali vissuti dal paziente e adattata alla sua singolarità personale) (Nathan, Stengers 2012).

Il dispositivo etnopsichiatrico viene sollecitato soprattutto quando falliscono i processi clinici convenzionali (*evidence-based*). Esso migliora la governance strategica e la performance clinica evidenziate da alcuni indicatori: precisione diagnostica; adesione ai trattamenti; innesco e persistenza di processi psicoterapeutici individuali/gruppali; riduzione delle complicanze; efficacia psicofarmacoterapeutica (Inglese, Gualtieri 2015b). In generale, la nascita di un nuovo dispositivo, articolato in un "sapere" e in un "saper fare", è imposta da un'urgenza sociale impreveduta, a carattere ignoto (posta oltre i limiti di una conoscenza compiuta) e capace di determinare relazioni sociali condizionate dal malinteso culturale (Foucault 1994). Le migrazioni internazionali corrispondono pienamente ai caratteri dell'urgenza protratta, al difetto di una conoscenza sperimentata, alla equivocità del senso dei fenomeni clinici individuali e collettivi, dispiegati nel corso di movimenti territoriali attraverso frontiere geoculturali rigide o porose e nel corso di un tempo storico scandito. Il dispositivo clinico ideale dell'etnopsichiatria è una macchina, un apparato, un insieme di processi sperimentali e di nozioni sperimentate, dotato di un "ethos" (sistema di valori e fini culturali) e di un "eidos" (visioni del mondo; de Martino 1977). Esso rinvia a un costante rinnovamento della "politeia" (costituzione politica che regola la vita associata) in quanto l'interazione clinica anticipa la necessità di un nuovo rapporto sociale

tra persone, gruppi e popoli diversi che si addensano in uno stesso ambiente ecomentale. Nel produrre soluzioni tecniche esso, al contempo, genera soggetti umani specifici e innesca “flussi di soggettivazione”: crea entità interagenti che si ingaggiano in un dialogo/confronto/conflitto tra punti di vista storicamente autonomi, irriducibili o incommensurabili (Agamben 2006; Deleuze, Guattari 1980; Pignarre 2006). Grazie alle funzioni traduttive, il dispositivo etnopsichiatrico permette lo scambio tra mondi culturali alternativi, altrimenti chiusi l’uno all’altro, disegnando i contorni, gli spazi interni e le connessioni tra i vari punti di una mappa sociale in mutamento. Il dispositivo possiede una funzione economica (*oikonomia*), ovvero si costituisce come una conoscenza e una prassi di scambio multidirezionale soggiacente al processo clinico, manifestato da comportamenti, pensieri ed emozioni umane insorgenti durante il suo svolgimento (Agamben 2009).

I dispositivi sociali, in cui si accoppiano saperi teorici e tecnici, devono essere giudicati secondo criteri immanenti (puntuali), senza giustificarli ricorrendo a valori trascendenti (eterni). I segni vitali di simili dispositivi vanno essenzialmente ricercati nelle possibilità creative che essi preparano (libertà di innovazione e sperimentazione), ancor più quando essi si trasformano in favore di un dispositivo ulteriore e futuro (Deleuze 2007). Il dispositivo etnopsichiatrico riattiva i “saperi assoggettati” e “subalterni” che si nascondono nelle pieghe delle società egemoniche e sovrane. Le verità di tali saperi possono elevarsi a riserve cognitive offerte dall’alterità culturale alle società ospitanti quando queste ultime sono direttamente minacciate dal loro decadimento storico. Tali saperi, peraltro, manifestano una *ratio* che ha saputo conservare sane le società di cui sono espressione e possono costituire un antidoto necessario ai totalitarismi teorici (pensiero unico) che, sul lungo periodo, inibiscono la ricerca di nuove strade operative (Inglese, Gualtieri 2015b).

Il dispositivo etnoclinico è fortemente dinamico perché con la propria struttura portante provoca una moltiplicazione dei soggetti interagenti (a forte eterogeneità costitutiva), una progressione delle trasformazioni progettate (dall’individuo ai gruppi di riferimento), un incremento esponenziale dei discorsi (dal sintomo alla vita reale), un processo di traduzione multiverso (tra tutte le lingue disponibili in seduta). Un simile dispositivo potrebbe forse essere meglio descritto come un induttore interattivo (“fa-fare”; fa-fare pensieri e azioni sociali; Latour 1996; Nathan 1994) dove si riproduce, in un certo senso, la situazione originaria di Babele, ma senza l’effetto esiziale dell’anatema gettato dall’esterno, capace di scatenare una confusione generalizzata che impedisce agli individui di comprendersi reciprocamente, una volta intrappolati nelle rispettive lingue, frammentate all’infinito, finanche chiuse al loro stesso interno (Fabbrì 2000).

