

Università degli Studi di Bergamo

Corso di Dottorato di Ricerca in
ANTROPOLOGIA ED EPISTEMOLOGIA DELLA COMPLESSITÀ

**Scuola di Dottorato in Antropologia Culturale e
Discipline Demoetnoantropologiche**

**Università degli Studi di Bergamo
XXII ciclo**

le incerte anime dei mondi
epistemologia e clinica etnopsichiatrica

Supervisore:

Chiar.mo Prof. Gianluca Bocchi

Tesi di:

Sergio Zorzetto

Anno Accademico 2008/2009

*ai miei genitori
e a mia nonna Franclina
(che mi ha insegnato come proteggermi)*

Il cuore del problema della vita e della cognizione è la coevoluzione, la danza creatrice, di conservazione e mutamento, di invarianza e di novità, di chiusura e apertura. Il rapporto fra soggetto e oggetto, fra conoscenza e realtà, da rapporto di rappresentazione si ridefinisce come rapporto di coemergenza, di coevoluzione, appunto, di danza che crea, che "pone innanzi" un mondo, e dove la condizione richiesta è la effettività dell'azione, nel consentire la continua conservazione del sistema coinvolto.

Mauro Ceruti, "La danza che crea. Evoluzione e cognizione nell'epistemologia genetica"

Io credo che l'uomo non abbia bisogno di essere salvato da se stesso; basta lasciare che l'uomo sia se stesso. Il mondo ha più bisogno di uomini che di "umanisti".

Georges Devereux, "Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento"

È allo stesso tempo molto semplice e molto difficile da immaginare: non sono là "per noi". Vengono da altrove e per ragioni che appartengono a questo altrove.

Isabelle Stengers, "Il laboratorio di etnopsichiatria"

Sento la scrittura come un evento collettivo. Sono pertanto molte le persone da ringraziare.

Ringrazio i colleghi della Scuola di Dottorato: quelli del mio ciclo di studi (Anna Lazzarini, Desiré Pangerç e Giacomo Loperfido), quelli che mi hanno preceduto (ed in particolare Martino Doni, Chiara Brambilla e Leonardo Bich) e quelli arrivati dopo (in particolare Pierangela Di Lucchio e Filippo Casadei). Con loro lo stimolo intellettuale e scientifico ha sempre saputo coniugarsi con il piacere dello stare insieme e la leggerezza del divertimento. Una citazione particolare la dedico ad Anna Lazzarini con cui ho condiviso anche le inevitabili ansie ed i dubbi di un tragitto sempre pieno di incognite. Lei ha saputo sostenermi ed incoraggiarmi e spero di aver restituito almeno in parte quanto ricevuto.

Ringrazio i professori del Collegio docenti della Scuola di Dottorato che hanno saputo creare e garantire un ambiente intellettuale fertile, ricco e capace di sostenere gli interessi scientifici degli studenti. Un debito speciale di gratitudine mi porta a ringraziarne alcuni in particolar modo. Il prof. Gianluca Bocchi che mi ha mostrato come possano rimanere sempre vivi in una persona la curiosità intellettuale nei confronti del mondo intero, la capacità di comprenderne le molteplici sfaccettature ed il gusto vivo per la libertà di pensiero propria e ed altrui. Il prof. Mauro Ceruti capace di restituire con semplicità e profondità ciò che è complesso e di far gustare agli altri una storia personale tanto intensa e ricca. Il prof. Enrico Giannetto che ha reso capaci i miei occhi di intravedere i misteri filosofici della fisica, a me così estranei. Pur non essendo stato tra i miei professori, mi rende felice ringraziare Stefano Tomelleri. Con lui è sempre possibile passare dalle facezie della vita, ai dilemmi intellettuali e politici del nostro tempo. Riuscendo poi a ritornare indietro.

Esiste poi tutto un mondo fuori dall'Università che ha accompagnato e reso possibile la mia ricerca. Ringrazio Michela, Filippo C., Filippo A., Chiara, Fabio, Alessio e Afef, con cui ho condiviso e condivido tuttora lo sforzo di costruire un progetto di intervento etnopsichiatrico nei servizi pubblici di salute mentale. A volte penso che Michela sappia cose di me che io stesso ignoro, in lei la potenza dell'intuizione e dell'ascolto si uniscono alla capacità di guidare gli altri nelle zone oscure dell'essere e di farne ritorno trasformati. Filippo mostra in ogni situazione l'incauto coraggio dell'esploratore e mi ricorda che l'eccessiva prudenza non sempre permette di arrivare alla conoscenza. Filippetti rammenta sempre a tutti quanto il metodo in etnopsichiatria sia importante e mi obbliga a pormi domande ed a cercare risposte. Chiara riesce a porgere agli altri con delicatezza e semplicità le molte conoscenze che custodisce. Fabio, anche se non capisco ancora se è un ricercatore sociale o un sociologo, rende più umani tutti noi e più saggi i nostri incontri. Alessio, che si è unito operativamente a noi più recentemente, ha tutte le capacità di riportare in pianura i meravigliosi mondi ammirati dalle vette che ha scalato. Afef è una scatola cinese proveniente dal Maghreb: non si finisce mai di scoprire le vite che ha vissuto e la saggezza che ne ha tratto.

Ringrazio Giuseppe Cardamone. Con lui e grazie a lui tutto è cominciato molti anni fa. Il suo entusiasmo ed il suo supporto mi hanno permesso di superare momenti difficili. A lui devo molte delle cose che ho imparato professionalmente e umanamente. Tutti noi dobbiamo a lui gratitudine per le tante iniziative che siamo riusciti a realizzare.

Ringrazio Salvatore Inglese, elettrone esotico dell'etnopsichiatria italiana che riesce ad addentrarsi in mondi tanto distanti quanto improbabili senza mai perdere il senso di sé ed una visione lucida delle cose in cui si imbatte. La sua generosità intellettuale mi ha permesso di comprendere molti dei misteri della clinica con i migranti, nel corso delle molte conversazioni notturne.

L'ultimo ringraziamento ed il più importante è per Anna. È grazie a lei che ogni giorno scopro quello che, nel bene e nel male, sono e soprattutto quello che posso diventare. Senza di lei, senza il suo coraggio, la sua intelligenza viva e la sua forza, perdersi sarebbe assai facile.

Indice

1. Introduzione. Antropologia ed epistemologia della cura dei migranti nei Servizi di salute mentale	p. 9
2. La cultura alle origini delle scienze della psiche	p. 21
2.1 Sulla cultura nella fondazione di psichiatria, psicoanalisi e psicologia	p. 21
2.2 Su cultura, sintomi e sindromi	p. 35
3. Dalla naturalizzazione della malattia mentale alla tecnicizzazione dell'influenza terapeutica	p. 55
3.1 Sulla verità della malattia mentale	p. 56
3.2 Sul rapporto di conoscenza	p. 58
3.3 Prime note su coloro che sono osservati e su coloro che osservano	p. 63
3.4 Influenzamento tecnico	p. 77
4. Epistemologia dell'etnopsichiatria	p. 85
4.1 Conservazione ed innovazione nel principio di complementarità	p. 85
4.2 Quando l'osservato è un soggetto	p. 98
4.2.1 Limiti e possibilità dell'osservazione partecipante	p. 110
4.2.2 Aritmie psicoanalitiche nell'etnopsichiatria	p. 116
4.2.3 Aritmie "primitive" nell'etnopsichiatria	p. 126
4.3 Clinica dei mondi	p. 127
4.3.1 Il dispositivo clinico etnopsichiatrico	p. 136
5. Eziologie tradizionali	p. 141
5.1 Trasformazioni della clinica e trasformazioni nella clinica	p. 154

6. Sulla violenza collettiva	p. 165
6.1 Ulteriori proposizioni sull'etnopsichiatria	p. 165
6.2 Guerra di mondi	p. 171
6.3 Clinica della violenza politica	p. 181
7. Conclusioni	p. 169
8. Bibliografia	p. 197

1. Introduzione.

Antropologia ed epistemologia della cura dei migranti nei Servizi di salute mentale

La riforma dei servizi psichiatrici italiani ha dato l'avvio ad un percorso multidisciplinare e territoriale di presa in carico delle evenienze psicopatologiche. Progressivamente, negli oltre trent'anni trascorsi, tale percorso ha reso possibile il configurarsi di una modalità di cura nel campo della salute mentale capace di articolare il momento clinico con la dimensione comunitaria di esistenza delle persone (Cardamone, Zorzetto, 2000). Si tratta di una prospettiva che richiede il ripensamento continuo dei luoghi, delle teorie e delle prassi delle discipline psicologico-psichiatriche; il coinvolgimento degli utenti e dei loro familiari sia in quanto soggetti titolari di diritti che come interlocutori competenti rispetto alla situazione problematica da affrontare; l'apertura verso l'interazione intersettoriale con soggettività individuali e collettive operanti nel territorio. È necessario osservare, tuttavia, che le mutazioni sociali e culturali di tali soggettività individuali e collettive, prodotte dalle migrazioni internazionali di massa, esigono sempre più un ripensamento dell'operatività dei servizi, in ragione del carattere strutturale della presenza immigrata e del suo peso, ormai anche quantitativamente rilevante (Zorzetto et al., 2001).

Negli ultimi anni si è progressivamente diffusa negli operatori una consapevolezza riguardo all'impatto della variabile culturale sull'operatività quotidiana. Le difficoltà incontrate hanno spinto anche i livelli organizzativi – almeno in alcuni casi – a promuovere iniziative che permettessero l'articolazione di risposte adeguate (cfr. Harrag, 2007). Parallelamente all'implementazione di competenze transculturali relative al momento clinico, è necessario immaginare prospettive di sviluppo anche per il lavoro territoriale. Queste sono tanto più necessarie in quanto ad una tendenza al ripiegamento ambulatoriale dei servizi si somma il rischio di un vissuto xenopatico negli

operatori, con la conseguenza per l'utenza straniera di divenire uno dei capri espiatori di carenze organizzative e conoscitive.

Questo ripensamento del lavoro clinico e comunitario si rende auspicabile, in prima battuta, per evitare che i servizi di salute mentale si ritrovino a dover rispondere alla domanda emergenziale delle agenzie sociali deputate all'intervento assistenziale nei confronti di alcune categorie specifiche di migranti (minori stranieri non accompagnati, rifugiati e titolari di protezione sussidiaria, fuoriuscite dalla tratta). In questi casi, i dispositivi legislativi esistenti assicurano la protezione statale attraverso la predisposizione di una serie di misure, fra cui l'ospitalità in strutture di accoglienza. Si creano in tal modo comunità eterogenee dal punto di vista culturale, artificiali nella loro costituzione ed a tempo determinato, che sopportano una pluralità di fattori di rischio. Occorre tenere contemporaneamente in considerazione: a) l'eventuale carico traumatico dei singoli ospiti (passato); b) la quota di conflittualità interpersonale e/o interculturale nei confronti degli altri ospiti o degli operatori che gestiscono le strutture (presente); c) la pressione esercitata da un'accoglienza necessariamente a tempo determinato. Lo scadere dell'assistenza dovrebbe – amministrativamente – proiettare le persone verso un inserimento nel contesto sociale allargato, di cui tuttavia rimangono aleatorie le condizioni di realizzabilità (futuro). Questi tre punti delineano una situazione in cui è l'intera struttura della temporalità a divenire potenzialmente foriera di forze capaci di vulnerare la quota di popolazione migrante considerata. Ciascun migrante si trova nella necessità di farvi fronte più o meno autonomamente, nel rischio di un'alienazione tendenziale dalle matrici relazionali, valoriali e tecniche dei rispettivi mondi di provenienza. Tale rischio diviene tanto più esiziale quanto più le strategie di intervento trascurano di prendere in considerazione tali matrici in quanto risorse culturali competenti, necessarie ed utili (Inglese, 2005). Sul piano sociale, le conseguenze problematiche, transitorie o a lungo termine, possono polarizzarsi sul versante dell'isolamento oppure su quello della convergenza verso formazioni gruppalì. Queste ultime, costituite secondo principi di aggregazione plurimi e variabili (lingua, provenienza, status sociale, religione, ecc.), possono assumere una

delle posture dell'acculturazione antagonistica delineate da Devereux (1975 [1972]). Si può osservare, da questo punto di vista, una processualità per cui la tendenziale desocializzazione dalle formazioni originarie e la carente risocializzazione nel contesto adottivo provocano l'inveramento di un'individuazione anonima e astenica (deculturazione). La persona può allora rimanere sospesa nell'incapacità di fissazione e radicamento effettivo in un qualsiasi luogo sociale, oppure può provare a ricostituire una presenza attraverso la partecipazione ad una dimensione sovraindividuale tendenzialmente marginale, ma altamente definita dal punto di vista identitario.

In queste condizioni, l'assenza di collaborazione anche in senso preventivo fra agenzie sociali e servizi di salute mentale produce una domanda di psichiatrizzazione da parte delle prime ed una risposta meramente reattiva da parte dei secondi.

