

Specificità dell'etnopsichiatria*

TOBIE NATHAN

1. Precursori

Il primo studio specificamente etnopsichiatrico (1961), e sicuramente il primo per la sua importanza, è stato quello che Georges Devereux ha consacrato agli Indiani Mohave dell'Arizona. Vi descrive le loro classificazioni "tradizionali" che evidentemente non possono essere tradotte: "nevrosi del cacciatore", "psicosi dello scotennatore" o dell'"uccisore di stregoni", le malattie che derivano dal "rifiuto di assumere i poteri sciamanici", quelle che provengono dall'"impurità degli stranieri" e quelle dovute all'incontro coi "fantasmi nemici". Che dire, poi, di questa malattia specifica degli uomini anziani che hanno sposato una donna molto giovane, se non constatare che denota una ripartizione molto particolare dei disturbi percepiti? Sembra anche che i Mohave abbiano costruito una teoria generale della patologia come conseguenza della contaminazione da parte degli stranieri¹. Di fatto, nonostante tutti i tentativi di stabilire dei collegamenti tra una "psicopatologia" mohave e la psicopatologia occidentale, il lavoro di Devereux lascia l'impressione di una specificità irriducibile delle concezioni locali, dei legami profondi che queste concezioni hanno con la lingua e la filosofia (l'*ethos*) della società da cui provengono. D'altra parte, Devereux tenta di restituire coerenza e legittimità a concetti mohave tanto complessi quanto strani – per esempio l'azione dei morti in ogni sorta di diversi eventi: in sogno, nella vita quotidiana, sotto forma di spettri, in occasione di riti funerari, nella trasmissione delle malattie mentali, nelle cure. Certo, per ciascuna di queste nozioni Devereux tenta una traduzione psicoanalitica dei concetti mohave; ma ogni volta, essa non

* Questo articolo è stato pubblicato in una prima edizione francese nella rivista "Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie", 34, 1997: 7-24 con il titolo *Spécificité de l'Ethnopsychiatrie*. Si ringraziano l'autore e l'editore per aver concesso l'autorizzazione alla pubblicazione del testo nella traduzione italiana a cura di Piero Coppo. Si segnala che "L'Autre", la rivista che ha acquisito l'archivio della "Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie", è consultabile sul sito web <https://revue-lautre.com/>.

¹ Ancora oggi gli Indiani Guarani del Brasile motivano il loro nomadismo con la ricerca di una terra "pura", senza lordure, una terra che i Bianchi non avrebbero potuto insudiciare.

può soddisfarlo perché più li comprende, più perfeziona la sua conoscenza sul loro sapere, più i suoi informatori diventano precisi, coerenti, tecnici. Si possono sempre trovare dei nessi tra delle nozioni astratte; ma è molto più difficile trovarne tra delle tecniche che si prestano meno facilmente ai giochi metaforici. Si scontra dunque con l'infinita difficoltà di trascrivere (di tradurre) non una lingua in un'altra ma una visione del mondo con un'altra (Pury de Toumi, Mesmin, Nathan 1995). Nella sua ricerca di un terreno comune che non si giustifichi dal solo bisogno di permettere al ricercatore la circolazione tra due mondi, Devereux ha alla fine adottato la vulgata psicoanalitica. Nel considerare questo lavoro pionieristico, il suo apporto essenziale resterà l'aver mostrato che un gruppo sociale relativamente ristretto (un migliaio di individui all'arrivo dei Bianchi) era in grado di produrre, far funzionare, alimentare e rigenerare un sistema terapeutico di una complessità simile a quello sviluppato nelle società industriali avanzate.

Nella stessa direzione, András Zempléni ha realizzato nel 1968, uno studio sui *Wolof* e i *Lébou* del Senegal, spiegando in questo modo il suo approccio:

La domanda che prima di tutto ci poniamo è la seguente: come la cultura wolof-lébou descrive e costruisce, utilizza e spiega le unità psicopatologiche usando i loro propri significanti? Da un lato, rifiuto del sistema nosologico della psichiatria occidentale. Non cercheremo di identificare immediatamente i disturbi mentali osservati e descritti dai nostri informatori [...]. In breve, sceglieremo la concettualizzazione wolof-lébou [...] Non cercheremo di spiegare i disturbi osservati e descritti in termini psichiatrici, psico-sociologici, psicoanalitici o psicologici correnti, ma lasceremo la parola alle interpretazioni wolof-lébou. Il sistema che queste interpretazioni costituiscono, i suoi principi organizzatori e la sua struttura costituiscono l'oggetto finale della nostra ricerca. (Zempléni 1968:49).

Questa prospettiva poteva evidentemente applicarsi nello stesso modo ai lavori di Devereux presso i Mohave; cosa che, d'altra parte, Zempléni riconosce esplicitamente.

Questo approccio non è del tutto nuovo in etnopsichiatria. La strada è stata aperta, per ciò che sappiamo, da G. Devereux nel suo libro *Mohave Ethnopsychiatry and Suicide. The psychiatric Knowledge and the Psychic disturbances of an Indian Tribe*" (Ivi: 50)².

² Qui Zempléni richiama ancora la prima versione del lavoro di Devereux sui Mohave (Devereux 1961).

E Zempléni commenta così il metodo di Devereux, che, a sua volta, decide di adottare:

Utilizzeremo in questo studio il principio metodologico che è servito da punto di partenza. Si tratta di interrogare la cultura stessa sull'immagine del disordine mentale di cui si dota, sulle categorie patologiche che identifica, sull'eziologia che postula, sui legami che stabilisce tra le manifestazioni di patologia mentale e i sistemi magico-religiosi, l'organizzazione sociale, i tipi di attività, le situazioni che identifica come traumatiche [...]. In breve, si tratta di mostrare ciò che malattia e terapia sono *per la cultura* in questione (1968: 50).