7. Babele, la Torre

Nell'Antico Testamento è scritto che gli uomini parlavano un unico idioma e volevano erigere una torre per raggiungere Dio il quale, perciò, decise di vanificarne l'impresa arrogante e di renderli stranieri gli uni agli altri. L'anatema divino moltiplicò improvvisamente il numero degli idiomi e li fece diventare tra loro incomprensibili (confusione delle lingue). Di conseguenza, il genere umano si disperse nel mondo (Inglese 2017). La potenza divina non sottrasse soltanto la capacità di parlare una stessa lingua ma quella, soprattutto, di tradurre le lingue l'una nell'altra allo scopo di conquistare il senso condiviso che permette di costruire comunità dialoganti. Inibendo la traducibilità reciproca, il Dio solitario sottrasse alle popolazioni terrene la possibilità di creare un potere unico, un solo pensiero, un'accumulazione di forza da sconfinare nella dismisura dell'onnipotenza (rendersi simile al Creatore è sempre stato un ingenuo piano segreto e un peccato capitale dell'umanità). Egli preferì la proliferazione dell'incomprensione, del malinteso e del conflitto tra i popoli piuttosto che l'aggregazione all'interno di una sola identità totalizzante, incline a trasmutarsi in ente supremo.

8. Etnopsichiatria del futuro: elementi di psicopatologia geoclinica

Le migrazioni internazionali sintonizzano il clinico occidentale sulla storia sociale (eventi collettivi, macrostoria transgenerazionale) delle popolazioni in movimento, che condiziona il destino di gruppi e individui (microstoria delle singolarità). Un fronte applicativo ispirato dall'etnopsichiatria è quello degli effetti determinati dalla violenza politica (sostenuta da ideologie laiche o confessionali) sulla psicologia individuale e collettiva, tanto che la formazione di una psicopatologia di massa delinea il nuovo orizzonte di criticità epidemiologica planetaria dei disturbi mentali (Inglese 2019). La violenza politica viene esercitata su intere società e la sua espressione costituisce l'indice di una patologia sociale specifica a origine certa ed espressione fenomenica multiforme. La "psicologia geopolitica clinica" incrocia lo studio di elementi culturali e politici distribuiti tra stati, nazioni e territori (Sironi 2007). Tale incrocio risulta inoltre necessario perché deve considerare gli effetti, a lunga distanza e per un tempo esteso, che si riversano sulle generazioni in divenire e su quelle a venire. Iscrivendo la psicologia nel campo politico, culturale e storico della contemporaneità si riesce a sostenere che la dimensione politica crea emozioni specifiche: rabbia, vendetta, oppressione, isolamento, estasi collettiva, furia distruttiva di massa, vergogna e colpa sociale. L'emozione politica è quel movimento affettivo e cognitivo che

scaturisce dall'incrocio imprevedibile tra storia individuale e collettiva (culturale, politica, religiosa, sociale). Essa può essere riconosciuta nell'individuo e nei gruppi umani, essendo provocata da eventi esterni di natura politica (esilio, terrorismi, guerre, torture), sociale (conflitti, fratture sociali e migrazioni), culturale (conflitti e antagonismi tra valori e sistemi culturali), religiosa (fanatismi, settarismi, fondamentalismi). Ciò implica lo studio di come un individuo segua il divenire della Storia e vi occupi un posto, i cui effetti e risultati possono presentarsi in chiave psicopatologica. Solo coniugando la storia individuale con quella collettiva è possibile raggiungere con buona approssimazione una verità su quell'individuo e su quella storia, anche se tutto ciò richiede una moltiplicazione continua delle prospettive conoscitive oltre che dei luoghi e dei fuochi osservazionali. Verso tale proliferazione rilancia l'etnopsichiatria generale, clinica e critica di cui abbiamo qui delineato il senso generale nell'auspicio che essa venga superata da future metodologie innovative.

9. Nel corso del tempo: Etnopsichiatria clinica in prima persona.

9.1 Calabrie 1996-1999. Irruzione di popoli in fuga, emergenze psicologiche di massa.

Sulla convocazione assembleare e parlamentare dei mediatori: quando vari popoli (asiatici, mediorientali, africani) irrompono simultaneamente in un mondo chiuso, demograficamente esangue, culturalmente astenico e linguisticamente muto a causa delle migrazioni di massa del Novecento (Calabria), veniamo "gettati" nella situazione straordinaria in cui bisogna operare per "dividere" ciò che va diviso e "unire" quanto bisogna unire (persone, famiglie, gruppi, genti; Inglese 2005b).

In un giorno qualunque di un'ordinaria settimana lavorativa mi ritrovo di fronte a una massa di quasi 600 profughi e richiedenti asilo provenienti, in maggioranza, dagli zoccoli continentali, asiatico e mediorientale, scalpitanti dal tempo di Erodoto. Situazione eccezionale da gestire senza un canone di riferimento né linee guida o raccomandazioni sperimentate per la contingenza, costituita da una popolazione dai molti idiomi che occupa quasi controvolgia e con espressioni dolenti un silenzioso paese dell'interno, in gran parte disabitato.