È possibile sottolineare tuttavia come, almeno per quanto riguarda la popolazione profuga e rifugiata, l'etnopsichiatria nel suo versante clinico ed in quello comunitario¹ abbia dato prova di efficacia preventiva e terapeutica (Sironi, 1999; Inglese, 1999 e 2002). Negli interventi di accoglienza diretti a profughi e rifugiati è richiesta una costante opera di diplomazia fra mondi eterogenei, sempre sottoposti al rischio del sospetto reciproco o della collisione imminente. L'esperienza calabrese appena richiamata, che ha visto la partecipazione del servizio pubblico di salute mentale, mostra come gli interventi di accoglienza possano assumere valenze preventive, oltre che terapeutiche, tali da ridurre gli effetti traumatici della violenza collettiva e dei suoi aspetti emergenziali. È necessario tuttavia che simili operazioni vengano svolte secondo modalità culturalmente sensibili e utilizzando tutte le risorse locali disponibili (istituzionali e non). Tali interventi promuovono infatti all'interno

¹ Ondongh-Essalt e Flot (2005) così definiscono l'etnopsichiatria comunitaria: "Chiamiamo pratica di etnopsichiatria comunitaria una variante significativa della tecnica e del quadro etnopsichiatrico clinico che, nell'approccio alle problematiche conflittuali o psicopatologiche presentate da ogni individuo o famiglia in difficoltà (migranti o autoctoni), integra tutti gli aspetti della vita, tanto dal punto di vista individuale (intrapsoichico) che grupppale (interpsichico), istituzionale, ambientale, senza dimenticare gli aspetti culturali (extrapsichici), con tutte le sfumature contenute nel concetto di cultura" (p. 222).

di uno scambio sociale allargato – anticoncentrazionario – una ricostruzione collettiva e comunitaria, a partire dalla valorizzazione dei sistemi culturali costitutivi dei gruppi ospitati. L'obiettivo strategico viene definito dalla necessità di collocare in una posizione attiva ed autonoma coloro che vi partecipano come beneficiari e diviene perseguibile a partire dal riconoscimento delle competenze linguistiche, personali e culturali di tutte le persone coinvolte. Parallelamente, gli operatori dell'accoglienza sono chiamati ad una pratica di mediazione verso i contesti ospitanti, al fine di evitare il rigetto xenofobico dell'estraneo.

Le riflessioni appena esposte muovono da specifiche categorie giuridiche di migranti. È necessario tuttavia, in seconda battuta, allargare la prospettiva e riflettere sull'inclusione del fenomeno migratorio nel suo complesso all'interno delle strategie di lavoro clinico e comunitario dei servizi. È interessante allora iniziare a riflettere almeno su alcuni modi attraverso cui la migrazione può incidere sulla salute mentale dei migranti e sui processi sociali e culturali cui i gruppi umani ricorrono per far fronte al male ed alla malattia. Si tratta, in ultima analisi, di ragionare intorno al binomio deculturazione/acculturazione come elemento dinamico, ma ambivalente, dei processi culturali in corso di migrazione. Si può osservare come, benché distali, le reti di relazioni con la famiglia di origine possano conservare la loro rilevanza ed efficienza, ritrovandosi in tal modo capaci di attivazione in caso di evenienze critiche di uno o più dei loro componenti espatriati, fino al ricorso alle figure terapeutiche autorizzate e riconosciute della cultura di provenienza. Si assiste allora ad una dilatazione del territorio coinvolto nel dramma psicopatologico e ad una moltiplicazione delle figure interessate al e dal processo di cura, con ruoli che possono essere, a seconda delle situazioni, complementari o antagonisti rispetto a quelli esercitati dagli operatori. Tale territorio dilatato ed esteso diventa cioè un piano su cui scorrono comunicazioni e attraverso cui transitano oggetti (ad esempio, di protezione) e persone. In altri casi, invece, le risorse parentali o culturali vengono rifiutate o al contrario risultano interdette o comunque inaccessibili, in relazione a processi

identitari aperti ad una molteplicità di esiti. Al riguardo, l'esperienza clinica mostra situazioni molto variegata. Vi sono quelle in cui si registra un'interruzione solo superficiale della possibilità di ricorso alle risorse relazionali e tecniche del mondo di origine, in connessione a momenti di difficoltà della vicenda migratoria – anche di ordine psicopatologico. In questi casi esistono ampie possibilità di intervento, nel senso di una riattivazione di tali risorse con effetti trasformativi sugli esiti clinici e sociali. In altre situazioni, invece, è il mondo di origine (o porzioni di esso) a presentarsi come espulsivo, minaccioso e/o persecutorio. Il rischio è che alla desolidarizzazione dai legami culturali di provenienza, si saldi una deriva sociale nei contesti di adozione.

Ma non è solo il sistema familiare che tende a ricostituirsi nei luoghi di arrivo della traiettoria migratoria, benché più o meno trasformato per via di scomposizioni e ricomposizioni a carico delle linee di filiazione e dei processi di trasmissione provocate dai vincoli che tale traiettoria comporta. Anche altre forme di socialità – laica e religiosa – tendono a migrare insieme alle persone, parallelamente alla costituzione di forme associative almeno formalmente ispirate a modelli autoctoni (associazioni di migranti su base nazionale/etnica o multiculturali). Attraverso la migrazione delle forme associative, si dislocano modelli di comportamento, visioni del mondo e risorse tecniche. Si struttura in tal modo nel paese di adozione un panorama sociale e culturale composito e dalle molteplici valenze. Alcuni modelli di comportamento, ad esempio, possono risultare disfunzionali nel nuovo contesto o comunque generatori di conflittualità sociale con l'ambiente circostante, come nel caso dei comportamenti di uso/abuso di sostanze alcoliche da parte di alcune comunità immigrate (cfr. Mani, Zorzetto e Cardamone, 2009). D'altra parte, si rendono disponibili risorse di cura di tipo magico-religioso, popolari o sapienti, cui le persone ricorrono in maniera parallela o alternativa rispetto a quelle offerte dai presidi pubblici. Queste tipologie di risorse, del resto, non sono a loro volta esenti da processi di adattamento e scambio rispetto al contesto in cui si inseriscono, confrontate con i nuovi problemi che questo pone: si può segnalare, in questo senso, almeno un caso in cui all'interno di un centro religioso islamico è stato adottato il modello dei gruppi alcolisti in trattamento

(adozione di un item culturale allogeno) al fine di rispondere a problemi di abuso alcolico da parte della popolazione musulmana, rimanendo tuttavia disconnesso dalla rete locale di tali gruppi.

La migrazione, da questo punto di vista, non si costituisce come una semplice traslocazione di corpi individuali o articolati in formazione sociale (famiglie), ma implica una parallela dislocazione di tecniche, teorie, mitologie e cosmologie relative all'uomo ed al mondo che esso abita e costruisce. Si può così essere perfettamente in accordo con Morin quando afferma che "Si dovrebbero studiare le simbiosi, le rotture, le trasformazioni, le metamorfosi noosferiche; si dovrebbero studiare le migrazioni e le epidemie di idee; si dovrebbero studiare infine le loro senescenze, le loro resurrezioni e morti definitive" (Morin, 2008, p. 162).

La disamina dei processi di preservazione, perdita e mutazione culturale appena svolta permette di porre in risalto la complessificazione del panorama socioculturale che i processi migratori innescano. Ne discende la necessità di una riflessione sul lavoro culturale intorno ai temi della salute e della malattia. Il contributo delle discipline psicologico-psichiatriche a tale lavoro è certo rilevante, sia nel momento della costruzione di saperi scientifici, sia in quello applicativo, per gli effetti complessivi che tali saperi producono sugli individui e sui gruppi (modificazioni della situazione soggettiva, interventi sulle reti di relazioni delle persone, instaurazione di determinati regimi discorsivi, ecc.). Da questo punto di vista, le discipline psicologico-psichiatriche si costituiscono come produttrici di eterotopie (Foucault, 2006) che a loro volta ingenerano, dentro ed attorno a sé, la costituzione di gruppi sociali variamente composti. La riforma psichiatrica italiana ha rappresentato, e tutt'ora rappresenta, un tentativo di rimessa in discussione di simili eterotopie: delle dimensioni di potere che in esse vigono e dei saperi che al loro interno si producono e riproducono. D'altra parte, si è cercato di sostenere come esistano e continuamente si riproducano altri luoghi ed altri attori che partecipano al suddetto lavoro culturale ed una complessiva strategia di salute mentale deve poter immaginare e intraprendere un'interazione ed un dialogo con simili luoghi

e attori, o quanto meno iniziare a considerare seriamente che, insieme alla scienza e ad i suoi rappresentanti, anche loro sono ospitati nel medesimo spazio pubblico, pur producendo e riproducendo al suo interno mondi alternativi, con ripercussioni sulle concezioni del male, della malattia e della sua cura. La mancata presa d'atto di questo dato antropologico empirico e l'evitamento di una sua valutazione a livello epistemologico ha condotto e conduce le discipline della psiche a produrre effetti iatrogeni a carico di quelle persone che quei mondi alternativi abitano (Risso e Böker, 2000 [1964]; Favret-Saada, 1977) ed effetti negativi rispetto alla possibilità di innovazioni nei loro saperi scientifici e nelle loro pratiche (Stengers, 1997 e 1996; Devereux, 1984 [1967]).

Il mondo magico di de Martino (2007 [1948]) rappresenta un primo modo per accostarsi a simili mondi alternativi, al cui interno le persone sperimentano specifiche modalità critiche della presenza e corrispondenti strumenti di reintegrazione culturale. Il mondo magico non costituisce semplicemente una vestigia del passato italiano ed europeo, ormai interessante soltanto dal punto di vista folclorico. Al contrario, presenta una sua capacità di vivere la storia, adeguandosi e mutando in relazione ai cambiamenti che questa produce e continuando a costituire una risorsa esplicativa per dare senso all'esperienza, così come una possibilità di cura per mezzo della quale si strutturano, anche se sotterraneamente, reti di relazioni sociali intorno alle figure terapeutiche (Favret-Saada, 2009). Quello che questa autrice mette in evidenza è la riproposizione in ambito antropologico-culturale ed anche negli studi folclorici di un atteggiamento che lei stessa ha incontrato come posizione (difensiva e di mascheramento in quel caso) nelle persone presso cui andava strutturando la propria indagine di campo sulla stregoneria nel *Bocage*: e cioè che il mondo magico "è sempre un po' più in là". Nel caso della scienza questo "là" è l'altrove geografico (i paesi extra-occidentali) oppure anche il qui, ma in un tempo passato ormai superato e lontano. Ma ciò che la sua ricerca mostra è appunto la persistenza di tali mondi nel panorama contemporaneo, così come il loro inserimento nei processi sociali attuali, con ampie capacità di aggiornamento dei propri costrutti e delle proprie logiche di funzionamento. D'altra parte, come

si è cercato in precedenza di evidenziare, i flussi umani globalizzati conducono l'altrove – e dunque anche i mondi culturali che “là” sono fabbricati e che a loro volta fabbricano gli umani che li abitano – nel panorama sociale occidentale, contribuendo ad una ulteriore complessificazione del paesaggio di visioni della salute e della malattia, di pratiche ad esse connesse e di reti di relazioni attraverso cui queste ultime vengono attuate (cfr. Hell, 1999). Progressivamente i servizi di salute mentale stanno prendendo atto di quanto i flussi migratori internazionali influenzino il lavoro clinico ed extra-clinico non solo, o non tanto, in quanto fattore di rischio psicosociale, ma anche, e forse soprattutto, in quanto fattore culturale di perturbazione degli assetti conoscitivi ed operativi consueti in dotazione agli operatori. La perturbazione cioè investe le stesse categorie di giudizio adoperate e, in ultima analisi, il concetto stesso di realtà (de Martino 2007 [1948]), esattamente nel momento in cui mondi eterogenei – incarnati dai rispettivi rappresentanti seppure collocati in ruoli diversi della scena clinica (quello di paziente e quello di terapeuta) – vengono in contatto.

Quando questi mondi eterogenei e le rispettive realtà entrano in relazione, ciò che rischia sempre di prodursi è che “... un difetto di umanità della coscienza storica, un suo limite interno, viene ipostatizzato nel magico: invece di scoprire il lato negativo di un pensiero che non riesce a comprendere, si considera come negativo, come non dotato di vera realtà storiografica, l'oggetto incompreso” (de Martino, 2007 [1948], p. 164). La mancata assegnazione di un dato fenomeno (sensazione, percezione, spiegazione, ecc.) ad una specifica modalità dell'esserci, radicata in un altrettanto specifico mondo culturale, produce “boria culturale” o astenia scientifica, e in ogni caso degradazione dell'alterità a follia o mera superstizione e creduloneria (controtransfert culturale).

La lezione demartiniana, pur lasciando tracce profonde riprese in seguito nell'ambito dell'etnopsichiatria italiana, non è riuscita ad innervare la psichiatria riformatrice nel momento in cui il modello manicomiale veniva messo radicalmente in crisi e, con il suo superamento, si dava avvio alla rinascita dei servizi su base territoriale, nonostante la possibilità di confrontarsi

con la molteplicità dei modelli culturali autoctoni riguardo alla malattia ed alla cura, seppure popolari e subalterni (cfr. Corino, Tivolaccini, Verruca, 1976). Semplicemente la cultura popolare italiana fu guardata con distacco, se non proprio ignorata, nell'ambito dello sviluppo di modelli di presa in carico alternativi a quello asilare (Cardamone, Inglese, 1996).