András Zempléni faceva parte di una équipe di psichiatri e di etnologi che, tra 1963 e 1973, è stata impegnata a creare e poi sviluppare il servizio di psichiatria dell'ospedale Fann a Dakar³. Avendo notato che gran parte delle cure di cui la popolazione beneficiava aveva luogo dai guaritori – i *borom kham-kham* “detentori del sapere”, gli *jabarkat*, i *bilejo*, gli *ndöpkat*⁴ – Zempléni, come Devereux, iniziò a classificare le loro categorie, a ricostruire la coerenza del loro pensiero, fornendo all'équipe clinica la possibilità di ricorrere alla loro opera. Molti tentativi sono stati condotti in questo senso, sotto l'impulso di Henri Collomb (Collomb 1965; 1966): inviare dei pazienti a dei terapeuti tradizionali, invitare – anche se eccezionalmente – dei guaritori a lavorare con i medici, ispirarsi alle concezioni tradizionali nella realizzazione di dispositivi di cura come i villaggi terapeutici o i gruppi di discussione (*pintch*). L'insieme dei lavori di questa équipe ha innescato una corrente di pensiero che ha oscillato per dieci anni tra due poli: quello dell'antipsichiatria da un lato (soprattutto rappresentata da Collomb) e quella della psicoanalisi lacaniana dall'altro (Ortigue, Ortigue 1966). Questa corrente ha smesso di produrre ipotesi originali quando i ricercatori hanno lasciato il servizio di psichiatria di Dakar. Ciò che caratterizzava questo movimento – a un certo punto battezzato “Scuola di Dakar” – era il fatto che:

1) Si trattasse di una équipe e non di un ricercatore isolato, come spesso lo sono gli etnologi;

³ Questa équipe diretta da H. Collomb all'inizio comprendeva: Norbert Le Guérinel, Paul Martino, Marie-Thérèse Montagnier, Marie-Cécile e Edmond Ortigue, Mireille Petit, Jaqueline Rabain, Danielle Storper-Perez, Simone Valantin, Jacques Zwingelstein, per citare solo i più conosciuti.

⁴ Nome delle diverse categorie di guaritori in Senegal; cfr. Zempléni 1966; 1968.

2) Le conoscenze acquisite non fossero “gratuite”, ma interessate, dato che erano destinate ad arricchire dei dispositivi clinici originali che peraltro erano offerti a una popolazione specifica. Ed era altamente prevedibile che tali determinazioni avrebbero prodotto degli studi originali e creativi.

2. Problemi teorici inerenti all’ambito dell’etnopsichiatria

Oggi ci troviamo a confrontarci con diversi problemi concettuali che l’etnopsichiatria ha ereditato tali e quali.

Anzitutto, una contraddizione: se i sistemi terapeutici culturali sono realmente specifici; se poi questa specificità è irriducibile, come lasciano supporre alcune monografie approfondite (Devereux 1961; Zempléni 1968; Severi 1981; Kakar 1982; Nathan, Hounkpatin 1996, ecc.), a partire da quale concettualizzazione ne renderemo conto? Da quella dell’antropologia? Della psichiatria? Dei sistemi culturali stessi? E’ ancora possibile parlare di *etno*-psichiatria? Dove collocare dunque la parte della psichiatria dato che questa disciplina poggia su premesse di tipo medico, del tutto estranee alle società “tradizionali”? Proprio come la medicina, la psichiatria sostiene, in effetti, che:

a) Esiste una natura di certi fatti oggettivi che questa disciplina pretende di descrivere e analizzare. In un modo o nell’altro, tali fatti vanno considerati come “malattie” che hanno a che fare con un organo, il cervello e, più in generale, la funzione neurologica oppure organi più sottili, come la psiche, il pensiero, l’apparato psichico⁵;

b) La parte elementare sulla quale convergono le dimostrazioni di questa disciplina è il “soggetto”, e cioè una “individualità psicologica” pensata come più o meno sovrapponibile alla “individualità biologica”⁶;

c) Ne deriva che gli elementi della “identità culturale” – per esempio la propria

⁵ Anche il DSM-IV, pur molto prudente nelle sue definizioni, è costretto a riferirsi a essi: “I disturbi mentali sono ugualmente stati definiti attraverso concetti diversi (per esempio sofferenza, insufficiente capacità di autocontrollo, handicap, rigidità, irrazionalità, modello sindromico, eziologico e devianza statistica)”. Tuttavia, consapevoli della difficoltà di essenzializzare malattie che sono solo delle ipotesi, il DSM-IV attenua rapidamente la prima definizione: “Ognuno è un indicatore utile del disturbo mentale ma non ce n’è nessuno che sia equivalente al concetto e a situazioni diverse che richiedono diverse definizioni”. (American Psychiatric Association 1996: XXVIII). Si veda anche la discussione su questo problema in Pichot e Nathan (1998).

⁶ Anche se alcune teorie psicopatologiche, in particolare nelle correnti delle terapie familiari, ammettono l’efficacia di azioni terapeutiche sul gruppo della famiglia, il disordine è comunque pensato come affettante una persona.

lingua, le usanze, le divinità – sono postulati da questa disciplina come esterni alla natura del soggetto, un po' come lo sarebbero, per esempio, i vestiti rispetto al corpo. Nella loro pratica, certo, i clinici assegnano un'importanza considerevole a considerazioni culturali:

Il DSM IV contempla tre tipi d'informazione collegati a considerazioni culturali: 1) una discussione sulle variazioni culturali può essere testualmente osservata nelle presentazioni cliniche dei disturbi incluse nel DSM-IV; 2) una descrizione delle sindromi specifiche di una determinata cultura ... e 3) un abbozzo di formulazione culturale ideata per aiutare i clinici a valutare e a render conto sistematicamente dell'impatto del contesto culturale dell'individuo (American Psychiatric Association 1996: XXXI)⁷.