All'indirizzo di rifugiati muti e in movimento sospeso entro spazi vuoti, occupati senza far rumore, bisogna pronunciare un discorso ufficiale, chiaro e comprensibile – istituzionale e pubblico – per invitarli a fronteggiare insieme istanze impellenti e ineludibili (Murphy 1955). Ricorro all'alleanza di media-

tori linguistico-culturali, storicamente presenti sul territorio, che incarnano le contraddizioni e le urgenze delle fughe migratorie precedenti incorporate nella loro soggettività vivente (kurdi che hanno conosciuto la persecuzione e le torture dei regimi che ne hanno frammentato il nucleo territoriale avito). Sono ormai abituati alla conversazione multidirezionale, finalizzata alla cura, che abbiamo intrattenuto varie volte e in diversi contesti operativi (valutazioni clinico-diagnostiche; interventi psicoterapeutici o psicosociali; consulenze medico-legali). Ci conosciamo e ci rispettiamo, parliamo ad alta voce e con diversi rimandi alle nostre esperienze di vita, dentro e fuori il contesto sociale che si sta configurando come un'emergenza di popolazione. Facendo risuonare le nostre diverse lingue nella presentazione pubblica, insieme ai colleghi mediatori ci distribuiamo lungo un ventaglio spaziale ai lati del nucleo di governo, rappresentato dalle autorità (Prefettura, Forze dell'ordine, Sindaci, Sanità pubblica) che rendono visibile l'esercizio della sovranità geopolitica dello Stato-rifugio in cui sono naufragati ma che resta indeciso su come accoglierli e ospitarli.

In tale frangente, le lingue dell'Asia (Afghanistan, Pakistan) si intrecciano e si sovrappongono con quelle del Medio Oriente (Iraq, Kurdistan, Siria) e dell'Europa balcanica (Kosova, Macedonia, Serbia) fino a sovrastare quelle dell'Africa occidentale e orientale (Costa d'Avorio, Eritrea, Somalia). Nel mezzo di un frastuono babelico, dove si percepisce il crepitio a salve di un'angoscia collettiva, bisogna organizzare la coabitazione promiscua dei profughi all'interno di un edificio scolastico dismesso da tempo. Tali spazi andrebbero delimitati secondo confini funzionali per proteggere ciascuno dall'invasione incombente e dalla competizione da parte degli altri, tutti in stato di evidente bisogno materiale. Molti esibiscono l'espressione sfuggente di coloro che sembrano in attesa, distesi sui giacigli di fortuna ma che, come si intuisce, sono già pronti a fuggire nottetempo (alcune comunità organizzate sanno esercitare fino all'esito desiderato l'astuzia di strategie incomunicabili). Con un manipolo di volenterosi (operatori di organizzazioni umanitarie, addetti e funzionari dei servizi pubblici), adottiamo la metodologia della prossimità psicologica, dell'osservazione ravvicinata e del dialogo diretto con questi popoli in fuga (muovendoci cautamente tra le linee, i cerchi e le spirali formate dalle famiglie, dai gruppi di paese, dalle aggregazioni tribali e dalle nazionalità dichiarate, autentiche, fittizie o prossime a modificarsi). L'interazione clinica avviene grazie ai nostri interpreti, ma anche ad alcuni altri, capaci di esercitare una funzione tanto delicata, che si autopropongono o che sono selezionati e delegati dai profughi stessi (utilizzando le lingue veicolari occidentali; riconoscendo appartenenze di etnia, religione, partito). Con tale assetto mobile, solidale e multilinguistico fronteggiamo le criticità immediate: 1) prevenire espressioni autolesive e autosoppressive, manifestazioni acute di nichilismo

radicale condiviso, con attacco al corpo individuale e collettivo determinato dalla catastrofe dell'esilio – una vera “fine del mondo” coincidente con quella del proprio mondo; 2) anticipare e disinnescare il circuito della distorsione persecutoria della figura ospitante (ritenuta complice e causa del dramma storico, antropologico e psicologico in atto a carico di questi esiliati); 3) temperare l'impulso ad arruolarsi nelle fazioni combattenti d'oltremare che scuote quei giovani espian-tati, intenzionati a vendicarsi della tragedia etnocida (eccitazione individuale e di gruppo con proclami furenti; insonnie persistenti; consumo di psicostimolanti; conversione ideologica distruttiva e autodistruttiva); 4) intervenire su condizioni personali latamente post-traumatiche.