L'ostracismo cui andò incontro de Martino rispecchia, a livello del dibattito culturale e politico, un atteggiamento generale rispetto alle logiche dei mondi culturali subalterni e assoggettati ed alle prassi e vissuti ad esse sintonici, che ha avuto ed ha ampia diffusione nei servizi pre- e post-riforma, anche se ovviamente esistono eccezioni (cfr. Harrag, 2007; Taliani e Vacchiano, 2006).

L'errore potrebbe anche non essere considerato tale, o al più semplicemente veniale, se alla postura ideologica non conseguisse una prassi che corre sempre il rischio di tramutare un'alterità culturale in un'alienità psicopatologica o, comunque, di misinterpretare il senso psicopatologico di un comportamento o di un insieme sintomatico (Risso, Böker, 2000 [1964]; Zorzetto et al., 2002). E se, inoltre, non ne discendesse l'elisione di prospettive possibili nell'ambito del lavoro clinico e comunitario in salute mentale.

La presa in considerazione della dimensione antropologica della salute mentale, richiede una riflessione sui processi di scambio o, viceversa, di chiusura conseguenti al contatto fra le discipline psicologico-psichiatriche ed i saperi non-scientifici (religiosi, tradizionali, ecc.) a cui sono connesse pratiche di cura.

Esistono tuttavia, da parte degli operatori della salute mentale, delle strategie attive – benché implicite – di delimitazione del proprio campo di lavoro (Cardamone, Schirripa, 1994 e 1997). Osservando i processi di cura nei servizi si possono individuare azioni di demarcazione che segnalano e riproducono una frontiera al cui interno vigono determinate conoscenze e modi di espressione della soggettività che vi si confanno. Si tratta, cioè, di un'azione disciplinare che stabilisce quali siano i vissuti, le pratiche ed i saperi ammessi e quali gli esclusi (cfr. Foucault, 1972). Le marche mirano a mantenere l'ordine a scapito della conoscenza e dell'innovazione disciplinare, sebbene si verificano

di continuo delle infrazioni alla disciplina, attraverso l'azione di spoletta fra mondi esercitata dagli utenti nella forma di sintomi, parole o comportamenti.

Le azioni di demarcazione hanno come conseguenza non solo la tendenziale esclusione dei sistemi di cura magico-religiosi o “tradizionali” dalla gamma degli interlocutori dei servizi di salute mentale, ma il loro effetto si esercita anche sulle modalità e forme della sofferenza dei pazienti allorquando iscritte all'interno di regimi discorsivi alternativi a quelli ammessi (Inglese, Cardamone, Da Prato, 2008).

Ciò che si produce è l'esposizione delle pratiche scientifiche della cura al rischio della battaglia ideologica rispetto ad altri ricorsi terapeutici esistenti e la moralizzazione del rapporto con gli utenti e la società nel suo complesso (Stengers, 1997). D'altra parte, l'isolamento fra culture e fra gruppi è una pratica difficile da realizzare, anche quando effettivamente perseguita o semplicemente dichiarata. Senza soffermarsi sull'appropriazione industriale delle farmacopee tradizionali, si può pensare al lento percorso che ha condotto dalle prime descrizioni di forme morbose esotiche all'inserimento delle *Culture Bound Syndrome* (CBS) all'interno della quarta edizione del manuale diagnostico dell'Associazione Psichiatrica Americana (A.P.A., 2000). Quello che si è verificato è un adattamento tecnico a fini diagnostici, terapeutici e di ricerca prodotto – ed in qualche modo obbligato – dall'incontro della psichiatria con altri mondi culturali². L'adattamento tecnico si configura come un affinamento degli strumenti conoscitivi e di intervento al fine di rispondere ad un problema nuovo, ma è anche un sottoporre a lavorazione l'oggetto che attraversa i confini della disciplina per giungere infine ad essere accolto al suo interno. Le CBS, infatti, non sono solo fenomenologie morbose riscontrabili in determinate popolazioni e passibili di assimilazione a diagnosi descrittive. Sono anche e soprattutto costrutti complessi, conosciuti e riconosciuti da quelle stesse popolazioni che ad essi assegnano uno o più nomi. Tali nomi rinviano

² Ciò non significa, per altro, che l'adattamento tecnico non possieda parallelamente anche finalità politiche: ad esempio, quella di massimizzare la diffusione di un simile strumento conoscitivo, aumentandone la pertinenza per altri contesti geoculturali (per i clinici che in esso operano e per i pazienti che vi abitano).

dunque a saperi (eziologici ad esempio), modi di fare, pratiche diagnostiche e terapeutiche e mitologie (Inglese e Peccarisi, 1997).

A ben vedere, si è assai lontani dalla modalità di costruzione dell'edificio nosografico psichiatrico, caratterizzata da una lenta opera di distinzione e di battesimo degli insiemi sindromici individuati con nomi che ne esprimessero il senso fenomenologico, eziopatogenetico e/o prognostico³ o che semplicemente ne riconoscessero la paternità. In questo caso, sono interi oggetti – ad un tempo empirici e teorici, incarnati nel singolo e rappresentati collettivamente – che vengono assimilati all'interno della nosografia psichiatrica, seppure relegati in una posizione marginale. La modalità di assimilazione delle CBS, d'altra parte, in quanto semplici fenomenologie morbose, rischia di far dimenticare che si tratta di realtà empiriche inserite in una cultura vissuta e agita da una pluralità di attori e da essi riprodotta: non solo le persone sofferenti che a tali fenomenologie danno corpo, ma anche i loro familiari e vicini che condividono con loro *ethos* e visioni del mondo e della malattia e le figure tecniche deputate alla cura ed all'interazione con le forze che le determinano. Rischia di far dimenticare quell'insieme di relazioni definibili, almeno descrittivamente, come comunità e quelle potenzialità di elaborazione culturale che i gruppi umani esprimono.

³ L'andamento ciclico della psicosi maniaco-depressiva, il senso psicopatologico della *Spaltung* nella schizofrenia o il destino degenerativo della demenza precoce.

2. La cultura alle origini delle scienze della psiche

Nelle pagine precedenti sono stati introdotti alcuni dei problemi sollevati dall'incontro fra culture, in conseguenza delle masse di popolazione in movimento. In particolare, adottando l'angolo visuale della clinica e provando ad osservare l'orizzonte che in tal modo si apre, sono state messe in evidenza le vicissitudini sociali nelle quali identità culturali dislocate rischiano di incorrere, come pure sono stati abbozzati alcuni temi di ordine psicopatologico che assumono particolare rilevanza nell'ambito del processo migratorio. Tutto ciò richiede un approfondimento del rapporto fra cultura e psicopatologia e questo capitolo intende avviarlo risalendo alle origini della psichiatria, della psicoanalisi e della psicologia moderne.

2.1 Sulla cultura nella fondazione di psichiatria, psicoanalisi e psicologia

La psichiatria (Kraepelin, 1996 [1905]), la psicologia (Wundt, 2006 [1916]) e la psicoanalisi (Freud, 1912-13) si sono da subito poste, nel loro intento di costruirsi come scienze, il problema della pluralità di mondi culturali sparsi nei cinque continenti e del dialogo/confronto con i saperi maturati all'epoca dall'etnologia. Per tale ragione la dimensione culturale, lungi dall'essere ambito esotico o aneddotico di interrogazione, si iscrive già nell'opera dei loro fondatori e ne attraversa le evoluzioni, assumendo un peso specifico ed una valenza peculiare in funzione delle differenti epoche storiche: colonialismo, decolonizzazione, globalizzazione (cfr. Inglese, 2005). Tuttavia, nel momento in cui l'umano "esotico" imbocca, in senso contrario, la via aperta da tali pensatori, affacciandosi in tutti gli ambulatori dell'Occidente postmoderno, la variabile culturale si materializza come fattore perturbante e imprevisto della pratica clinica perché il metodo comparativo è stato utilizzato

come strumento di una fase normale delle scienze della psiche e solo più raramente come catalizzatore ed acceleratore di innovazioni, se non proprio di rivoluzioni scientifiche (Kuhn, 1969).

Prendere in considerazione le prospettive comparative dei tre suddetti autori permette di constatare come, fin dalle origini, vengano poste e delineate le possibilità di un raffronto fra psiche e cultura, alla luce dei loro diversi intenti. Un primo intento è quello di verificare la validità universale delle rispettive griglie teoriche: del sistema nosologico kraepeliniano e delle leggi di funzionamento dell'apparato psichico freudiano. Questo loro primo seme comparativo è poi germogliato in prospettive di ricerca variamente nominate e assai diversificate negli obiettivi e nelle metodologie (psichiatria transculturale, etnopsichiatria, etnopsicoanalisi, ecc.). Un secondo intento, d'altra parte, è quello di edificare una prospettiva capace di rendere conto dell'evoluzione umana verso la civiltà (Freud) e l'*Humanität* (Wundt), articolandone rispettivamente i presunti momenti preistorici (l'uccisione del padre dell'orda primitiva ed il suo divoramento ad opera dei figli) e le fasi storiche (periodo totemico, età degli eroi e degli dei, degli imperi universali, ecc.) di trasformazione verso un essere umano votato ad un orizzonte universale. Nel primo caso, la filogenesi determina l'universalità del funzionamento psichico. Nel secondo invece, la storia determina una pluralità di "comunità spirituali" tuttavia ricompresa in una storia dell'evoluzione psicologica di cui è possibile stabilire le leggi generali del procedere verso una comunità universale: "Se in tal modo le società di animali sono sempre solo delle integrazioni dell'essere individuale rivolte a determinati scopi materiali della vita, l'evoluzione *umana* invece sin dall'inizio esprime la tendenza dell'individuo a fondersi con il suo ambiente spirituale in un tutto che, capace di evolversi, serve sia al soddisfacimento di bisogni fisici della vita, sia al conseguimento di diversissimi scopi spirituali e in questi scopi è capace di una enorme varietà di modificazioni. In conseguenza di queste modificazioni le forme della comunità umana sono straordinariamente variabili, mentre al tempo stesso le forme più progredite procedono in una continuità di evoluzione *storica*, la quale estende la convivenza spirituale dei singoli oltre i limiti dell'immediata coesistenza nello spazio e nel tempo, anzi quasi all'infinito. Il risultato di questa

evoluzione è perciò l'idea di *umanità* coscientemente intesa come di una generale comunità spirituale la quale, a seconda delle particolari condizioni della sua esistenza, si articola in singole comunità concrete – popoli, stati, società civili – di diversa natura, genti e famiglie. Perciò la comunità spirituale in cui entra l'individuo non è solo un'*unica* connessione, ma una mutevole pluralità di connessioni spirituali le quali si sovrappongono in modi diversissimi le une alle altre e diventano sempre più numerose con l'incremento dello sviluppo” (Wundt, 2006, p. 381; corsivo nel testo). Non essendo possibile, per Wundt, studiare sperimentalmente i fenomeni psichici superiori, la psicologia dei popoli diviene lo strumento attraverso cui misurarsi scientificamente con essi. Tale psicologia viene così a delinarsi come sorretta da un doppio intento. Da una parte, essa si configura come caratterologia dei popoli, di cui vengono descritte le rispettive qualità psichiche, intellettuali e morali a partire dall'insieme degli elementi della cultura immateriale (lingua, costumi, mito, arte) e dalle “disposizioni spirituali” che il singolo manifesta nei suoi comportamenti. Così, ad esempio, rispetto all'uomo primitivo, Wundt afferma: “... l'intelligenza del primitivo è certamente limitata a una sfera ristretta di attività; entro questi limiti essa però non è di molto inferiore a quella degli uomini civilizzati. La sua moralità dipende dall'ambiente in cui vive. Dove egli conduce la sua vita in libertà, il suo stato si potrebbe quasi chiamare stato ideale, poiché egli ha ben pochi motivi per commettere azioni immorali nel senso che noi intendiamo. Dove invece egli è oppresso e perseguitato è privo di ogni inibizione morale. Questi aspetti sono degni di essere osservati, poiché essi mostrano già nelle condizioni più semplici l'enorme influenza della vita esteriore sull'evoluzione delle disposizioni morali” (Wundt, 2006 [1916], p. 530). Dall'altra parte, la psicologia dei popoli, con Wundt, diventa scienza volta a individuare le leggi dell'evoluzione dell'umanità (delle sue qualità psichiche, intellettuali e morali) per cui ciascuna epoca individuata rappresenta il compimento della precedente e l'avvio della successiva, essendo tutte ricomposte in un divenire universale, in cui hanno un peso decisivo gli sconvolgimenti storici della vita associata: “Quanto più in un popolo è radicato un complesso di costumi e di abitudini, tanto più difficilmente esso sarà superato. Dovranno allora intervenire crisi

violente, guerre e migrazioni affinché un cambiamento possa verificarsi. Vedremo ... come tutti i mutamenti incisivi della civiltà derivino da mescolanze, migrazioni e guerre” (Wundt, 2006 [1916], p. 526).