Così, abbiamo visto sorgere un paradigma, non ancora definito davvero – l'etnopsichiatria – ed ecco, immediatamente, una domanda senza fine: si tratta di etnologia? Ma se si tratta di etnologia, perché dunque distinguere un nuovo paradigma? Allora, è un sottocapitolo della psichiatria? Impossibile! Perché, come abbiamo visto, le premesse della psichiatria sono in radicale opposizione con quelle dei terapeuti tradizionali ai quali l'etnopsichiatria si interessa. Queste impossibilità, queste incoerenze si materializzano molto rapidamente nella vita professionale dei ricercatori. Quello dell'etnopsichiatra, è un mestiere? Di che tipo di mestiere può dunque trattarsi? L'etnopsichiatra è un ricercatore? In medicina? In antropologia? In psicologia? Se fosse così, come potrebbero far pensare i due esempi citati prima (Devereux e Zempléni), da quali colleghi dovrebbe essere valutato? All'interno di quale équipe potrebbe realizzare la propria affermazione professionale? L'etnopsichiatra è un clinico? Uno psichiatra (come Henri Collomb), uno psicologo o uno psicoanalista (come Géza Róheim)? Ma cos'è uno psichiatra i cui interessi principali rifiutano le premesse della propria disciplina? Cosa è uno psicoanalista che sarà per forza portato, nel suo lavoro clinico, a utilizzare le teorie, delle modalità d'intervento considerate dai suoi pari “irrazionali”, “infantili”, “nevrotiche”⁸? Sap-

⁷ La posizione del DSM rifiuta anche di considerare il disturbo mentale una malattia come altre: “anche se il manuale fornisce una classificazione dei disturbi mentali, bisogna riconoscere che nessuna definizione specifica in modo adeguato i limiti precisi del concetto di disturbo mentale” (Ivi: XXVIII).

⁸ Anche qui, riguardo alle pratiche etnopsichiatriche, il DSM-IV è innovativo: parlando delle spiegazioni culturali della malattia evoca la tendenza di alcuni malati a preferire le terapie culturali: “preferenze per una presa in carico da dei metodi conformi o meno alle pratiche e agli usi della professione medica”. Nella relazione terapeutica con un “indiano delle pianure” Devereux

priamo che queste domande sono rimaste senza risposta anche in tutti paesi in cui si sono sviluppate delle ricerche in etnopsichiatria (Stati-Uniti, Gran Bretagna, Italia, Svizzera, Belgio, Francia). Di fatto, le realtà professionali hanno spesso indotto gli etnopsichiatri a nascondere la propria natura. Hanno iniziato delle carriere come antropologi, psichiatri o psicologi, e hanno presentato le loro ricerche in etnopsichiatria come l'esito di un interesse personale⁹. Georges Devereux (1970: 1-2) è forse il solo, ma soltanto nell'ultima fase della sua carriera, ad aver difeso la specificità di un campo originale:

In quanto scienza interdisciplinare, l'etnopsichiatria è obbligata a contemplare insieme i concetti chiave e i problemi di base dell'etnologia e della psichiatria. Non potrebbe accontentarsi di prendere a prestito le tecniche di esplorazione e di esplicitazione di una o dell'altra di tali scienze... Le scienze veramente interdisciplinari sono dei prodotti di una fecondazione reciproca dei concetti chiave che sottendono ciascuna delle scienze costitutive.

L'etnopsichiatria non può quindi esistere se non come nuova e specifica disciplina che obbliga all'interdisciplinarietà, a meno di non volersi condannare alla banalità. Una disciplina, come sostiene Devereux, costretta a riproporre i problemi iniziali, a rivalutare le questioni primarie dell'antropologia e della psichiatria¹⁰.

Senza questo, l'etnopsichiatria non ha alcuna ragione di esistere – ed è d'altra parte ciò che, a ragione, le contestano continuamente antropologi e clinici: “dimostrate che portate nuove proposizioni alle questioni fondamentali della nostra disciplina oppure sparite!”.

ha ampiamente descritto ciò che andava necessariamente interpretato come attività di tipo “sciamanico” (1982).

⁹ Va da sé che le ricerche etnopsichiatriche si interessano a dimensioni essenziali, sia per l'antropologia che per la psichiatria e che queste ultime non domanderebbero di meglio di annettersele. È lo statuto della disciplina stessa che fa problema e non l'interesse delle ricerche – e la rielaborazione in senso culturalista del DSM-IV non può che richiamare l'interesse fondamentale degli psichiatri per l'etnopsichiatria.

¹⁰ “Vorrei concludere ricordando che la cosiddetta “psichiatria esotica” non è nata ieri. Il viaggio psichiatrico di Kraepelin intorno al mondo si è svolto più di sessanta anni fa. Questa pratica “esotica” continua a essere attuata, ogni anno le sono consacrate innumerevoli pubblicazioni. Ma l'esotismo non è una etnopsichiatria nel senso proprio della parola, così come una guida da museo non è un trattato d'archeologia o di storia dell'arte. Non può esistere una etnopsichiatria vera e propria senza un'epistemologia, una metodologia, una tecnica, una teoria che le appartengano in proprio” (Devereux 1975: 253).

3. Definizione

Chiamerò dunque etnopsichiatria:

1) Una disciplina che assume come oggetto l'analisi di tutti i sistemi terapeutici, senza esclusioni né gerarchie, che si considerino "sapienti" o che si presentino come specifici di una comunità etnica, religiosa o sociale. L'etnopsichiatria si propone di descriverli, di estrarne la razionalità e, soprattutto, di metterne in valore il carattere necessario. Questa disciplina rivendica una scientificità specifica per il fatto che, considerando i sistemi terapeutici come proprietà di un gruppo, cerca di dimostrare le sue ipotesi ideando metodi che permettano ai rappresentanti di quei gruppi di pronunciarsi sulla loro validità;