Esempio clinico: pastore adolescente in fuga dai talebani che ne hanno ucciso il padre (leader clanico) e i fratelli maggiori in uno sperduto villaggio di montagna. I parenti lo mettono in salvo avvolgendolo in un sudario e conducendolo nel luogo di sepoltura insieme ad altri corpi assassinati. La rete delle complicità tribali permette il recupero del ragazzo, subito avviato verso la Turchia e l'Europa per crescervi e, al momento opportuno, tornare sull'altopiano a versare il sangue della vendetta. Lo incontro quando è ormai insonne da notti intere, angosciato dall'incombenza dei defunti, tremante e asfissiato dalla pervasività di miasmi immaginari. Decido di parlargli nella individualità interattiva più stretta – testa a testa, in una camera piccola e a porta chiusa, sguardi e corpi ravvicinati, articolando una lingua “altra” ed elementare (inglese basico con verbi all'infinito – proprio come due stranieri recitanti la parte in un'improbabile pellicola al cinema – che interroga ripetutamente i suoi dialetti originari, riportandolo alla vita di relazione, ricordando gli usi e i costumi del mondo pietroso di provenienza: rituali funerari che mondano il corpo e liberano l'anima prima dell'inumazione). Un lavoro immaginativo, fatto di fantasie proiettate verso luoghi distanti ed evocate stringendo oggetti concreti oltremodo “pesanti”. A ogni incontro le parole materializzano un sasso levigato, via via più leggero, deposto sul suo petto ansimante. Nella fantasia guidata non è più imbozzolato in un telo informe, come quando è stato trasportato sul carro per la sepoltura, nel mucchio di altri corpi, e fatto giacere a greve contatto con una coltre di terra nera da cui viene coperto per qualche tempo, smorzando i rumori provenienti dall'ambiente vivente.

Biforcazione: immaginiamo il suo ritorno in patria, dove lo spinge un sentimento di “lealtà culturale”, irriducibile e vincolante fino alla coazione (Boszormenyi-Nagy, Spark 1988). Prima, però, prefiguriamo la sua vita immediatamente a venire, da trascorrere a scuola, imparando un mestiere, apprendendo nuove lingue e stili di vita, creandosi una famiglia, ovvero generando una nuova discendenza al posto del rimbalzo atavico verso una messa in atto vendicativa che, peraltro, lo inorridisce. Appare ogni volta spaventato dall'azione cruenta a cui

viene spinto dall'etica di gruppo, impugnando un'arma da fuoco o da taglio le cui conseguenze omicide perturbano i suoi sensi, richiamando l'afrore del sangue versato nei sacrifici cruenti e il brivido a contatto con le croste rapprese delle ferite letali. La biforcazione in direzione della violenza subita o da comminare con le proprie mani, per riequilibrare i torti, è una costante dell'esperienza migratoria determinata dalla storia individuale e collettiva dei paesi in mutazione geopolitica e geoculturale. Essa diventa la strada del sacrificio individuale inevitabile, al fondo della quale si incontra spesso la morte che si procura ad altri o che si subisce.

9.2. Balcani 2000. Mediazione linguistico-culturale, a teatro.

Dopo la guerra, ma prima della pace: gruppo di lavoro socioclinico che impiega l'espressività di un laboratorio teatrale per narrare ed elaborare un dramma storico in corso, caratterizzato dalla pressione genocidiaria preordinata contro un'alterità etnoculturale e politico-ideologica. La compagnia ingaggiata nel compito è formata da attori professionisti e gente comune, piuttosto eterogenea per appartenenza nazionale, etnica, linguistica, religiosa; essa associa giovani e meno giovani, uomini e donne, che devono avvicinarsi gli uni agli altri per riconoscersi amichevoli e affini dopo la tragedia – se vi riescono. Sono protagonisti e vittime attonite del conflitto interetnico, accanto a loro si affratellano i volontari, desiderosi e dubbiosi, accorsi da Paesi che hanno a loro volta conosciuto le forme più distruttive delle guerre mondiali e civili, in epoche ormai passate di cui conservano viva memoria. Con la creazione di una sceneggiatura ideata e messa a punto collettivamente, il gruppo si impegna a stemperare le conseguenze delle vicende e a ricostruire la trama di un nuovo senso sociale al riparo da aggressori pregressi, ma pur sempre alle porte. Un insieme tanto singolare intende esplorare, attraverso i sistemi sensomotori individuali interagenti nell'unità di tempo e di luogo della messa in scena, l'effetto e il senso della violenza armata, intenzionale e sistematica, contro individui o popolazioni. Le prove della realizzazione teatrale avvengono in un ambiente dominato da un gelo umido e sibilante che toglie il fiato e tramortisce. A un certo punto si fa avanti un ufficiale dell'esercito, un tempo nazionale, tormentato dal sentimento di impotenza e vergogna per non aver saputo difendere familiari e concittadini del proprio gruppo etnico dall'attacco di falangi improvvisamente ostili, sorprendentemente estranee e radicalmente "straniere" (per lingua e religione), addestrate e guidate allo sterminio calcolato. Questa impotenza difensiva ha provocato la perdita di dignità e di coraggio tra quei ranghi militari che, esautorati per ragioni etnico-ideologiche,

hanno visto trasformare il proprio gruppo d'origine in un bersaglio da sopprimere e sono sprofondati nella svalutazione depressiva della vita quotidiana e nella retrazione da essa, conseguente alla loro irreparabile sottrazione di status.