Ci si è soffermati maggiormente sull’opera di Wundt poiché essa è stata oggetto di una distratta e superficiale considerazione, semplicemente come un episodio fuggevole nella storia della psicologia (cfr. Tugnoli, 2006)⁴. La sua prospettiva storica protesa sulle attività spirituali delle comunità umane porta a conclusioni assai diverse rispetto a quella filogenetica di Freud⁵. Le rispettive concezioni del tabù possono illustrare queste divergenze. Il primo, lo fa derivare

⁴ Nella sua introduzione al volume di opere scelte di Wundt – il quale, sia detto per inciso, fu chiamato ad Heidelberg nel 1864 per tenere l’insegnamento di *Antropologia e psicologia clinica* – il curatore sottolinea come “... se il fatto che Wundt abbia costruito una vera e propria enciclopedia delle scienze morali e abbia dedicato la sua opera sterminata... alla rielaborazione di una vera e propria enciclopedia del sapere, fondata su di una psicologia radicalmente rinnovata nel metodo, può aver destato scarso interesse sul versante della psicologia, è indubbio che le scienze dell’uomo in senso più generale non possono esimersi da una valutazione seria e approfondita dell’impresa di Wundt. La rilevanza epistemologica e filosofica dell’opera di Wundt consiste essenzialmente nel fatto che egli ha posto il problema di una ricerca psicologica fondata su un metodo rigorosamente sperimentale e, attraverso la psicologia, ha mostrato come questa esigenza di rigore scientifico si possa e quindi si debba estendere all’intero settore delle scienze umane” (Tugnolo, 2006, p. 9).

⁵ Occorre tuttavia specificare la concezione della storia utilizzata da Wundt: “... così la preparazione più adeguata a una filosofia della storia che concepisca non la realtà a partire dall’idea, ma l’idea a partire dalla realtà è la *storia dell’evoluzione psicologica dell’umanità*. Essa deve... scoprire ... i motivi dominanti della vita storica e delle sue trasformazioni, e spiegarli in base alle leggi universali della vita dello spirito, ma anche... gettare lo sguardo fin dove è possibile nella regolarità secondo leggi in cui la storia si manifesta” (Wundt, 2006 [1916], pp. 912-913; corsivo nel testo). Da quest’ultimo punto di vista, non esistono per Wundt “popoli senza storia”, se non nel senso in cui poteva intenderlo la scienza storica del suo tempo (e cioè, popoli senza fama o importanza nell’evoluzione della civiltà spirituale). In effetti, dal suo punto di vista, presso i primitivi la consapevolezza è focalizzata sullo stato presente e non si estende se non all’immediato passato ed all’immediato futuro. Ma anche ad essi si può attribuire una storia in senso generale, così come si riconoscono dotati di storia il sistema solare, la terra o gli animali, in quanto nelle sue forme organizzative e spirituali (miti, arte, costumi, culti, ecc.) si riconoscono le tracce del loro passato per quanto immemore nella loro coscienza (migrazioni, contatti con altri popoli, ecc.).

dal timore nei confronti di una forza demoniaca ancora indistinta e impersonale contenuta nell'oggetto tabù, presenza prevista dalla concezione animistica del mondo che caratterizza il periodo totemico. Il tabù viene inoltre assoggettato ad un'evoluzione storica per cui, incentrato inizialmente sull'animale totemico, si estende per associazione ad altri oggetti (il capo, la parentela, le proprietà terriere, ecc.) così come si biforca in venerazione per le entità sacre (dei) e orrore per l'impuro, a partire dall'iniziale timore concepito come stato indifferenziato di venerazione/orrore. Il secondo, invece, assumendo che "Né la paura né i demoni possono essere considerati in psicologia termini ultimi, al di là dei quali non è possibile risalire... ma essi ... sono a loro volta, al pari degli dei, creazioni delle forze psichiche dell'uomo" (Freud, 1989 [1912-13], p. 33), spiega il tabù in quanto formazione sintomale – per concordanza con le fobie nelle nevrosi ossessive – che tradisce un'ambivalenza di fondo nei confronti dell'oggetto tabù (re, defunto, ecc.) che trova il suo compromesso in comportamenti apparentemente espressione di rispetto, venerazione, ammirazione, ma propriamente (inconsciamente) manifestazione dell'impulso aggressivo (vendetta) nei suoi confronti. Questa ambivalenza sarebbe maggiormente presente nei primitivi per un meno saldo processo di rimozione.

Wundt prosegue nel corso della storia ricercando le trasformazioni del tabù nella forza coattiva imposta prima dalla tradizione e poi dalla legge (alla fine desacralizzata). Al contrario, Freud rimonta il flusso filogenetico fino a individuare le fonti dell'ambivalenza verso l'oggetto tabù (a questo punto appreso come sostituto simbolico) nell'uccisione del padre perpetrata dalla fratria ordalica per conquistare l'accesso alla sessualità e nel conseguente senso di colpa poi trasmesso per ereditarietà alle generazioni successive.

L'esempio illustra come, seppure accomunate da una prospettiva evolucionistica, le due prospettive divergano. In un caso, una strategia comparativa fondata sul riconoscimento della pluralità linguistica, mitologica e di costumi presente nella specie umana conduce ad utilizzare la cultura o, come dice Wundt, gli elementi della cultura spirituale, per rendere conto dei fenomeni individuali: il timore di fronte all'oggetto tabù è derivato dalla eventuale ritorsione della potenza demoniaca in esso contenuta per via di una concezione

animistica del mondo. Nell'altro caso, la comparazione conduce all'individuazione di concordanze fra fenomeni culturali e fenomeni nevrotici, spiegati entrambi a partire dal funzionamento universale dell'apparato psichico.

Anche se frutto di un intento decisamente più pratico e avulso da qualsiasi sforzo enciclopedico sull'umano, la proposta avanzata da Kraepelin (1996 [1905]) di una *Psichiatria comparativa* mette in luce una ulteriore possibilità di confronto transculturale. L'autore si prefigge di valutare l'effettiva validità, nei diversi contesti geoculturali, delle entità morbose da lui astratte a partire dall'osservazione della follia nel contesto asilare. Si tratta dunque di verificare presso altri popoli la presenza dei quadri morbosi finalmente edificati e le eventuali differenze nella loro incidenza e nelle loro forme di manifestazione. Questi dati permetterebbero, secondo l'autore, di acquisire conoscenze sull'eziologia della patologia mentale (influenza di razza, clima o condizioni di vita), così come sull'influsso della psicologia dei popoli sull'espressione dei processi psicopatologici (Kraepelin, 1989). La proposta kraepeliniana, differenziandosi in questo dalle precedenti, ha il merito di effettuare la verifica non "a tavolino", ma direttamente sul campo, pur derivando questa sua qualità da un evento occasionale: un viaggio turistico di pochi mesi a Giava, in compagnia del fratello (cfr. Kraepelin, 1989). Lo psichiatra tedesco, d'altra parte, effettua un lungo viaggio, ma finisce per ritrovarsi a verificare le sue ipotesi nel medesimo luogo: l'ospedale psichiatrico. Il dispositivo asilare ha infatti seguito ed accompagnato l'espansione coloniale europea configurandosi ideologicamente come fattore di modernizzazione umanitaria rispetto alle popolazioni locali. Concretamente, tuttavia, ha rappresentato uno strumento di discriminazione, in ragione di un trattamento differenziato per razza e censo che attraverso di esso e dentro di esso si riproduceva (Ernst, 1997; Bégué, 1997)⁶. Si viene così a configurare una situazione paradossale, secondo la

⁶ Ernst (1997) mette in evidenza come l'esportazione del dispositivo asilare nelle colonie dell'impero britannico sia stata, in prima battuta, un'esigenza dettata dalle involuzioni psicopatologiche dei colonizzatori stessi. L'ospedale psichiatrico diviene in questo senso una stazione di transito, prima del rimpatrio dell'europeo impazzito. Il rimpatrio si configura come strategia terapeutica (ritorno ad un contesto civilizzato e ad una natura confortevole, lontano dalle asprezze climatiche e ambientali delle colonie) e come strumento garante del

quale le possibilità osservative e classificatorie dello psichiatra tedesco vengono non solo assicurate dal medesimo luogo ordinatore e disciplinatore della follia, ma addirittura potenziate da un apprezzamento “in negativo” della distanza linguistico-culturale che la traslocazione turistica permette di presentificare (Kraepelin, 1989 e 1996 [1905]). Questa distanza, proprio perché lasciata incolmata e preservata come tale, si offre ai suoi occhi come possibilità di osservare ancora più oggettivamente e di classificare ancora più affidabilmente il comportamento folle, senza l'influenzamento confondente esercitato dalla possibilità di comprendere le parole del paziente. La divergenza culturale dal paziente, cioè, permetterebbe un ulteriore distanziamento fra osservatore e osservato e una conseguente purificazione del rapporto di conoscenza (cfr. cap. 3).

mantenimento di una retorica coloniale volta a preservare l'immagine di una evidente superiorità morale e intellettuale del colonizzatore. In questo senso vanno lette anche altre pratiche coloniali, come le forti limitazioni all'espatrio delle classi lavoratrici inglesi non all'altezza di testimoniare una differenza radicale dalle popolazioni locali, o l'obbligo di ritorno in patria per i militari di medio-basso livello alla fine della leva. È solo in seconda battuta che quelle risorse “terapeutiche” messe a disposizione dalla psichiatria sono state estese ai colonizzati. Questa estensione si ammantava di intenti umanitari e si rivestiva della medesima retorica volta a esplicitare la superiorità della civiltà europea manifestata dalla potenza delle sue scienze. Finisce tuttavia per risultare – anche per l'insostenibilità economica di un'estensione delle cure a tutta la popolazione – in una pratica discriminatoria, poiché il ricovero psichiatrico si indirizza verso quei nativi maggiormente violenti e disturbanti. Si tratta cioè di eliminare dalla scena sociale visibile quelle persone in grado di infrangere il quieto vivere del colonizzatore e di spaventarne e scandalizzarne moglie e figlie. All'interno dell'ospedale psichiatrico, inoltre, si riproducono le pratiche discriminatorie dell'esterno, attraverso una sua organizzazione per linee segregazioniste, in funzione della razza e dello status sociale. L'ideologia razziale e l'incomprensione della dimensione culturale finisce inoltre per distorcere, quando non obliterare, le innovazioni umanizzanti e terapeutiche importate dalla madrepatria. Così ad esempio l'eliminazione dei mezzi strumentali di contenimento (come le catene) viene rifiutata dagli europei poiché il loro utilizzo è preferibile ad un contatto fisico con gli inservienti nativi dei manicomi. D'altra parte l'ergoterapia, se applicata ai nativi, finisce per perdere la sua valenza curativa per assumere quella di pura coercizione, quando il lavoro cade nelle spire di un interdetto (ad esempio, di casta).

I buoni propositi comparativi di Kraepelin finiscono così per diluirsi in un atteggiamento naturalista (da entomologo dell'umano) che trasmuta i dati contrastanti dell'osservazione in fatti uniformi della psichiatria clinica, convergenti inesorabilmente verso la conferma e la giustificazione dell'elevazione delle categorie tassonomiche a entità naturali indipendenti da qualsiasi variabile esterna (ambientale, etnica, psicologica). "Posso affermare che le aspettative suscitate da questo viaggio non andarono deluse... Non c'è mai stato infatti un altro momento della mia vita nel quale mi sia sentito tanto felice come in questo viaggio... Anche nel mio campo però potei prendere atto di nuove ed importanti acquisizioni. Innanzitutto risultò che la paralisi, nonostante la notevole diffusione della sifilide, era realmente molto rara fra gli indigeni ricoverati nell'ospedale di Buitezorg... Bastò un esame affrettato per rilevare poi che la maggior parte dei malati, in misura anche superiore alla nostra, era costituita da casi di dementia praecox, e che quindi razza, clima e condizioni di vita non esercitavano in alcun modo un'influenza decisiva nell'insorgenza di questa malattia. Riuscii ad effettuare, infine, anche una notevole quantità di osservazioni sulle particolari configurazioni, fra i malati di Giava, di quadri clinici a noi noti, cosa che mi parve della massima importanza per la comprensione della relazione esistente fra etnia e malattia mentale. Basti qui solo accennare alla totale assenza, fra gli indigeni, di stati patologici di tipo marcatamente melanconico, e di tendenze al suicidio... ed anche al ruolo del tutto insignificante svolto qui dalle allucinazioni uditive nella dementia praecox, presumibilmente per l'irrelevante influsso del linguaggio sul pensiero. Anche le formazioni deliranti, che presuppongono dei bisogni affettivi già molto sviluppati, erano molto povere. Da queste e da altre osservazioni ricavai la convinzione che il progetto di una psichiatria comparata poteva far ben sperare in risultati concreti..." (Kraepelin, 1989, p. 162-163).

Ciò che in questo testo autobiografico inesorabilmente riesce ad emergere come differenza (rarietà del quadro catatonico e di allucinazioni uditive e deliri nella schizofrenia, minore incidenza della deriva degenerativa demenziale, assenza di idee di colpa e tendenze suicidarie nei quadri depressivi, ecc.), tende a perdersi tuttavia nella trasposizione in testo scientifico

(Kraepelin, 1996 [1904]) al cui interno l'autore raggiunge la sicurezza di una natura che ovunque e uniformemente compie il suo corso come previsto. Sicurezza temperata solamente dalla concessione di una eventuale distribuzione differenziata dei processi morbosi all'interno di sotto-tipi clinici, in funzione di variabili contestuali e/o razziali. Le stesse espressioni esotiche della follia (come il *latah* o l'*amok*) possono essere ricondotte all'isteria, a "stati iniziali di catatonìa" o, per altro verso, a fenomeni di tipo epilettiforme o di origine malarica (cfr. Inglese, 2005).