2) Una disciplina che si propone di mettere alla prova i concetti della psichiatria, della psicoanalisi e della psicologia esponendoli ai rischi delle teorie dei gruppi di cui studia i dispositivi terapeutici. Non prende dunque partito nella polemica che oppone i difensori di una validità universale dei concetti psicoanalitici, delle entità nosografiche della psichiatria, dei concetti derivati dalle ricerche in psicologia cognitiva e dai sostenitori di un relativismo culturale. Si limita a inventare metodi destinati a mettere queste teorie alla prova delle realtà culturali e cliniche che osserva;

3) Una pratica clinica innovativa che trae insegnamento dalle ipotesi e conclusioni dei punti 1) e 2), decidendo di integrare nel suo dispositivo:

- a) Le soluzioni tecniche che ha saputo identificare studiando i sistemi terapeutici;
- b) Le innovazioni alle quali è giunta discutendo i concetti della psichiatria, della psicoanalisi e della psicologia;
- c) Le valutazioni specifiche riferite tanto alle norme abituali della razionalità scientifica quanto a quelle dei gruppi e delle comunità da cui provengono le persone che prende in carico.

Questa pratica clinica è destinata a intervenire nelle situazioni di disordine che possono essere considerate psicologiche, sociali, culturali o istituzionali.

4. Alcune questioni teoriche di peso

4.1 Il problema della guarigione.

Possiamo considerare la guarigione ottenuta dalle terapie culturali come della stessa natura di quella ottenuta dalle terapie "sapienti"¹¹? Tale questione è di

¹¹ Definisco "sapienti" le psicoterapie che pretendono di derivare da osservazioni scientifiche

importanza cruciale perché se, da un lato, i sistemi terapeutici sono radicalmente eterogenei mentre, dall'altro, le guarigioni ottenute da questi diversi sistemi sono tutte della stessa natura, noi dovremmo allora abbandonare le teorie psicopatologiche – o, almeno, ripassarle molto seriamente in esame. Il compito è troppo duro e le resistenze professionali enormi. Ciò spiega perché la maggior parte degli autori che nel campo dell'etnopsichiatria hanno tentato delle sintesi, hanno sempre proposto delle spiegazioni occidentalo-centriche degli effetti terapeutici (generalmente osservati) dei sistemi culturali. Attribuiscono i miglioramenti osservati nei pazienti al “transfert” (Róheim), alla “suggestione” (Freud e molti psicoanalisti al suo seguito) o all'effetto placebo¹², alla “credenza” (Lévi-Strauss) o alle “riorganizzazioni sociali” (Zempléni, come molti altri autori). Alcuni, come Devereux, non attribuiscono loro nessuna azione reale, ma un semplice effetto palliativo:

Non si può pensare che lo sciamano compia una “cura psichiatrica” nel senso stretto del termine; al malato procura soltanto ciò che la Scuola Psicoanalitica di Chicago chiama una “esperienza affettiva correttiva” che lo aiuta a riorganizzare il suo sistema di difese ma non gli permette di attingere alla reale presa di coscienza di sé stesso (*insight*) senza la quale non c'è vera guarigione (1970: 18).

Transfert, suggestione, effetto placebo, credenza... altrettanti concetti “occidentali” che permettono di respingere, interpretandole, le spiegazioni culturali – ovvero di respingerle attraverso l'interpretazione. Evidentemente, non siamo più all'epoca in cui si consideravano i pensieri dei “primitivi” come prelogici (Lévy-Bruhl 1960)¹³, magici o infantili (Freud 1968; Gauchet 1985). L'interpretazione

di ordine “naturale”. Va da sé che non mi pronuncio in nessun modo sulla loro validità scientifica.

¹² Si veda l'appassionante discussione del concetto di placebo in Pignarre 1997.

¹³ Sviluppi molto simili a quelli dell'inizio secolo, tuttavia, si trovano in testi recenti di psicoanalisi dedicati all'evoluzione umana: “L'uomo primitivo si costruì armi e strumenti che rese sacri, investendoli di un potere magico che superava il proprio. Allo stesso modo fabbricò degli idoli e feticci, proiezioni significanti del suo narcisismo. Gli idoli rappresentavano (e ancora oggi rappresentano, nella misura in cui ne sopravvive il culto, più o meno mascherato) le virtù e i poteri che l'uomo vorrebbe possedere in modo assoluto [...]; a questo titolo gli idoli potranno essere il supporto del suo odio proiettato e diventeranno oggetti da temere” (Grunberger, Dessuant 1997). Nessun interesse, di conseguenza, per le tecniche di coloro che fabbricano o manipolano feticci – tanto meno per le loro filosofie o costruzioni del mondo – ancora una volta declassati alla stregua di masturbatori infantili.

– che sia sociologica, strutturalista, psicanalitica – resta ancora oggi lo strumento principale per squalificare le teorie dei gruppi e delle comunità e, di conseguenza, le loro pratiche terapeutiche¹⁴. Chi nega in anticipo agli attori la capacità di rendere totalmente conto dei sistemi impiegati, è condannato a “interpretare” le loro teorie, i loro risultati, il sistema intero. L’unica protezione contro questo pericolo è interrogare continuamente i concetti fondamentali delle due discipline da cui deriva l’etnopsichiatria. Senza questa misura protettiva, l’etnopsichiatra sarà per forza portato a sentirsi ovunque a casa propria. Farà sua ogni terapia culturale che gli sarà dato di osservare, traducendola in gettoni teorici già noti. Diventato esperto, non imparerà nulla di sostanziale su soggetti appena sfiorati. Isabelle Stengers ha perfettamente descritto il problema:

L’ho già sottolineato, è solo irrimediabilmente distruttore e/o tollerante colui che si crede “puramente nomade”, che non può essere messo in pericolo o spaventato da niente; in tal modo, il gruppo con cui si identifica può solo delegare agli esperti... Lo psicoanalista, quando si vive come un “praticante moderno”, si vive ugualmente come “nomade”, distaccato dai legami illusori che invece vincolano gli altri. Da quel momento, l’analista può sentirsi ovunque “a casa propria” perché la sua pratica definisce ogni “territorialità”, ogni sedentarietà, come suscettibile di essere “analizzata” (1997: 118).