Con lo sguardo rivolto alle forme locali del pensiero immaginario, si fa strada la logica rappresentativa e pragmatica delle “metamorfosi totemiche” esistenti in questo universo culturale, dove gli esseri viventi sono in comunicazione reciproca, soprattutto durante contingenze critiche gravi, e nessun corpo è estraneo a quello di un genere diverso dal proprio. In modo implicito, immanente e impreveduto si attiva un doppio sistema di mediazione (intellettuali e artisti locali; creativi e studiosi stranieri) che convoca il mondo anteriore nel presente drammatico, ora ulteriormente trasfigurato in drammaturgia. In questo universo vige il principio della “mutazione generalizzata” che ammette la trasformazione di un essere umano in un “gemello animale”; nel caso specifico, l'ufficiale riconosce nel “corvo” l'antenato mitico della propria famiglia. Dopo la dichiarazione pubblica di questa riconosciuta appartenenza teriomorfa riesce a immaginare di levarsi in volo e di guadagnare, così, una visione panoramica e longitudinale (diacronica) della storia individuale e collettiva. L'evocazione e l'immedesimazione sensomotoria in un uccello dotato di una spinta alare efficiente determina un primo effetto di sollievo: grazie alla perdita fantasticata della gravità corporea, il guerriero si libera del peso etico e bellico vissuto nel ruolo di figura senza valore. L'esistenza sbalzata in volo non può rinviare all'infinito la necessità di posarsi a terra, prima o poi. Il suolo è però impregnato e contaminato dal sangue delle esecuzioni con cui si è proceduto alla pulizia etnica: il contatto con la superficie molle alimenta un senso di disgusto e un sentimento di indegnità intollerabili, che si attaccano al corpo leggero della creatura volante e lo insudiciano. Da qui la sua necessità di trasformarsi daccapo in un essere umano, capace e disposto a praticare i rituali di espiazione della “cattiva morte” e quelli di decontaminazione della terra impura, da cui dilavare il sangue e dove separare lo spazio dei viventi da quello dei trapassati. Il guerriero viene così restituito alla *pietas* delle donne del suo popolo che ne redimono il corpo in una cerimonia di consolazione collettiva per poi procedere insieme alla rigenerazione della loro terra esausta.

Il terapeuta diventa il facilitatore di queste dinamiche relazionali, le riabilita sulla scala dei valori della ragione scientifica, manifestando e discutendo nel gruppo anche i punti di contatto con esplorazioni e pratiche tecniche in uso nella propria disciplina (drammaturgie terapeutiche). Anche in questo caso, la logica clinica culturalmente sensibile segue linee deboli di intervento e di interferenza, lascia lievitare le tecniche implicite al mondo culturale esplorato e cede il passo agli operatori terapeutici meglio attrezzati nell'esercizio delle pratiche evocate. Qui si evidenzia, inoltre, la simmetria rovesciata tra l'istanza purificatrice che

pianifica ed esegue la cancellazione dell'agente impuro (etnico e miasmatico, attivo e passivo), ma contamina la terra con l'assassinio di massa, e quella che ripropone l'igiene mondana purificando la terra, ma scacciando l'altro che ne diventa adesso il nuovo agente impuro designato, rovesciando il primo movimento conflittuale interetnico. Evidenza che impone un ulteriore ambito di ricerca, rimasto impraticabile alle condizioni date in quel momento: quando costretti alla coabitazione per periodi sufficienti, popoli eterogenei instaurano scambi reciproci di ogni tipo (Benveniste 1972). Queste donazioni rappresentano le possibili modulazioni di una invariante culturale: conservare ordinato e pulito, ovvero socialmente praticabile, lo spazio vitale degli esseri. Ogni gruppo umano stabilisce il carico di tolleranza dell'eterogeneità delle forme viventi (umane e non umane) esistenti nel proprio territorio sociale. Questa soglia di tolleranza scaturisce dalla storia vissuta dal gruppo e rispetta convenzioni formalizzate e trasmesse da una generazione all'altra. Essa testimonia l'esistenza di traumi irreversibili che generano discontinuità non suturabili né cicatrizzabili se non come linee di minor resistenza che possono slabbrarsi, improvvisamente e dolorosamente, all'incedere imprevedibile degli eventi. Tale dinamica richiede la sapienza della mediazione e della concertazione degli interessi che non possono diventare tanto unilaterali da affermarsi come del tutto esclusivi. La tendenza polarizzante si distingue come segno certo dell'antagonismo esistente all'interno di un sistema umano. Esso è destinato a incrementarsi fino a superare, finanche in modo violento, la soglia di tolleranza del conflitto strutturale e persistente tra individui, gruppi e collettivi.