A questo punto è possibile esplicitare le caratteristiche originarie della metodologia comparativa in psichiatria e psicologia, mettendone in evidenza i limiti.

Si possono innanzitutto evidenziare tre tipologie comparative presenti fin dalla fondazione di queste discipline. La prima consiste nel mettere in evidenza le *concordanze* fra sintomi individuali riscontrabili in un determinato contesto storico o geografico e gli istituti culturali rintracciabili in un altro (Freud). Sintomi e istituti vengono ricondotti alle produzioni di un apparato psichico astratto. In virtù del potere esplicativo attribuitogli, la sua specifica strutturazione topologica (conscio/inconscio) e i suoi principi economici e dinamici di funzionamento si naturalizzano come qualità universali dell'essere umano frutto di una evoluzione filogenetica risalente ai tempi dell'orda preistorica. Il risultato è una proiezione ortogonale che trasla la verticalità filogenetica sul piano orizzontale di una mente contemporanea ovunque impegnata nel fronteggiamento dei medesimi moti pulsionali e dei medesimi fantasmi inconsci (uccisione del padre e sua incorporazione). La diversità culturale si presenta come il frutto di un'efficacia differenziale del principio di realtà⁷. Ricorsivamente, l'universalità dell'apparato

⁷ "Se i bambini e gli uomini primitivi si accontentano del giuoco e della raffigurazione imitativa, ciò non testimonia la loro modestia (nel senso in cui la intendiamo noi) o la loro rassegnazione di fronte alla propria reale impotenza; si tratta piuttosto della comprensibile conseguenza della straordinaria virtù che essi attribuiscono al proprio desiderio, alla volontà che ad esso è connessa e al modo in cui esso si realizza... A livello del pensiero animistico non si dà ancora alcuna occasione di dimostrare con obiettività come stanno effettivamente le cose, ma questa occasione esiste a livelli successivi, quando, pur continuando tutte queste procedure ad essere

psichico naturalizzato fonda la verità di un evento mitico posto all'origine della nascita della cultura (totem): se i nevrotici fronteggiano un desiderio inconscio di uccisione paterna allora l'uomo dell'orda deve averlo effettivamente compiuto ("In principio era l'Azione", afferma Freud a conclusione di *Totem e tabù*).

osservate, comincia a manifestarsi il fenomeno psichico del dubbio, come espressione di una tendenza alla rimozione [rimozione degli impulsi di desiderio eccessivi]. Solo allora gli uomini ammetteranno che, se non si crede negli spiriti, scongiurarli non approda a niente e che anche il potere magico della preghiera fallisce se dietro di esso non opera la pietà religiosa" (Freud, 1912-13, p. 90). Nel conflitto fra principio di piacere e principio di realtà si giocano i destini delle fenomenologie culturali, divenute la manifestazione di processi proiettivi (concezione animistica del mondo), dell'onnipotenza dei pensieri (magia), di una minore capacità di rimozione degli impulsi ambivalenti (tabù). Le modificazioni del pensiero freudiano, successive a *Totem e tabù*, porteranno ad innovazioni sostanziali (comparsa della seconda topica, sostituzione dell'opposizione fra pulsioni sessuali e di auto-conservazione con quella fra pulsioni di vita e di morte, rivisitazioni dei concetti di rimozione o di narcisismo, ecc.). Parallelamente si modificheranno anche le concezioni caratterizzanti la "sociologia freudiana" (cfr. Kardiner, 1969 [1939]), attraverso opere come *Psicologia delle masse e analisi dell'io* (1921), *Il disagio della civiltà* (1929), *L'avvenire di un'illusione* (1927), fino a *L'uomo Mosé e la religione monoteista: tre saggi* (1934-38). Diventerà rilevante, ad esempio, la modalità attraverso cui la civiltà influisce sulla soddisfazione degli istinti, imponendo delle restrizioni alla vita sessuale (polo negativo) e favorendo processi di identificazione e sublimazione (polo positivo), attraverso cui si renderanno possibili le realizzazioni più nobili dello spirito umano (artigianato, filosofia, scienza, ecc.). Tuttavia, non si era interessati ad analizzare l'evoluzione del pensiero freudiano, neanche limitatamente alla sfera nei rapporti fra individuo, società e cultura. Più modestamente, l'intento è stato quello di enucleare una logica comparativa iniziale che ha esercitato un'influenza anche post-freudiana, nonostante le modificazioni della teoria psicoanalitica – cfr. la teoria ontogenetica della cultura di Róheim (1972 [1943], e 1973 [1955]) e la teoria etnopsicoanalitica di Devereux (1975 [1972]). Logica che, sorretta dal principio delle concordanze, istituisce un parallelismo fra fenomeni psichici e fenomeni culturali e che opera una naturalizzazione di una data concezione della psiche attraverso un'operazione di traslazione da un piano verticale diacronico (filogenesi in Freud e ontogenesi in Róheim) ad uno orizzontale e sincronico. Di fatto, anche in Róheim ciò che si riscontra è l'attribuzione di una psiche ad interi gruppi umani organizzati in società. Questa traslazione di un apparato funzionale (psiche) da un livello (individuale) ad un altro (collettivo) gli permette di diagnosticare istituzioni culturali e sistemi di pensiero (magia orale, anale, fallica...) a partire da una universale evoluzione ontogenetica che dal neonato conduce all'adulto. Essendo il primitivo sempre nascosto dietro il sembiante infantile e l'occidentale moderno sempre tendente a coincidere con il prototipo di adulto.

Sulla base delle loro manifestazioni nel linguaggio, nel mito e nei costumi, la seconda tipologia comparativa (Wundt) punta alla ricostruzione delle *rappresentazioni comuni* ad un certo popolo in quanto espressione delle sue specifiche qualità (*Volksgeist*). L'anima di un popolo trova la sua unità nell'articolazione di linguaggio, mito e costumi, in corrispondenza con l'unità della psicologia individuale articolata in rappresentazione, sentimento e volontà. Si istituisce in tal modo un parallelismo fra psicologia collettiva e individuale (linguaggio/rappresentazione, mito/sentimento, costume/volontà). Il piano orizzontale di una pluralità di psicologie collettive viene traslato nella verticalità di una *storia dell'evoluzione psicologica dell'umanità*, che si naturalizza. Ricorsivamente, questa storia naturalizzata fonda le diversità fra i popoli in funzione del livello evolutivo raggiunto: "Per l'etnologia, ad esempio, i Magiari e gli Ostiaki sono popoli che hanno la medesima origine; ma psicologicamente essi appartengono a un ordine diverso: gli uni sono un popolo civile, gli altri si trovano ancora in uno stadio relativamente primitivo" (Wundt, 2006 [1916], p. 422). Nuovamente, piano orizzontale e piano verticale si fondano e giustificano reciprocamente. Fra le diversità sincroniche e attraverso quelle diacroniche, è tuttavia possibile istituire delle linee di continuità che attenuano opposizioni radicali e altrimenti incolmabili. L'animismo è tipico del periodo totemico, ma si può ritrovare anche nelle epoche successive. Allo stesso modo, il pensiero mitologico non è confinato in una data epoca storica o in una data regione geografica, presentandosi trasversalmente ed essendo all'origine delle successive evoluzioni del pensiero (filosofia, logica, etica, scienza). "La psicologia dei popoli, nella sua indagine sui diversi stadi dell'evoluzione spirituale, che l'umanità ancora oggi presenta, ci apre la strada ad un'effettiva psicogenesi. Essa ci mostra degli stadi primitivi in sé chiusi e, per una serie quasi ininterrotta di gradi intermedi, ci permette di gettare un ponte tra quegli stadi e le civiltà più alte e complesse. Così la psicologia dei popoli è nel senso eminente dell'espressione *psicologia evolutiva*" (Wundt, 2006 [1916], p. 419; corsivo nel testo).

La terza tipologia comparativa (Kraepelin) presenta un'attitudine minore rispetto alle precedenti, non essendo incentrata sul rinvenimento della natura

ultima dell'uomo, ma sul tentativo di portare ulteriore luce su quella delle malattie mentali. L'attitudine minore si tramuta tuttavia in un'aspirazione generale, nel momento in cui la natura e la forma della malattia mentale possono costituirsi come fondamento della comprensione dei processi mentali e di quelli culturali⁸. La comparazione, in questo caso, non presenta alcuna linea verticale, giocandosi esclusivamente sul piano dell'orizzontalità: fenomenologie psicopatologiche nel qui (Occidente) e nell'altrove (mondi esotici). L'inveramento della sostanziale uniformità delle forme morbose si costituisce come fattore di naturalizzazione delle categorie diagnostiche della psichiatria, pur derivando più da un atto di volontà del clinico che non da una equilibrata valutazione dei riscontri empirici. Parallelamente al piano della natura, si costituisce un piano di variazioni psicoculturali non in grado di attingere all'essenza profonda dei disturbi mentali, ma solo di influenzarne marginalmente modalità espressive e prevalenze relative (distribuzione differenziale in sotto-tipi tassonomici). Ciononostante, l'insieme delle differenze marginali (le "caratteristiche psichiatriche di una nazione") può permettere di ricavare una conoscenza approfondita dei processi psicoculturali (il "carattere nazionale").

Si possono riconoscere nei tre autori i rappresentanti delle tre istanze (psiche, cultura e natura) che costituiscono ancora oggi il rovello di ogni comparazione nel campo della salute mentale, come di ogni interazione clinica di tipo transculturale. Ciascuno ha elaborato una logica comparativa e sviluppato una prospettiva conseguente, entrambe costrette a confrontarsi con un limite posto al loro procedere. L'universalismo della psiche incontra le diversità culturali ed è costretto a risolvere l'enigma ricorrendo ad un escamotage differenzialista temperato (il primitivo è uguale al civilizzato sul

⁸ Nel concludere il suo articolo sulla psichiatria comparativa, Kraepelin afferma: "Nello stesso modo in cui la comprensione dei disordini mentali ci ha portato a una profonda conoscenza dei processi mentali, così ci si potrebbe aspettare che l'esplorazione delle caratteristiche psichiatriche di una nazione favorisca la nostra conoscenza del carattere nazionale. Da questo punto di vista ci si potrebbe aspettare che la psichiatria comparativa divenga un'importante scienza che favorisca lo studio psicologico delle nazioni" (Kraepelin, 1996 [1904], p. 198).

piano psichico, ma non totalmente, funzionando in modo abbastanza simile ad un bambino). Il differenzialismo delle psicologie dei popoli (culture) incontra un suo limite nell'unitarietà del genere umano, affrontandolo attraverso una sua ricomposizione relativa sul piano dello sviluppo storico (il primitivo è diverso dal civilizzato sul piano culturale, ma non totalmente essendone distanziato da una serie finita di mutazioni storiche di tipo continuo). L'universalismo della natura incontra un suo limite nella variabilità marginale delle fenomenologie morbide, richiedendo dunque una considerazione altrettanto marginale della dimensione psicoculturale (il primitivo è uguale al civilizzato sul piano della natura, ma non totalmente presentando differenze marginali di tipo patoplastico).

È l'autonomia sempre relativa di queste tre istanze a costituire un problema, impedendo a ciascuna di saturare il momento esplicativo del fenomeno considerato e dunque di assolutizzarsi⁹.

Ciascuna prospettiva è costretta a fare i conti con il proprio limite, ma le soluzioni escogitate sussumono i rispettivi principi esplicativi alternativi in un rapporto di dipendenza e subordinazione rispetto all'istanza posta al centro dell'analisi. Freud subordina la cultura (la civiltà) alla psiche. Come messo in evidenza, le evoluzioni del suo pensiero richiederanno la presa in considerazione dell'influenza che la prima esercita – in negativo ed in positivo – sulla seconda. Tuttavia, si apre la strada ad una considerazione opposta per cui, ad esempio, gli atteggiamenti contro-edipici dei genitori diventano l'origine e non la conseguenza di quelli edipici del bambino (Devereux, 2007 [1966]). Wundt subordina la psiche alla cultura e la sua posizione ha certo il merito di assegnare alla storia un ruolo importante nelle "evoluzioni spirituali" dell'umanità. Gli incontri e gli scontri fra popoli e culture (migrazioni, guerre, ecc.) diventano fattori centrali per la comprensione della psicologia individuale e collettiva. Tuttavia l'individuo diviene materia totalmente e direttamente plasmabile dai processi che lo sovrastano, risultando difficile riconoscere le

⁹ L'impossibilità di annessione totale di un dato empirico da parte di una sola prospettiva ha portato Georges Devereux (1975 [1972]) ad adottare un'epistemologia complementarista derivata dagli sviluppi della fisica fra fine Ottocento e primi del Novecento (Bohr, 2007 [1965]). Si affronterà il problema della complementarità in etnopsichiatria nel prossimo capitolo.

pieghe in cui si condensano scarti, opposizioni e deviazioni dell'individuo rispetto alla storia e alla cultura. Può essere vero quello che Wundt sottolinea: anche se si conoscono numerosi fondatori di nuove religioni, queste si fondano su religioni precedenti rielaborando i motivi religiosi propri di determinati popoli. Tuttavia, in questo modo si rischia di perdere l'eccezionalità del momento rielaborativo collocato nel fondatore, che sempre introduce uno scarto rispetto ai motivi religiosi impersonali che lo circondano ed attraversano. Kraepelin subordina la psiche/cultura alla natura. Tuttavia già nel suo pensiero si affaccia un dubbio – presto sopito – nel momento in cui afferma: “Per ciò che riguarda i disordini mentali per i quali una causa esogena non può attualmente essere identificata, predomina chiaramente la *dementia praecox*, anche se ci si può chiedere se si tratti di una vera entità morbosa come correntemente definita o se piuttosto la suddivisione della sindrome in categorie differenti non rivelerebbe differenze tra la psicopatologia dei nativi e degli europei che il nostro attuale approccio diagnostico maschera” (Kraepelin, 1996 [1904]), p. 196). Il dubbio apre la strada ad una considerazione imprevista. I sistemi classificatori nativi della malattia potrebbero costituirsi come piani alternativi della natura altrettanto validi – se non più validi, almeno localmente – dei sistemi psichiatrici di classificazione (Inglese, 2005). Piani alternativi capaci di aprire differenze incolmabili e di contrastare un'espansione pacifica e senza problemi dell'approccio diagnostico sviluppato in seno alle scienze occidentali. Da questo punto di vista, inoltre, non sarebbero le “caratteristiche *psichiatriche* di una nazione” a consentire la comprensione del suo “carattere nazionale”. Si tratterebbe, al contrario, di ricostruire le “caratteristiche *etnopsichiatriche* di una cultura” – il complessivo sistema di classificazione delle patologie da essa elaborato, seguendo l'esempio di Devereux (1996 [1961]) – e a partire da esse spingersi verso la comprensione dei processi psichici e culturali caratterizzanti il gruppo umano considerato.