Le terapie culturali guariscono i pazienti? O, ancor peggio, li guariscono per “cattive ragioni”? (Stengers 1995). Comunque sia, è sempre invocando la sua guarigione che il paziente senegalese continua a rivolgersi al *marabout*, il marocchino al *fkih* e quello di Limoges al magnetizzatore. In base a questo interrogativo, in fin dei conti ben legittimo, i pazienti permettono a tali sistemi di persistere – e finanche di svilupparsi¹⁵; di conseguenza, una delle leve grazie alle

¹⁴ Si vedano alcuni lavori di un’etnopsichiatria che si potrebbe dire di antiquariato, un’etnopsichiatria che respinge la specificità del suo stesso approccio; che, dunque, interpreta le azioni e soprattutto i pensieri che imputa a coloro che osserva. In questo tipo di approccio, gli “altri” agiscono, certo, ma in modo intuitivo; le teorie che costruiscono per rendere conto delle loro azioni potranno essere considerate solo come fatti da osservare. A titolo di esempio: Ortigues, Ortigues 1966; Pradelle de la Tour 1995, per le interpretazioni lacaniane; Juillerat 1991, per le interpretazioni psicanalitiche più “classiche”.

¹⁵ Si veda lo sviluppo esponenziale dei gruppi di preghiera, presenti ormai ovunque nel mondo, veri luoghi terapeutici tradizionali adattati al mondo moderno delle grandi metropoli (Cfr. Piault 1975; Dozon 1995; Nathan, Hounkpatin 1996).

quali l'etnopsichiatra interrogherà le sue discipline di origine sarà, anche per lui, il problema della guarigione.

4.2 La questione della validità delle teorie culturali

Si possono considerare le concettualizzazioni dei sistemi culturali come vere teorie, con le loro coorti di costruzioni tecniche della realtà, di sperimentazione e di validazione? In questo caso, sarebbe necessario: 1) Apprendere queste teorie; 2) Sperimentarle concretamente; 3) Comparare la loro efficacia clinica, quantomeno i loro effetti concreti, all'efficacia delle terapeutiche "sapienti". Si tratta di una scommessa perché queste teorie non si insegnano ma, nella maggioranza dei casi, si trasmettono attraverso una "iniziazione". Inoltre, queste teorie sono raramente esplicite, mai espone come sistemi di idee; esse generano le azioni tecniche dei terapeuti e possono solo essere ricostruite. Infine, considerarle come veri sistemi di pensiero implicherebbe che colui che decide di apprendere adotta più o meno l'identità professionale di quelli che le praticano. Per un clinico occidentale, in verità, è socialmente impossibile adottare l'identità di uno sciamano colombiano, di un *fkih* marocchino, di un *baba-law* nigeriano – ancor meno quella di un magnetizzatore limusino. Qui urtiamo contro la stessa resistenza generata dagli ambienti professionali. Ecco perché, per evitare il problema, la maggior parte degli autori – con l'eccezione comunque notevole di Marcel Mauss – considerano le teorie culturali come "preconcetti", "fantasmi", "credenze" oltre che, talvolta, come la sopravvivenza in individui adulti di teorie sessuali infantili (Röheim 1967). George Devereux ha colto la difficoltà e si è espresso vivacemente in proposito: "Ecco perché noi non possiamo mai sapere con certezza se i dati degli 'psichiatri' primitivi rappresentano delle intuizioni scientifiche autentiche o se non sono altro che semplici fantasmi derivati da un modello di pensiero culturale" (1972: 252).

Facciamo notare che, per lui, quando le teorie dei terapeuti tradizionali si dimostravano interessanti, non potevano esserlo che a titolo di intuizioni. Un po' oltre, nello stesso testo, parlando dei Sedang del Vietnam scrive:

È un popolo che ha solo un'inclinazione per la speculazione, ma le cui intuizioni (*insights*) restano sterili, poiché esse non si integrano in un contesto scientifico, né sono messe in correlazione con altre intuizioni dello stesso ordine, ma solamente con la mitologia (Ivi: 256).

Ora, le teorie culturali sono percepite dai fruitori dei sistemi terapeutici tanto vere quanto quelle "sapienti". I pazienti non contrappongono i mondi, ma ten-

tano di trarre benefici dall'uno e dall'altro. I sapienti, invece, sono in guerra, innanzitutto tra loro (Stengers 1996), ma anche con coloro che designano come “ciarlatani”. Ancora una volta, l'etnopsichiatria dovrebbe prendere a modello gli utenti per costruire i suoi concetti e interessarsi sul serio alle teorie culturali – non come fossero delle “rappresentazioni”, ma vere teorie, di cui dovrà rendere esplicita la forma specificamente assunta da esse e di cui dovrà anche spiegare la necessità. In breve: dovrà spiegare come il fenomeno venga correttamente compreso da queste teorie e come esse permettano una presa efficace sul mondo.