10. Verso i nuovi mondi della cura e della guarigione.

In generale, la presenza della barriera linguistica distorce qualunque comportamento soggettivo "limite", che finisce con il venire interpretato come patologico. Per correggere tale deformazione bisogna immediatamente riconoscere che negli ambienti curanti si instaurano inevitabilmente rapporti di forza asimmetrici tra clinici e pazienti. Per questo motivo bisogna apporre la leva trasformativa in un punto in cui si concentri la chiara intenzione, professionale e istituzionale, che accoglie l'istanza vitale dell'esistenza perturbata dell'altro. L'atto intenzionale (politico) deve tradursi subito dopo in un processo di facilitazione interattiva che operi una prima correzione delle asimmetrie relazionali. Questo secondo momento viene oltrepassato attraverso la mobilitazione sistematica delle lingue originarie dei pazienti, attraverso l'attivazione di un interpretariato culturalmente competente (Kirmayer, Guzder, Rousseau 2020). Mediatori, lingue e culture di riferimento, in variazione dinamica continua nel luogo della cura, costituiscono

pertanto i principali strumenti operatori della clinica transculturale.

La posizione assertiva e intenzionale finalizzata alla guarigione favorisce l'insorgenza reciprocamente interessata di una sintonia psicologica e culturale: la funzione etico-politica e quella epistemologica, condensate nell'ospitalità territoriale e sociorelazionale, vincolano l'ospitante a rispondere del benessere del proprio ospitato, estendendo questo patto inviolabile di alleanza provvisoria a tutti coloro legati al primo. Viceversa, se assunta con rigore e coscienza, questa stessa posizione inibisce o modula la nocività potenziale dell'ospite spesso trasformandola nel suo opposto benefica (Benveniste 1972). Le mosse di apertura del gioco terapeutico devono necessariamente spostare le loro leve d'azione sul nucleo sociale d'origine della persona ospitata (focalizzazione necessaria su *ethos* e *ius* codificati o consuetudinari, che regolano le dinamiche di ospitalità anche nel campo di provenienza dello straniero). Partendo da questa nuova punteggiatura, che incomincia con un'interrogazione ("Perché qui? Adesso? In questo modo?"), si può ottenere l'autodefinizione positiva dell'altro ("Per queste ragioni"; "Con questi bisogni, tali intenzioni e capacità"). Il processo autodefinitorio, di fatto, apre un processo ignoto agli attori di questa peculiare forma di relazione clinica che, a quel punto, sono ormai indotti a rimodellare le loro aspettative di prima approssimazione per portarle a un grado di maggiore precisione dichiarativa, possibilmente e finalmente condivisa (riconoscimento reciproco di modalità di esistenza e finalità non mistificabili).

Per conseguire tali obiettivi, le interazioni ispirate alla metodologia etnopsichiatrica si avvalgono anche di consulenze e punti di vista sollecitati a grande distanza dal luogo in cui avviene lo scambio clinico-sociale. La forma, il contenuto e la storia dei mondi di appartenenza e di provenienza degli esseri umani vanno conosciute al maggiore livello di precisione possibile fino a ottenere il grado più spinto di specializzazione sui vari gruppi interagenti. Tali competenze devono essere assimilate dai clinici del Terzo millennio, ma devono essere presenti nell'insieme dei servizi pubblici, viaggiando lungo le reti intercontinentali di comunicazione e assistenza per creare il sistema di welfare locale e globale del futuro.

Bibliografia

Agamben Giorgio

2006, *Che cos'è un dispositivo?*, Milano, Nottetempo.

2009, *Il regno e la gloria. Per una genealogia teologica dell'economia e del governo*, Torino, Bollati Boringhieri.

Beneduce Roberto

1999, *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Milano, Franco Angeli.

Benveniste Émile

1972, *Il vocabolario delle istituzioni indoeuropee*, Torino, Einaudi.

Boszormenyi-Nagy Ivan, Spark Geraldine M.

1988, *Lealtà invisibili. La reciprocità nella terapia familiare intergenerazionale*, Roma, Astrolabio.

Casadei Filippo, Festi Giacomo, Inglese Salvatore

2005, *Profili di una teoria della mediazione linguistica, culturale e clinica per la salute mentale*, in L. Attenasio, F. Casadei, S. Inglese, O. Ugolini (a cura di), *La cura degli altri. Seminari di etnopsichiatria*, Roma, Armando Editore, pp. 268-317.

Casadei Filippo, Inglese Salvatore

2017, *Babelogue. Lingue e processi di mediazione clinica (2011)*, in S. Inglese, G. Cardamone, *Déjà vu 2. Laboratori di etnopsichiatria critica*. Paderno Dugnano, Colibrì, pp. 245-268.