2.2 Su cultura, sintomi e sindromi

Fin dalle loro origini, dunque, psichiatria, psicologia e psicoanalisi affrontano il grande tema della variabilità delle culture umane, elaborando strategie esplicative e logiche discorsive che faranno sentire la loro influenza fino ai giorni nostri, regolando al contempo i rapporti col dato culturale e con le discipline antropologiche.

Si pongono così da subito i problemi dell'universalismo e del relativismo culturale ed anche le possibilità di soluzione della controversia. Nel paragrafo precedente, si sono evidenziate le soluzioni avanzate al limite teorico generale che ciascuna prospettiva ha incontrato nel suo procedere.

Focalizzando l'attenzione sui problemi di teoria della clinica posti dalla variabilità culturale delle fenomenologie morbose e dei sistemi terapeutici "tradizionali" si possono evidenziare due ulteriori escamotage. Due ulteriori strategie attraverso cui si è cercato di ridurre la complessità delle realtà affrontate.

In primo luogo, la risoluzione delle differenze attraverso il gioco delle *trasformazioni simboliche*, in forza del quale segni appartenenti a regimi semiotici differenti vengono aspirati nel vortice del regime significate al cui interno si perde ogni loro rapporto col significato. Si instaura invece una permutabilità generalizzata dei significanti in forza della quale ogni significante viene fatto rinviare ad un altro significante che ambisce a costituirsi come interpretazione del suo significato (Deleuze, Guattari, 2006 [1980] e 1975)¹⁰. Detto in altri termini, forse più chiari, nell'ottica psicoanalitica diventa possibile ricondurre all'Edipo, in quanto significante esplicativo generalizzato, qualsiasi fenomeno psicologico, psicopatologico o culturale – ovunque presentatesi e al di là di quale sia la macchina significante che lo produce (sia essa la macchina

¹⁰ "È stata la scoperta dei preti psicoanalisti (ma anche tutti gli altri preti e divinatori l'avevano già fatta a loro tempo): l'interpretazione doveva essere sottomessa alla significanza, al punto che il significante non fornisse alcun significato senza che il significato restituisse a sua volta del significante. Al limite, non c'è neanche più bisogno di interpretare, perché la miglior interpretazione, la più densa, la più radicale, è il silenzio eminentemente significativo" (Deleuze, Guattari, 2006 [1980], p. 188).

territoriale primitiva, quella dispotica barbarica o imperiale o quella capitalistica civilizzata). In questo senso, Ortigues e Ortigues (1966) possono interpretare i fenomeni persecutori dei loro pazienti senegalesi come manifestazione di un “Edipo africano” (vedi al riguardo l’analisi compiuta al cap. 6), e Michaux spiegare in chiave psicoanalitica i vari passaggi terapeutici del rituale di possessione dello *Ndöp* (Michaux, 1972)¹¹.

¹¹ Possono essere sufficientemente esplicativi alcuni passaggi del saggio: “La *possessione*, secondo noi, *risulta dallo stabilirsi di una relazione sostitutiva, fantasmatica*, tra la malata ed un *rab* [spirito ancestrale]. *Questa relazione con un oggetto “irreale”* deve essere compresa come risultante dall’interiorizzazione della relazione con la madre frustrante dello svezzamento... *La prima parte del trattamento* (maternage), la cui conclusione è la denominazione [del *rab*] consiste in *un tentativo della ndöpkat* [sacerdotessa-guaritrice che dirige il rituale] *di sostituirsi al rab, e riprendere così il posto della madre-buona* (nutrice), posto che lei teneva nelle relazioni con il bambino prima dello svezzamento... *La seconda parte del trattamento* (realizzazioni simboliche) *sarà allora una ripresa dello svezzamento, ma questa volta sotto la protezione attiva dell’oggetto buono*. Il malato potrà adesso affrontare l’universo fantasmatico dello svezzamento. *La realizzazione sul modo simbolico dei desideri colpevoli del soggetto permette una reale liquidazione dello svezzamento*; ed è questa liquidazione che consente la guarigione del malato. L’ultima parte del trattamento mira ad assicurare la stabilità di questa guarigione: si tratta del *samp* (costruzione dell’altare). L’originalità di questa ultima parte del trattamento è di non cercare di instaurare una guarigione attraverso l’oblio, per ‘cancellazione’ dei conflitti, e neanche una guarigione per instaurazione di una relazione ad un oggetto sostitutivo della madre (dipendenza), ma di caratterizzarsi per l’instaurazione di una relazione finale di tipo nuovo, più adeguata, che permetterà al malato di occupare nella società un posto affatto originale tra il gruppo, il *rab* e la *ndöpkat*” (Michaux, 1972, pp. 55-56; corsivo nel testo). Risulta abbastanza evidente come la psicoanalisi si costituisca come principio esplicativo e fondamento della logica terapeutica caratterizzante lo *Ndöp* e, in ultima istanza, come logica ultima che rende conto delle sue fasi operative. Benché a rischio di ridurlo a “interpretazione agita” di tipo para-psicoanalitico, si può tuttavia apprezzare come l’autore riconosca un valore trasformativo (realmente terapeutico) a tale rituale, e non lo degradi a semplice espediente restitutivo e di copertura del sintomo. Comunque, proseguendo lungo tale logica, andrebbe totalmente cambiata di senso e di valore l’asserzione “In principio era l’Azione”, con cui Freud conclude il suo *Totem e Tabù* (1912-13) e che nelle sue mani diventa un’accusa lanciata all’orda primitiva di aver effettivamente compiuto (agito) ciò che nei moderni nevrotici si presenta solo come fantasma inconscio (l’uccisione del padre). In principio (o anche in seguito!) era l’azione, ma non nel senso che “Il primitivo è ... privo di inibizioni [e]... il pensiero si trasforma senz’altro in azione, [per cui] per lui l’azione è per così dire un sostituto del pensiero” (Freud, 1912-13, p.

In secondo luogo, si eliminano le scomodità rappresentate dalle differenze nelle manifestazioni psicopatologiche attraverso la naturalizzazione degli oggetti teorici fabbricati (diagnosi) che – come i *faticci* latouriani (Latour, 2005) – iniziano a dispiegare la loro potenza operativa nel mentre se ne occulta l'origine artificiosa, frutto di fabbricazione umana. È l'occultamento dell'origine ibrida e costruita (e in qualche modo fittizia) degli oggetti teorici, delle mediazioni che li hanno creati, che permette la loro elevazione a entità naturali, acquietando così lo sgomento provocato nello spirito moderno dal semplice immaginare un oggetto fabbricato che acquista potere autonomo: o la diagnosi è diagnosi di natura o non è, diviene mera finzione e dunque semplice credenza¹². A posteriori, per altro, si occulta dietro la presunta naturalità della diagnosi la retroazione che questa esercita sull'umano fabbricandolo a sua volta in modo conforme al modello (come l'isteria charcotiana fabbricava le sue isteriche – cfr. cap. 3).

Il problema che si pone, dal punto di vista naturalizzante, è dunque quello di concepire il modo attraverso cui la cultura entra nella vita delle persone e nelle evenienze critiche che nel suo corso eventualmente si producono (psicopatologia). Nella sua versione classica, la psichiatria ha concepito tale “entrata” sulla base della distinzione fra patogenetico e patoplastico. E cioè sulla base di una differenziazione fra ciò che è “profondo”,

164). Piuttosto, nel senso che fin dall'origine l'azione è piena di pensiero o, anche, che l'azione è pensiero, così come gli oggetti (*samp*) che da tale azione derivano. Oggetti che permettono e sanciscono la conclusione di un processo di trasformazione (metamorfosi) della persona e delle sue relazioni in seno al gruppo di appartenenza e che vanno a costituire degli *attaccamenti* che gli permettono una rinnovata potenzialità operativa (Latour, 2006). In questo contesto, ci si può domandare se, per restituire la densità e la ricchezza del pensiero inscritto nello *Ndöp*, fosse proprio necessario ricorrere, come ha fatto Michaux, alla trasformazione simbolica per mezzo del significante psicoanalitico,.

¹² Lo stesso sgomento che Latour attribuisce ai portoghesi, sbarcati in terra africana, di fronte ai *faticci*: o sono vere divinità e dunque non sono manufatti dall'uomo, oppure sono manufatti e perciò stesso non sono divinità, ma mere credenze, “Come potete ammettere così beatamente che vi è necessario fabbricare... queste divinità che vi afferrano e che non di meno vi sfuggono? Ignorate dunque la differenza tra fabbricare ciò che proviene da voi e ricevere ciò che viene da un altro luogo?” (Latour, 2005, p. 49).

“radicale” e “vero” e cioè che è “superficiale”, “apicale” e “fittizio”. Il patogenetico riguarderebbe pertanto ciò che attiene ai meccanismi reali (universali) e cogenti della produzione del patire, mentre il patoplastico all’imbellettamento (soggettivo o socioculturale) a posteriori di questo medesimo patire. Si delinea pertanto un doppio registro: quello di ciò che avviene dentro la persona (nei suoi livelli essenzialmente biologici), e quello del rappresentativo. Nel primo caso, si avrebbe a che fare col reale e con la verità, con ciò che ha sostanza effettiva e, in qualche modo, materialità. Nel secondo, con il fittizio e la mera apparenza. La cultura sarebbe allora questo deposito collettivo di rappresentazioni di cui i processi psicologici si approprierebbero a fini meramente espressivi¹³. D’altra parte, questo punto di vista legittimerebbe, parallelamente ad una dimensione individuale contraddistinta da processi vitali di ordine biologico, la costituzione di una dimensione dell’espressivo e del rappresentativo (cultura come deposito di possibili contenuti, come biblioteca a cui attingere e da manipolare).

Ma tra il livello individuale e quello rappresentativo esiste il rischio di una scissione che non si risolve, derivando dalla strutturazione compartimentalizzata delle discipline e dalle loro metodologie di evocazione del

¹³ Da cui i tentativi di scoprire il *core* depressivo al di là delle apparenti variazioni culturali (Cardamone, Zorzetto, 2000) oppure i tentativi di reinterpretare in chiave psicoanalitica i fenomeni culturali (Freud, 1912-13; Róheim, 1972 [1943] e 1973 [1955]), solo per citare alcuni esempi. L’istanza comparativa è in questi casi utilizzata per estendere il raggio di influenza e di azione di una data concezione della natura umana. Questa, da prodotto storico che definisce una possibilità, si generalizza a priori ed evita così di fare i conti con l’esistente pluralità di concezioni dell’umano. In tal modo si accoppia e si salda, chiudendo il cerchio della globalizzazione della costituzione moderna, una concezione della natura umana ad una concezione della natura *tout court*. “Si pretende che, dappertutto e in tutti i tempi, una stessa natura muta e impersonale avrebbe esteso la sua influenza, che gli umani si presterebbero a interpretarla in modo più o meno plausibile e da cui si sforzerebbero con più o meno fortuna di trarre profitto; la pluralità di convenzioni e di usanze non sarebbe ormai in grado di acquisire un senso che se rapportata a delle regolarità naturali più o meno ben apprese da coloro che vi sarebbero sottomessi. Attraverso un atto di forza di una discrezione esemplare, la nostra ripartizione degli esseri e delle cose sarebbe diventata la norma da cui nessuno si potrebbe esentare” (Descola, 2005, p. 10).

dato empirico. Così si ripresenta sempre il rischio di perdere il luogo/momento in cui le idee si incarnano (*embodiment*), determinando la dimensione coevolutiva ed interattiva del triangolo *cultura/mente/corpo* (Inglese, Zorzetto, Cardamone, in corso di stampa). È lo stesso problema – ma percorso nella direzione opposta – che ha dovuto affrontare de Martino nell’analisi del lamento funebre (de Martino, 2000 [1958]). L’*attitidos* (Sardegna), il *vócero* (Corsica), il *travaglio* o la *naccarata* (Lucania), insomma le varie forme di lamento funebre non sono riducibili a testo scritto capace di assumere rilevanza autonoma finanche di testo letterario esaltato con spirito romantico in quanto poesia popolare. Il lamento funebre è prima di tutto tecnica del piangere culturalmente condizionata che si iscrive nei comportamenti (linguistici e non) dando loro una mimica, un ritmo, una melodia e trascendendoli in un orizzonte culturale e valoriale più ampio.