4.3 Che fare dei gruppi?

L'etnopsichiatria ha bisogno del concetto di “cultura” o, almeno, di un concetto che le permetta di riconoscere l'esistenza di gruppi. Gli antropologi e, *a fortiori*, i sociologi tendono sempre più a fare a meno di questi ultimi – spesso, d'altra parte, per delle buone ragioni – preferendo le nozioni più vaghe di “mondi” o “universi”. Inoltre, i sempre più attivi processi di globalizzazione – dell'informazione, delle abitudini, delle leggi, delle merci – tendono a far apparire questa nozione ormai desueta, forse un po' troppo rapidamente obsoleta. Contemporaneamente, però, una serie di dati nuovi viene a ricordarci che, in psicopatologia, i gruppi – che li si designi come “etnie” o come “comunità” – non sono ancora estinti. Emergono sempre più “terapeuti” che reinventano dei dispositivi “culturali” di cura: dopo una crisi esistenziale, un Tahua tahitiano decide improvvisamente di andare a farsi iniziare presso i Maori della Nuova Zelanda, dove si fa tatuare dalla testa ai piedi (Saura 1993); una guaritrice di un villaggio del Mali organizza (inventa? reinventa?) nuovi rituali per i *djinna* (Berger 1997), affermando che si tratta della ripresa di una tradizione millenaria; una *n'ganga*, guaritrice del Nord del Congo, una volta immigrata a Brazzaville ha creato un nuovo metodo di estirpazione del male¹⁶. Cosa pensare di un guaritore che, in un complesso di case popolari (HLM) alla periferia nord di Parigi “prepara sortilegi” per dei marginali a reddito minimo e depressi? Queste persone riuniscono folle di malati attorno a loro. Si riconoscono, si immaginano e si rappresentano come dei terapeuti “culturali”. Credo che, se ai giorni nostri le scienze umane vogliono diventare inventive, devono concepire imperativamente metodi che permettano di postulare anche questi “soggetti” come competenti e creativi – in nessun caso come fantocci o automi! Del resto non si sono fatti iniziare a un mestiere qualunque, ma a quello di guaritore. Le nostre

¹⁶ Il dato proviene da una ricerca sul campo inedita, condotta da Geneviève Nkoussou e Jérôme Weisselberg.

osservazioni etnopsichiatriche ci fanno pensare sempre più a una strana ipotesi: psicopatologia e cultura intrattengono forse tra loro dei legami ancora più profondi di quelli sospettati un tempo. Se si venisse a scoprire che nella fase odierna della mondializzazione, la “cultura” investe immediatamente la persona soprattutto attraverso una malattia – magari in una delle sue forme le più perniciose: l’obbligo di curare gli altri – allora la cultura e la malattia (il disturbo mentale, in particolare) formerebbero una coppia ancora più necessaria che in passato, anche se la loro alleanza sembrerebbe in ogni caso altrettanto enigmatica¹⁷.

É ancora Devereux che ha proposto *d’emblée* tale necessità:

Queste considerazioni preliminari ci portano a pensare il problema della normalità e dell’anormalità nel quadro del concetto-chiave dell’antropologia – la Cultura – e del problema-chiave della psichiatria, rappresentato dalla frontiera tra il normale e l’anormale (1970: 4).

Bisogna innanzitutto dire che tutte le scienze umane sono sempre scienze di gruppi. Anche la psicologia clinica, che lavora a partire da casi individuali, genera necessariamente la fabbricazione di gruppi – artificiali, certo, e di cui il solo esperto è il ricercatore. Quale realtà sociale possiede, ad esempio, un gruppo costituito da persone che psicologi e psichiatri rubricano nella classificazione di “psicosi allucinatoire cronica”? Sono semplici gruppi statistici, “gruppi omogenei di malati”, persone che hanno quale unico punto in comune il fatto di essere stati classificati dai ricercatori all’interno di una stessa categoria. In questo caso, come costruire la verità attraverso un contraddittorio che assuma i soggetti in qualità di partner?

Nel mondo moderno e nella maggioranza dei casi, i gruppi sociali reali si costituiscono attraverso una lotta e oppongono agli esperti i propri interessi di parte. Esempi recenti: le persone affette da AIDS, riunite in associazioni di malati, sono riuscite a imporre le loro competenze derivate dall’esperienza, mettendo sottosopra le prospettive e le priorità dei ricercatori¹⁸. La pressione del movimen-

¹⁷ Si veda la descrizione dei *Dangaleat* porposta da Jean Pouillon, il quale dimostra che ogni vocazione è innanzitutto un’afflizione. In altre parole, è la malattia che promuove il soggetto al ruolo sociale che eserciterà e che ne convalida la funzione (1970: 76-98).

¹⁸ Non desta meraviglia che i tentativi più originali di utilizzazione delle associazioni dei malati nella ricerca si ritrovino tra gli eredi di Michel Foucault, per esempio nei lavori di Daniel Defert. La recente pubblicazione dei *Cours* di Foucault al Collège de France ci offre, del resto, piste teoriche per riutilizzare i “saperi assoggettati”. “Per ‘saperi assoggettati’, intendo pure una serie di saperi che si ritrovano squalificati come saperi non-concettuali, come saperi non sufficientemente elaborati: saperi ingenui, saperi gerarchicamente inferiori, saperi al di sotto del livello richiesto

to *gay* ha costretto la American Psychiatric Association a ritirare l'omosessualità dalla lista dei disturbi mentali. Talvolta, la costituzione di questi gruppi viene favorita da singoli ricercatori che sostengono in prima persona una lotta personale e brillante. Così, Oliver Sacks è riuscito a imporre l'idea secondo la quale la ricerca moderna in neurologia consiste nell'andare a interrogare l'esperienza reale dei malati, le sole persone che riescono a descrivere la stranezza quasi unica del loro mondo (Sacks 1996). Così, il riconoscimento dei gruppi è sempre più utilizzato dai moderni ricercatori in scienze umane per assicurarsi dei collaboratori in grado di interrogare la validità delle loro ipotesi¹⁹.

L'etnopsichiatria può essere praticata solo così poiché a essa corrisponde sempre il suo "doppio" – il guaritore o il terapeuta 'naturale' delle popolazioni di cui essa si occupa – che continua a interrogarla sui fondamenti delle sue prospettive, dei suoi metodi e dei suoi risultati. La possibilità dell'etnopsichiatra, la sua carta vincente è soltanto epistemologica: tra i clinici, solo lui dispone di un contraddittore obbligato. Bisogna anche ricordare che, in altri universi, i gruppi di "malati" formano spesso raggruppamenti sociali veri e propri. In Marocco, per esempio, è chiaramente possibile costituire un gruppo di persone possedute da un certo *djinn* – questo gruppo rappresenta una realtà esperienziale. Si può incontrarlo in certe *zaouia*²⁰ nelle quali gli adepti si abbandonano alla *hadra*, la transe rituale.