Coppo Piero

2003, *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Torino, Bollati Boringhieri.

Deleuze Gilles

2007, *Che cos'è un dispositivo?*, Napoli, Cronopio.

Deleuze Gilles, Guattari Félix

1980, *Mille plateaux. Capitalisme et schizophrénie*, Paris, Le Éditions de Minuit.

De Martino Ernesto

1977, *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Einaudi, Torino.

Descola Philippe

2005, *Par-delà nature et culture*, Paris, Gallimard.

Devereux Georges

1984, *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, Roma, Istituto della Enciclopedia Italiana.

2007, *Saggi di etnopsichiatria generale*, Roma, Armando Editore.

Duranti Alessandro

2007, *Etnopragmatica. La forza nel parlare*, Roma, Carocci.

Eco Umberto

2012, *Dire quasi la stessa cosa. Esperienze di traduzione*, Milano, Bompiani.

Everett Daniel

2005, *Cultural Constraints on Grammar and Cognition in Pirahã. Another Look at the Design Features of Human Language*, "Current Anthropology", 46, pp. 1-69.

2009, *Don't Sleep there are Snakes. Life and language in the Amazonian Jungle*, London, Profile Books.

Fabbi Paolo

2000, *Elogio di Babele*, Roma, Meltemi.

Faranda Laura

2012, *La signora di Blida. Suzanne Taïeb e il presagio dell'etnopsichiatria*, Roma, Armando Editore.

Foucault Michel

1994, *Le jeu de Michel Foucault (entretien sur l'Histoire de la sexualité)*, in M. Foucault, *Dits et écrits*, vol. III, Paris, Gallimard, pp. 298-329.

Harrag (Gruppo di Ricerca per la Salute Mentale Multiculturale)

2007, *Di clinica in lingue. Migrazioni, psicopatologia, dispositivi di cura*, Paderno Dugnano, Edizioni Colibrì.

Inglese Salvatore

1996, *La psychiatrie italienne face à la psychopathologie des migrants (1994)*, in “Nouvelle Revue d’Ethnopsychiatrie”, 29, pp. 123-131.

1997, *La psicopatologia dell’emigrazione: un’esperienza di cambiamento catastrofico individuale e collettivo*, in S. Mellina (a cura di), *Medici e sciamani, fratelli separati*, Roma, Lombardo Editore, pp. 85-93.

2005a, *A sud della mente. Etnopsichiatria e psicopatologia delle migrazioni in sei movimenti*, in L. Attenasio, F. Casadei, S. Inglese, O. Ugolini (a cura di), *La cura degli altri. Seminari di etnopsichiatria*, Roma, Armando Editore, pp. 61-163.

2005b, *La moltiplicazione delle lingue nelle “terre del rimorso”: metodologia ed esperienze di etnopsichiatria comunitaria in Italia meridionale (Calabria)*, in S. Inglese, P. Affettuoso, N. Romano (a cura di), *Etnie, arti e terapie. Strade per incontrarsi*, Genova, Il vaso di Pandora, pp. 107-125.

2005c, *L’etnopsichiatria nel “terzo tempo” delle migrazioni di massa: tra dialogo e conflitto*, “Prospettive sociali e sanitarie”, 20, pp.1-4.

2007, *Georges Devereux: dietro i nomi, la natura molteplice dell’etnopsichiatria*, in G. Devereux, 2007, *Saggi di etnopsichiatria generale*, Roma, Armando Editore, pp. 363-396.

2010, *Radici strappate e malattie migranti. Intorno al costruito nosologico di Culture-bound Syndrome (1999)*, in S. Inglese, G. Cardamone, *Dèjà vu. Tracce di etnopsichiatria critica*. Paderno Dugnano, Edizioni Colibrì, pp. 153-174.

2012, *Sindromi culturalmente caratterizzate (Culture-bound Syndromes)*, in D. Cozzi (a cura di), *Le parole dell’Antropologia medica. Piccolo dizionario*, Perugia, Morlacchi University Press, pp. 253-267.

2017a, *L’uso dell’oggetto-lingua in etnopsichiatria: traduzione, interpretazione, mediazione etnoclinica (2009)*, in S. Inglese, G. Cardamone, *Dèjà vu 2. Laboratori di etnopsichiatria critica*, Paderno Dugnano, Edizioni Colibrì, pp. 213-244.

2017b, *4 Way Street. Le matrici epocali dell’etnopsichiatria (2011)*, in S. Inglese, G. Cardamone, *Dèjà vu 2. Laboratori di etnopsichiatria critica*, Paderno Dugnano, Edizioni Colibrì, pp. 95-116.

2019, *Per una clinica dei torturatori seriali*, Recensione-saggio a F. Sironi, *Comment devient-on tortionnaire? Psychologie des criminels contre l’humanité*, Paris, La Découverte, 2017, “Psicoterapia e scienze umane”, 3, pp. 515-525.