Si può quindi contrapporre ad una cultura meramente conosciuta e manipolata, riserva del rappresentativo votata all’epifenomenicità, una cultura-vissuta in quanto corporeità ed operatività dell’umano informata e condizionata da codici specifici (co-evoluzione del triangolo cultura/mente/corpo). Nel primo caso sarà sufficiente interpolare – in senso matematico – la variabilità culturale delle manifestazioni morbose per derivarne la forma lineare e regolare di fondo (cultura come contenuto del pensiero), nell’altro di comprendere le esperienze e i vissuti nella loro specificità puntuale (cultura come contenitore del pensiero).

L’istituzione della differenza fra patogenetico e patoplastico comporta l’assumere la cultura come semplice contenuto, a questo punto appreso come fattore confondente che occorre attraversare per poter effettuare la diagnosi di natura¹⁴. Le ricerche transculturali sulla depressione mostrano le difficoltà cui è

¹⁴ L’analisi proposta si focalizza in particolare sugli esordi del dibattito psichiatrico, psicologico e psicoanalitico intorno alle questioni poste dalla dimensione culturale, contrapponendovi in un secondo momento le soluzioni teoriche e tecniche avanzate dall’etnopsichiatria generale (Devereux) e clinica (Nathan). In questo senso, potrebbe essere criticata per una scarsa ponderazione delle successive evoluzioni avvenute nell’ambito della psichiatria transculturale, finalmente giunta ad un dialogo fruttuoso con l’antropologia, in generale, e con quella medica, in particolare (Kleinman, Eisenberg, Good, 1978; Kleinman, 1978). Nonostante queste opportune evoluzioni, nonché le importanti acquisizioni in ambito antropologico medico (cfr. Quaranta,

soggetta la psichiatria nel momento in cui procede lungo una simile linea di ragionamento.

2006), si sostiene tuttavia che per quanto riguarda i problemi della clinica transculturale, le questioni fondamentali si possano trovare delineate compiutamente sin dagli esordi del suddetto dibattito. Le soluzioni allora avanzate, inoltre, sono state capaci di esercitare un'influenza tuttora ravvisabile nel *mainstream* della produzione scientifica, e richiedono pertanto un'attenta analisi. La divaricazione fra patogenesi e patoplastica, d'altra parte, non sembra risolversi neanche adottando la strategia della pur riformata, in senso antropologico, psichiatria transculturale, quando oppone al *disease* (malattia in senso biomedico, disfunzione o danno organico) la rilevanza della *illness* (significato soggettivo della malattia). Là dove per *disease* si intende la malattia oggettivata e definita dalle conoscenze mediche (eziologiche, diagnostiche, terapeutiche) e per *illness* la dimensione soggettiva in cui diventano centrali elementi quali i modelli esplicativi adottati dalla persona e le reti semantiche al cui interno la malattia è inserita. Reti semantiche intese come reticoli di parole, situazioni, sintomi e sensazioni associati all'esperienza morbosa e strutturati intorno a elementi simbolici fondamentali (come ad esempio un organo particolarmente investito culturalmente). Da questo punto di vista, viene sottolineata la divergenza fra il punto di vista del medico e quello del paziente, per cui il primo dovrebbe diventare consapevole della *costruzione culturale della realtà clinica* in cui il secondo è inserito e che esprime e incorpora, pena il rischio di aprire un conflitto insanabile e non gestibile. Si può obiettare però che in tal modo ciò che si realizza è solamente una modalità di facilitazione della *compliance* del paziente, al fine di consentire il procedere terapeutico (biomedico o biopsichiatrico) lasciato inalterato nonostante la costruzione culturale della realtà clinica (Taussig, 2006 [1980]). Di fatto, la psichiatria transculturale non ha apportato alcun tipo di innovazione o cambiamento rispetto alle tecniche (psico)terapeutiche, essendosi focalizzata sul momento diagnostico, arrivando a proporre una sua "formulazione culturale" come addizione dei modelli esplicativi del paziente e di alcuni elementi socioambientali alla designazione in senso psichiatrico (Lewis-Fernández, Díaz, 2002). In questo senso, è pienamente condivisibile la critica che ad una simile prospettiva ha portato Taussig: "È una strana 'alleanza' [quella fra medico e paziente] in cui una parte approfitta delle concezioni personali dell'altra per manipolarla in modo più efficace. Che possibilità c'è per il paziente, in questo genere di alleanza, di esplorare il modello che il *medico* elabora, *sia* della *disease* *sia* della *illness*, e di negoziarlo? Limitati dalla necessità di perpetuare la professionalità e l'inoppugnabile distinzione tra clinico e paziente, esortando allo stesso tempo il bisogno e la convenienza di tenere in conto la consapevolezza culturale, questi autori [il riferimento è a Kleinman, Eisenberg, Good, 1978] non riescono a vedere che non è la 'costruzione culturale della realtà clinica' a dover essere discussa esplicitamente, quanto piuttosto la costruzione clinica della realtà a essere messa in gioco" (Taussig, 2006 [1980], p. 103; corsivo nel testo).

Fino agli anni '60, i ricercatori ed i clinici segnalavano l'assenza della depressione al di fuori dei confini labili e mutevoli della modernità occidentale, ed in particolare in Africa, riscontrando nello spirito primitivo la mancanza dei segni distintivi della civiltà costituiti dal dolore morale, dalla responsabilità individuale e dai sentimenti di peccato e conseguente colpa (Zorzetto, Cardamone, 1999; Beneduce, 1995). Nel regime coloniale, dunque, persino nella sua versione patologica l'uomo moderno si costituiva come cifra di una soggettività finalmente compiuta e posizionata ai piani più alti della nobiltà di spirito, proprio per le qualità morali e le capacità di autocoscienza esprimetisi nonostante e attraverso il processo morboso. Si riuscivano così a legittimare ulteriormente le scale di una evoluzione antropologica faticosamente costruite grazie agli sforzi sintetici di pensatori onniscienti (Wundt, 2006 [1916]; Freud, 1912-13), attraverso la parallela ed altrettanto faticosa edificazione degli alberi diagnostici ad opera di clinici, come E. Kraepelin, mossi da spirito linneano (cfr. Kraepelin, 1989). La natura arborea della malattia viene posta come testimone e garante della natura scalare dell'evoluzione umana. A partire dagli anni '60 del Novecento, si assiste ad un mutamento del quadro dipinto dalla ricerca psichiatrica, alla luce di cambiamenti metodologici (lo spostarsi della ricerca fuori dagli ospedali psichiatrici) e nosografici (la comparsa del concetto di depressione mascherata e cioè soggiacente ai disturbi della sfera somatica) nel frattempo emersi, ma soprattutto sotto la spinta delle mutate condizioni geopolitiche (fine del colonialismo, movimenti di liberazione e indipendenza degli stati africani). Le ricerche hanno iniziato a documentare la presenza della depressione in Africa, sebbene con alcune eccezioni ed in particolare quelle condotte in Mali (Coppo, 1978, 1983 e 1990; Koumarè et al., 1992; Carta et al., 1992)¹⁵. Non si è trattato, tuttavia, per quanto riguarda la psichiatria, di un movimento di liberazione dagli aspetti ideologici e dunque di purificazione del suo oggetto di ricerca dal peso e dall'inquinamento prodotto dal portato coloniale sull'agire diagnostico e teorizzante di clinici e ricercatori. Piuttosto, si è

¹⁵ Per un'analisi dettagliata delle ricerche condotte in alcuni paesi africani (Kenya, Benin, Ghana, Etiopia, Lesotho), ci permettiamo di rinviare a Zorzetto e Cardamone (1999).

verificato una inversione del senso dell'influenzamento ideologico, nel passaggio dal colonialismo alla globalizzazione e la discriminazione reiterata si è trasformata in assimilazione forzata: ancora negazione dell'altro attraverso quella che Kleinman chiama *fallacia categoriale* e cioè "la reificazione di una categoria nosologica che, sviluppata per un particolare gruppo culturale, è poi applicata a membri di un'altra cultura per la quale essa manca di coerenza e la cui validità non è stata provata" (Kleinman, 1987: 452). Un'analisi delle ricerche condotte in Africa, nel periodo successivo alle lotte di liberazione nazionale, conferma la validità di quanto sostenuto da quest'ultimo autore e cioè che una loro lettura antropologica porta alla luce una radicata tendenza (ideologia professionale) a ricercare, e scoprire, gli "universali" nei disturbi mentali. Tendenza che conduce ad una distorsione sistematica di partenza e che, sul piano dell'analisi teorica dei dati, si traduce nella messa in ombra delle differenze riscontrate e nell'enfaticizzazione delle similarità. Sul piano delle strategie di ricerca, ne consegue una selezione tautologica dei casi che necessariamente conferma le ipotesi di partenza. Tuttavia, a ben vedere, non si è di fronte ad una semplice, benché fallace, estensione del raggio d'azione geoculturale di una certa categoria diagnostica (in questo caso quella di depressione). Nel momento in cui è stata estesa, tale designazione diagnostica – per le ragioni stesse dell'estensione – ha mutato la propria configurazione e perciò stesso la propria natura. Le necessità dell'estensione hanno subordinato, ed eclissato, quelli che sembravano gli elementi più specifici e caratterizzanti del disordine depressivo – sentimenti di colpa e indegnità, idee suicidarie, disturbi delle funzioni cognitive – a vantaggio di quelli maggiormente aspecifici – fluttuazioni del tono dell'umore e dell'energia, disturbi del sonno e dell'alimentazione (Inglese, Zorzetto, Cardamone, in corso di stampa). Sono questi ultimi infatti, negli studi comparativi, a mantenere una loro costanza e permanenza nei diversi contesti culturali, presentando invece i primi una estrema volatilità, con tendenza alla scomparsa. In positivo, inoltre, l'estensione ha richiesto l'introduzione di ulteriori criteri per la diagnosi di depressione. In particolare la presenza di idee persecutorie, in precedenza considerate come idee deliranti non congruenti con l'umore (cfr. Bertschy, Ahyi, 1991).

Il movimento di estensione dei criteri del quadro depressivo, derivante dal confronto con fenomenologie della sofferenza incontrate in contesti culturali altri, determina il prodursi di un effetto imprevisto. Non si tratta semplicemente di verificare la validità o la correttezza dell'instaurazione di un principio di equivalenza fra idee di peccato e sentimenti di colpa, da un lato, e idee persecutorie dall'altro, poiché entrambe espressione esteriore di comuni e indifferenziati processi (biologici?) sottostanti¹⁶. Oppure della sostanziale indifferenza – diagnostica, quanto meno – rispetto al fatto che una persona esprima un tipo di lamentazione somatica piuttosto che un altro (la sensazione di un essere che striscia all'interno del corpo o una dichiarazione di perdita di liquido seminale¹⁷). Ciò che l'annessione realizza è la fagocitazione da parte della categoria depressiva di sintomi non solo fino ad allora estranei al suo ambito discorsivo, ma più propriamente facenti parte di configurazioni culturali più ampie, che rischiano di risultare indigeste e indigeribili per la psichiatria. Configurazioni che vengono determinate in modo eteronomo da procedure tecniche e sulla base di logiche culturali affatto estranee e legate a concezioni divergenti della persona (del suo statuto sociale e morale e delle sue componenti materiali e immateriali), della malattia e delle costituenti fisiche e metafisiche della natura.

La psichiatria, nel momento in cui annette al suo interno un sintomo niente affatto anonimo e anodino, non avverte il pericolo imminente. Come cavallo di troia travestito da dono di pace che sancisce una finta fine del conflitto bellico, il sintomo annesso permette ad elementi estranei all'ordine

¹⁶ Al riguardo occorre precisare che, a lungo, l'opposizione psicopatologica (colpa/persecuzione) è stata ricondotta ad una opposizione fra società della colpa e società della vergogna, permettendo ai ricercatori di discettare sui problemi morali e psicologici della (ir)responsabilità individuale e della (mancata) individualizzazione nelle società africane. Per una critica a queste prospettive che fanno perdere la complessità delle catene di interpretazioni causali che si attivano in conseguenza di eventi nefasti e malattie, così come del ruolo e della posizione soggettiva che, anche in Africa, la persona viene ad assumere al loro interno, si veda Beneduce (2007).