Detto altrimenti: la domanda dell'etnopsichiatria presentifica necessariamente dei gruppi sociali reali che, ai giorni nostri, non hanno più quel carattere distante, letterario e un po' immaginario veicolato dall'etnologia di altri tempi. Ogni giorno in strada, nella metropolitana e nei nostri studi incontriamo *Bambara*, *Dogon*, *Mandinga*. Questa coabitazione rende ormai obbligatoria una gestione del rapporto con le comunità, tanto più che, come tutti i gruppi, le "etnie" tendono a produrre rappresentanti. Il segmento etno- della parola "etnopsichiatria" ricorderebbe l'obbligo, assunto dalla metodologia dell'etnopsichiatra, di ricorrere a gruppi reali già costituiti e muniti di loro rappresentanti, per validare le sue proposte e le sue ipotesi.

Un primo esempio: la descrizione di una sindrome neurologica da parte di Gilles de la Tourette (1885) ha dato luogo, decenni più tardi, alla creazione di

di conoscenza o scientificità [...]; abbiamo esercitato la critica proprio grazie alla ricomparsa di questi saperi locali in possesso delle persone, di questi saperi squalificati" (Foucault 1997: 9).

¹⁹ Mi sembra anche che sia la sola metodologia, almeno per la psicopatologia e la psicoterapia, che permette di sfuggire al rimprovero di Karl Popper, quando accusava gli psicoanalisti di produrre degli enunciati "non confutabili".

²⁰ Luogo di culto confraternale, a funzione anche terapeutica, edificato attorno alla tomba di un santo (Cfr. Chlyeh 1995).

una associazione estremamente attiva soprattutto negli Stati Uniti: la Tourette Syndrome Association. In questo caso, il gruppo è definito dalla malattia. Senza allontanarsi dai medici o dai neurologi che lo hanno generato, il gruppo li interroga di continuo, li incita a proseguire le ricerche, a proporre nuove ipotesi eziologiche, a scoprire nuove terapie.

Un secondo esempio: si può ragionevolmente pensare che la definizione di Freud dell'omosessualità come "struttura psichica" abbia permesso a persone con pratiche omosessuali, che si pensavano "devianti", di immaginarsi membri di una categoria particolare e di costituirsi, infine, in gruppo sociale: il movimento *gay*. Il movimento *gay* oggi interroga gli esperti – psichiatri, psicoanalisti, endocrinologi, biologi – proponendosi come loro partner obbligato. Proprio la pressione del movimento *gay* ha obbligato la American Psychiatric Association a ritirare l'omosessualità dalla lista delle malattie mentali.

Un terzo esempio: allo stesso modo, la descrizione dei "transessuali" fatta da Benjamin (1966), poi da Stoller (1978) li ha progressivamente indotti a costituirsi in gruppo sociale, quindi in gruppo di pressione, esigendo interventi chirurgici dai medici e modifiche dello stato civile dalle autorità amministrative. Qui il gruppo, originariamente definito da un concetto bio-psicoanalitico – loro stessi si danno il nome di *benjaminiti*, dal nome del loro "creatore" – tende a costituirsi in gruppo di pressione, obbligando i professionisti a creare dei codici deontologici, una nuova morale, ovvero una nuova filosofia.

Dobbiamo così arrenderci all'evidenza: le pratiche sociali, applicazioni puntuali delle scienze umane, sono all'origine della creazione di nuovi gruppi sociali, poi destinati a porre domande ai loro demiurghi.

4.4 Obbligo di elaborazioni teoriche

Come preannunciato da Georges Devereux, le ricerche etnopsichiatriche rimettono necessariamente in discussione gli ordinamenti dell'antropologia e della psicopatologia. L'etnopsichiatria fa nascere nuovi problemi e obbliga a riorganizzare quelli antichi. Ma, soprattutto, obbliga a reimmettere nella professione alcune nozioni chiave, a riaprire le "scatole nere" (Stengers 1992), quelle che hanno garantito a lungo il consenso tra i ricercatori: quello su cui antropologi e clinici sono d'accordo *a priori*. Tenderei a distinguere ciò che ho definito etnopsichiatria da ciò che per consuetudine designiamo con i termini di psichiatria comparata o psichiatria transculturale. L'etnopsichiatria non è una psichiatria

illuminata dalla cultura e neppure un'antropologia della malattia mentale²¹; l'etnopsichiatria è questa particolare disciplina che deve la sua esistenza alla ridefinizione operativa dei concetti chiave dell'antropologia e della psichiatria.

Bibliografia

- American Psychiatric Association
1996, *DSM-IV. Manuel diagnostique des troubles mentaux*, Paris Milan Barcelone, Masson.
- Benjamin Harry
1966, *The Transsexual Phenomenon*, New York, Jullian Press.
- Berger Laurent
1997, *Anthropologie politique des systèmes de soins magico-religieux. L'exemple des cultes de possession bamandu ou bélédugu (Mali)*, Mémoire de DEA d'anthropologie, de sociologie et du développement, Université Paris VIII.
- Chilyeh Abdelafid
1995, *La thérapie synchrétique des Gnaoua marocains*, Thèse de doctorat d'ethnologie, Université de Paris VII.
- Collomb Henri
1965, *Assistance psychiatrique en Afrique (expérience sénégalaise)*, "Psychopathologie africaine" I, 1, pp. 11-85.
1966, *Psychiatrie et cultures (quelques considérations générales)*, "Psychopathologie africaine", II, 2, pp. 259-275.
- Devereux George
1969, *Mohave ethnopsychiatry and suicide: The psychiatric knowledge and the psychic disturbances of an Indian tribe*, "Bureau of American Ethnology Bulletin", 175, pp. 1-586.
1970, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard.
1972, *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion.
1975, *Préface au numéro Ethnopsychiatrie*, "Perspectives psychiatriques", LIII, pp. 251-253.
1982, *Réalité et rêve. Psychothérapie d'un indien des plaines*, Paris, J.C. Godefroy (prima ed. 1959).
- Dozon Pierre
1995, *La cause des prophètes. Politique et religion en Afrique contemporaine*, Paris, Le Seuil.
- Foucault Michel
1997, *Il faut défendre la société*, Cours au Collège de France, 1976, Paris, Gallimard, Le Seuil.
- Freud Sigmund
1968, *Totem et tabou*, Paris, Payot (ed. or. 1912).
- Gauchet Marcel

²¹ Di nuovo Devereux: "Contrariamente a ciò che alcuni suppongono, l'etnopsichiatria non è 'semplicemente' lo studio dei disordini psichici nei vari contesti culturali, o delle idee 'tradizionali' (come se ci fossero delle società non-tradizionali!). L'etnopsichiatria è, in primo luogo, una epistemologia e una metodologia" (1975: 251).