Inglese Salvatore, Cardamone Giuseppe

2010, *Dèjà vu. Tracce di etnopsichiatria critica*. Paderno Dugnano, Edizioni Colibrì.

2017, *Dèjà vu 2. Laboratori di etnopsichiatria critica*, Paderno Dugnano, Edizioni Colibrì.

Inglese Salvatore, Gualtieri Miriam

2015a, *Frontières cliniques du malentendu culturel: une psychopathologie en métamorphose*, in P. Hintermeyer, D. Le Breton, G. Profita (a cura di), *Les malentendus culturels dans le domaine de la santé*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy–Éditions Universitaires de Lorraine, pp. 79-96.

2015b, *Metodologia ed epistemologia clinica per la salute mentale transculturale*, in P. Fantozzi, V. Fedele, S. Garofalo (a cura di), *Le sfide del multiculturalismo. Tra teorie prassi*, Soveria Mannelli, Rubbettino, pp. 57-68.

2020, *Tradurre mondi e culture in salute mentale*, in L. Kirmayer, J. Guzder, C. Rousseau, *Con-*

sultazione Culturale. L'incontro con l'altro nella cura della salute mentale, Paderno Dugnano, Centro Studi Sagara/ Edizioni Colibrì, pp. VII-XXVII.

Jaspers Karl

1950, *Psicologia delle visioni del mondo*, Roma, Astrolabio.

Kirmayer Lawrence, Guzder Jaswant, Rousseau Cécile

2020, *Consultazione Culturale. L'incontro con l'altro nella cura della salute mentale*, Paderno Dugnano, Centro Studi Sagara/ Edizioni Colibrì.

La Cecla Franco

2009, *Il malinteso. Antropologia dell'incontro*, Bari, Laterza.

Latour Bruno

1996, *Petite réflexion sur le culte moderne des dieux faitiches*, Paris, Les Empêcheurs de penser en ronde.

2006, *Fatture/Fratture: dalla nozione di rete a quella di attaccamento (2001)*, "I Fogli di Oriss", 25, pp.11-3.

Murphy Henry B. M.

1955, *Flight and resettlement*, Paris, Unesco.

Nathan Tobie

1994, *L'Influence qui guérit*, Paris, Éditions Odile Jacob.

1996, *Principi di etnopsicoanalisi (1993)*, Torino, Bollati Boringhieri.

Nathan Tobie, Stengers Isabelle

2012, *Médecins et sorciers*, Paris, La Découverte.

Pignarre Philippe

2006, *Comment se débarrasser du psychanalyste en nous? Deleuze, Guattari et la psychanalyse*, in T. Nathan (sous la direction de), *La guerre des psys. Manifeste pour une psychothérapie démocratique*, Paris, Les Empêcheurs de penser en ronde.

Pisani Lelia

2007, *Bambini dogon. Nascere e crescere sull'altopiano di Bandiagara*, Roma, Armando Editore.

Sironi François

2007, *Psychopathologie des violences collectives. Essai de Psychologie Géopolitique Clinique*, Paris, Odile Jacob.

Stengers Isabelle

1997, *Cosmopolitiques VII. Pour en finir avec la tolérance*, Paris, Les Empêcheurs de penser en ronde.

Whorf Benjamin L.

1956, *Language, Thought, and Reality*, Cambridge, the M.I.T Press.

Asbract

Migratory movements require ongoing updates of mental health care disciplines based on ethnocentrism (E. de Martino). This disciplinary assumption generates severe difficulties in caring for suffering populations from radically different cultural worlds, whose customs and norms are often little known and conflicting (T. Nathan). Although general Ethnopsychiatry is animated by collaborative efforts to renew clinical knowledge and psychotherapeutic practice, it continues to convey a cognitive

perturbation effect that often makes adaptationchallenging in diverse care systems and therapeutic relationships(G. Devereux).

I movimenti migratori rendono necessario un aggiornamento progressivo delle discipline interessate alla tutela della salute mentale che sono costruite su fondamenta etnocentriche (E. de Martino). Tale modalità di edificazione genera gravi difficoltà nella cura di popolazioni sofferenti e appartenenti a mondi culturali costitutivamente diversi, spesso poco conosciuti e, tendenzialmente, conflittuali (T. Nathan). Per quanto animata da intenzioni collaborative di rinnovamento della conoscenza clinica e della pratica psicoterapeutica, l'etnopsichiatria generale continua a trasmettere un effetto di perturbazione cognitiva tale da renderne spesso difficoltosa la ricezione e l'applicazione nei vari sistemi di assistenza e nelle diverse configurazioni di rapporto terapeutico (G. Devereux).

Key words: ethnoclinics, ethnopsychiatry of the future, geoclinical psychopathology, metacultural psychotherapy.

Parole chiave: etnoclinici, etnopsichiatria del futuro, psicopatologia geoclinica, psicoterapia metaculturale.