- 1985, *Le désenchantement du monde*, Paris, Gallimard.
- Grunberger Bela, Dessuant Pierre
1997, *Narcissisme, christianisme, anti-sémitisme*, Arles, Actes Sud.
- Juillerat Bernard
1991, *Œdipe chasseur. Une mythologie du sujet en Nouvelle Guinée*, Paris, P.U.F.
- Kakar Sudhir
1982, *Shamans, Mystics and Doctors. A Psychological Inquiry into India and its Healing Traditions*, New-York, Alfred A. Knopf.
- Lèvy-Bruhl Lucien
1960, *La mentalité primitive*, Paris, P.U.F. (prima ed. 1922).
- Ortigue Marie Cécile, Ortigue Edmond
1966, *Œdipe africain*, Paris, Plon.
- Piault Colette
1975 (sur la direction de), *Prophétisme et thérapeutique. Albert Atcho et la communauté de Bregbo*, Paris, Hermann.
- Pichot Pierre, Nathan Tobie
1998, *Quale avvenire per la psichiatria e la psicoterapia*, Paderno Dugnano, Ed. Colibrì-Oriss (ed. or. 1997).
- Pignarre Philippe
1997, *Qu'est-ce qu'un médicament?*, Paris, La Découverte.
- Pouillon Jean
1970, *Malade et médecin: le même et/ou l'autre. Remarques ethnologiques*, "Nouvelle Revue de Psychanalyse", 1, pp. 76-98.
- Pradelle de La Tour Charle-Henri
1995, *Le crâne qui parle: Ethnopsychanalyse en pays bamileke*, Paris, éd. E.P.L.
- Pury (de) Toumi Sybille, Mesmin Claude, Nathan Tobie
1995, *Rapport de recherche: Du rôle des entretiens en langue maternelle dans l'interaction avec les familles migrantes et notamment de leurs bénéfices dans l'insertion scolaire et sociale des enfants et des adolescents*, Recherche MIRE/DEP.
- Róheim Géza,
1967, *Origine et fonction de la culture*, Paris, Gallimard (ed. or. 1943).
- Sacks Oliver
1996, *Un anthropologue sur Mars. Sept histoires paradoxales*, Paris, Le Seuil.
- Saura Bruno
1993, *Politique et religion à Tahiti*, Tahiti, Éd. Polymagesscoop.
- Severi Carlo
1981, *Traitement chamannique de la folie chez les indiens Cuna de San Blas (Panama)*, Thèse pour le doctorat de troisième cycle, Paris, E.H.E.S.S.
- Stengers Isabelle
1992, *La volonté de faire science*, Paris, Synthélabo/Les Empêcheurs de penser en rond.
1995, *Le médecin et le charlatan*, in T. Nathan, I. Stengers, *Médecins et sorciers*, Synthélabo/Les Empêcheurs de penser en rond, pp. 115-161.
1996, *Cosmopolitiques I. La guerre des sciences*, Paris, Synthélabo/Les Empêcheurs de penser en rond.
1997, *Cosmopolitiques VII, Pour en finir avec la tolérance*, Paris, La Découverte-Synthélabo/Les

Empêcheurs de penser en rond.

Stoller Robert

1978, *Recherches sur l'identité sexuelle*, Paris, Gallimard.

Tourette (de la) Gilles

1885, *Etude sur une affection nerveuse caractérisée par l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie (jumping, latah, myriatchit)*, "Archives de neurologie", 9, pp. 19-42, 158-200.

Zempléni András

1966, *La dimension thérapeutique du culte des rab (Ndop, Tuuru et Samp: rites de possession chez les Wolof et les Lébou)*, "Psychopathologie africaine", II, 3, pp. 295-439.

1968, *L'interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lebou du Sénégal*, Thèse III Cycle, Paris, Sorbonne.

Abstract

The author argues that the classical concepts of Psychiatry and Anthropology contain an internal contradiction with respect to the definition of Ethnopsychiatry. This contradiction obliges us to better define the: boundaries of psychopathology; nature of healing; validity of the theories developed by different cultures; new science of groups. Finally, the author proposes to renew Psychopathology and Anthropology in the light of Ethnopsychiatry which applies an original methodology capable of always questioning the concepts of Comparative psychiatry and Transcultural psychiatry.

In questo saggio l'Autore sostiene che i concetti classici della psichiatria e dell'antropologia contengono una contraddizione interna rispetto alla definizione stessa di etnopsichiatria. Tale contraddizione obbliga a definire meglio: i confini della psicopatologia; la natura della guarigione; la validità delle teorie elaborate dalle diverse culture; una nuova scienza dei gruppi. L'autore infine propone di rinnovare la psicopatologia e l'antropologia alla luce dell'etnopsichiatria che applica una metodologia originale capace di rimettere sempre in discussione i concetti della psichiatria comparata e della psichiatria transculturale.

Key words: ethnopsychiatry, comparative psychiatry, transcultural psychiatry, cultural theories, group science.

Parole chiave: etnopsichiatria, psichiatria comparata, psichiatria transculturale, teorie culturali, scienza dei gruppi.