¹⁷ Per il senso che tali sintomi assumono all'interno di specifiche psicopatologie culturali, si veda rispettivamente Makanjuola (1987) e Bottéro (1993).

epistemologico e gnoseologico della cittadella nosografica di infiltrarsi all'interno delle sue mura e – rapidamente o lentamente – di scardinarle. I sintomi, quali specifiche forme di idee persecutorie e specifiche lamentazioni somatiche, possono far parte di fenomenologie morbose assolutamente coerenti e pregnanti descritte dai tecnici dei sistemi tradizionali di cura (*Culture-Bound Syndromes*). Le CBS (cfr. Inglese, Peccarisi, 1997) presentano una loro coerenza e performatività del tutto irriducibile ad una loro corrispondenza lineare e biunivoca con i quadri morbosi individuati dalla psichiatria (Makanjuola, 1987), così come agli assi ordinatori attraverso cui tali quadri sono costruiti e determinati. La matrice culturale esercita un effetto strutturante sulla dimensione somatopsichica e, da questo punto di vista, Makanjuola mostra come la condizione denominata *ode ori*¹⁸ dai guaritori tradizionali yoruba non si adatti a nessuna particolare categoria diagnostica occidentale, ma consista piuttosto in una “sindrome di sintomi relativi al corpo, all'udito ed alla visione, che può apparire nel contesto di una varietà di entità cliniche occidentali” (Makanjuola, 1987, p. 234). Sebbene si possa ipotizzare che il disturbo *ode ori* rappresenti semplicemente una sindrome da somatizzazione, essendo i sintomi di depressione e di ansia molto comuni, ciò “farebbe ingiustizia alle ben formulate credenze dei guaritori yoruba riguardo ai disturbi. Inoltre, mentre alcuni fattori somatici descritti in pazienti con *ode ori* sono frequenti nei pazienti yoruba con stati ansiosi e depressivi... sensazioni di strisciamento, palpitazioni, dolori e particolarmente i rumori nelle orecchie, sono relativamente rari” (*ibid.*, p. 214).

Il problema diagnostico, apparentemente risolto sul piano teorico, attraverso ricerche internazionali, finisce col ripresentarsi e riversarsi intonso a

¹⁸ Letteralmente significa “cacciatore della testa”. I guaritori tradizionali yoruba la individuano come un'entità clinica (CBS) caratterizzata da sensazioni di strisciamento nella testa, o in qualche altra parte del corpo, da parte di un qualcosa descritto da alcuni come *aràn* (verme) e da altri come *kokoro* (insetto) e da percezioni di suoni nelle orecchie (fischi, ronzii, ecc.). Nei casi di *ode ore* analizzati dall'autore erano presenti anche insonnia e palpitazioni, vertigini, offuscamento della vista, dolori in varie parti del corpo e sensazioni di pizzicore. Frequenti erano anche i deliri di persecuzione.

livello della pratica clinica, dove lo psichiatra (o lo psicologo) si ritrova balbettante di fronte alla sofferenza presentata dai pazienti, venendo costretto a ricorrere all'una od all'altra variante atipica di etichette diagnostiche niente affatto discrete. L'osservazione degli effettivi incontri clinici transculturali, all'interno dei servizi pubblici di salute mentale, ha permesso inoltre di verificare come il problema si riversi ulteriormente sui pazienti che, a questo punto, provati dall'altalenante efficacia degli psicofarmaci e dalle risposte ambigue ed oscillanti ottenute attraverso il ricorso ai propri sistemi tradizionali di cura, chiedono interdetti, ad un clinico altrettanto perplesso, se debbano considerarsi "malati nel cervello" o effettivamente – come soggettivamente ritengono – posseduti da una qualche entità invisibile o sovranaturale (*djinn, shaytan, rab,* ecc.).

La questione è che l'espansione dei sistemi classificatori della psichiatria trova lungo il suo cammino un limite generale ed uno specifico. Quello generale è rappresentato dalla forza costruttiva esercitata sul fenomeno psicopatologico dai mondi altri, appresi nel loro complesso. Quello specifico è costituito dai sistemi tecnici di cura presenti in tali mondi che sanciscono l'iscrizione del processo morboso all'interno di una determinata categoria diagnostico-eziologica, solamente preavvertita o genericamente allusa nell'ambito delle relazioni sociali profane attivate intorno al malato. Quest'ultimo passaggio rinvia ad una qualità prettamente costruita del fenomeno psicopatologico, essendo tuttavia necessario distinguere una costruzione *allargata* ed una costruzione *intenzionale prettamente tecnica*. La presa in considerazione di questi aspetti della clinica transculturale permette all'etnopsichiatria di individuare una via di uscita rispetto alle strategie di evitamento della complessità più sopra individuate. Prima di provare a delineare una simile soluzione alternativa è però necessario addentrarsi nella comprensione dei processi di costruzione appena evidenziati.

La prima tipologia di processi di costruzione (costruzione allargata) rinvia alla messa in forma ed alla strutturazione della sofferenza individuale operate

attraverso i continui processi di negoziazione sociale e interpersonale che si attivano intorno all'esperienza afflittiva. Una simile messa in forma è documentata sia attraverso sguardi storici e retrospettivi, che attraverso l'analisi puntuale di singoli episodi¹⁹. Ma dal punto di vista etnopsichiatrico ciò che ne rappresenta l'aspetto significativo è costituito dalla gravidanza e, per certi versi, dalla irriducibilità delle cosiddette sindromi culturalmente caratterizzate. A partire da queste realtà cliniche e seguendo un percorso ascendente verso la funzione astratta svolta dalla *Cultura in sé*, in quanto elemento ordinatore delle vicende individuali, Devereux (2007 [1956]) sviluppa una classificazione dei disturbi della personalità, che permette al clinico di orientarsi di fronte all'enigma morboso posto da persone di diversa origine culturale. La classificazione è più complessa, ma in questa sede si prenderanno in considerazione solo due delle categorie da lui individuate: i disturbi etnici ed i disturbi idiosincrasici²⁰.

I *disturbi etnici*, sul piano culturale, rappresentano la conoscenza che un dato gruppo umano ha costruito intorno alla sofferenza "psichica". Si tratta di un insieme di teorie esplicite riguardo alla natura di tale sofferenza, alle sue cause, alla sua forma sintomatica, alla sua evoluzione. Teorie che si depositano sia nei racconti mitici, che nei modi di fare e nelle espressioni quotidiane. Da questo punto di vista rappresentano un "modello di cattiva condotta" che la cultura

¹⁹ Si può citare, come esempio del primo tipo di sguardo, l'analisi effettuata da Shorter (1993) rispetto all'evoluzione degli idiomi di presentazione dei disturbi psicosomatici dall'Ottocento ai giorni nostri. Come esempio del secondo tipo di sguardo si può fare riferimento all'analisi di Djassoa (1994) del processo di costruzione di un'interpretazione persecutoria di un episodio depressivo in una donna togolese.

²⁰ Devereux individua anche altre due categorie: i disturbi sacri ed i disturbi tipici. Includere un ragionamento al riguardo implicherebbe tuttavia un appesantimento non necessario del discorso che si sta cercando di sviluppare. Comporterebbe inoltre alcune specificazioni non necessarie in questo contesto. Sarà sufficiente sottolineare che i disturbi sacri (o sciamanici) sono connessi al tema della malattia iniziatica ed allo statuto di salute/malattia assegnabile – dall'esterno – allo sciamano, mentre i disturbi tipici sono derivati non tanto dal modello culturale di riferimento, ma dal tipo di organizzazione sociale (ed in particolare dal tipo di solidarietà, meccanica piuttosto che organica, caratterizzante il gruppo di appartenenza del paziente). Secondo Devereux, infatti, occorre rendere conto non solo del rapporto fra cultura e personalità, ma anche di quello fra struttura sociale e personalità.

fornisce al singolo come via di espressione riconosciuta, benché marginale, della propria sofferenza. Infatti, “Ogni società comporta non soltanto aspetti ‘funzionali’, mediante i quali essa afferma e mantiene la propria integrità, ma anche un certo numero di credenze, dogmi e tendenze che contraddicono, negano e scanzano non soltanto le operazioni e le strutture essenziali del gruppo, *ma talora persino la sua stessa esistenza*” (Devereux, 2007 [1956], p. 49-50; corsivo nel testo). La cultura, cioè, fornisce direttamente un materiale (manifestazione delle proprie tendenze antisociali) per l’espressione di conflitti interni. Sul piano psicologico, tale possibilità di appropriazione culturalmente conforme, da parte del singolo deriva dalla natura dei conflitti da questo sperimentati e dalla tipologia di traumi subiti. Si tratta di conflitti prevalenti in una data cultura e traumi la cui frequenza è tale che la cultura si preoccupa di prenderne atto e di segnalarli. Proprio in conseguenza della loro prevalenza e della loro frequenza, tali conflitti e traumi diventano oggetto di un’elevata elaborazione (sul piano mitologico, linguistico, ecc.). “In breve, in taluni soggetti perturbati affettivamente, il segmento inconscio della personalità etnica non è disorganizzato a tal punto da spingerli a una rivolta totale contro l’insieme delle norme sociali. Benché realmente ammalati, questi soggetti hanno la tendenza a prendere in prestito dalla cultura i mezzi che permettono loro di manifestare il loro disturbo soggettivo in una maniera convenzionale, non foss’altro che per evitare di essere confusi coi criminali o con gli stregoni” (Devereux, 2007 [1956], p. 55).

I *disturbi idiosincrasici* derivano da traumi atipici – o di cui comunque la cultura non tiene conto – rispetto ai quali non si realizza un’elaborazione capace di fornire mezzi di difesa e sintomi che permettano di esprimere l’angoscia in modi conformi. “L’individuo che subisce questo tipo di trauma presenterà una nevrosi o una psicosi ‘ordinaria’, non etnica, cioè idiosincrasica. Questo genere di disturbo è caratterizzato dall’*improvvisazione* delle difese e dei sintomi, improvvisazione che avviene di solito a partire dalla deformazione di taluni elementi culturali i quali non sono affatto destinati originariamente, a fornire una difesa dall’angoscia” (Devereux, 2007 [1956], p. 81).

I disturbi etnici presentano, dunque, secondo l'autore, un comportamento che può essere previsto in funzione del quadro culturale di riferimento; mentre le possibilità previsionali relative ai disturbi idiosincrasici si possono basare esclusivamente su un quadro di riferimento prettamente psicologico.

Seguendo questa classificazione, diventa importante, dal punto di vista clinico, comprendere come il materiale culturale rientra nel quadro psicopatologico. Diventa cioè essenziale verificare che tipo di materiale viene "scelto" (si tratta di un item espressamente coniato da quella data cultura per esprimere tendenze antisociali? Si tratta invece di un item che ne esprime aspetti funzionali?) ed il modo in cui viene "utilizzato" (si tratta di un modo culturalmente conforme? Oppure si tratta di un modo assolutamente idiosincratco e irrazionale, dal punto di vista culturale?).

Se queste riflessioni riguardano il versante genericamente culturale della costruzione del fenomeno psicopatologico, l'attenzione dell'etnopsichiatria si attesta anche sulle procedure intenzionali di tipo tecnico che ad esso si relazionano a scopo di cura. A questo livello, le riflessioni si concentrano sui dispositivi terapeutici che processano l'evenienza afflittiva individuale, trasformandola in un "caso" di un qualche tipo (isteria piuttosto che possessione, ad esempio). Tali riflessioni si focalizzano, cioè, sugli attori terapeutici, sulle loro teorie e sulle loro tecniche. L'etnopsichiatria considera, infatti, le *teorie primitive del comportamento* come spunti utili per indirizzare piste di ricerca e come punti di partenza per la costruzione di una conoscenza realmente scientifica (Devereux, 1984). E questo anche se le teorie primitive sono frutto di una modalità non scientifica di produrre conoscenza e sono espresse in un linguaggio che può essere vago, allusivo o allegorico (come ad esempio nei miti). L'accostamento a tali teorie si effettua secondo una modalità rispettosa e pragmatica e sulla base di un'interrogazione di tipo tecnico dei "professionisti della cura" che si possono incontrare ai quattro angoli della terra. Da questo punto di vista, "Una delle distorsioni meno spiegabili delle scienze del comportamento risulta dalla scotomizzazione di quel che è forse l'aspetto

più importante del sapere popolare e delle etno-scienze del comportamento, formulate da non-scienziati. Esistono naturalmente molte eccellenti analisi dei modelli di pensiero e dei sistemi di valori che sottendono la scienza primitiva. Questi lavori cercano però soltanto di spiegare come idee tanto 'bizzarre' possano venire concepite e non si soffermano mai sugli aspetti sostanziali di questi sistemi di pensiero, capaci di contribuire alla comprensione scientifica del comportamento" (Devereux, 1984, p. 219)²¹.

Più sopra si è accennato alla possibilità di individuare una soluzione alternativa alle due strategie individuate di evitamento della complessità clinica: naturalizzazione delle categorie diagnostiche della psichiatria e trasformazioni simboliche delle fabbricazioni culturali altrui. L'analisi dei processi di costruzione del fenomeno psicopatologico permette all'etnopsichiatria di imboccare una strada alternativa. Essa obbliga il ricercatore (o il clinico) ad incontrare non un astratto principio (la cultura dell'altro). Al contrario esso si trova ingaggiato in un confronto con oggetti (CBS) che presentano una diversa genesi ed un'eteronomia strutturale rispetto a quelli da lui conosciuti e frequentati (sindromi psichiatriche). Gli oggetti incontrati, poiché presentificati dai pazienti, trovano infatti la loro origine in altri mondi, caratterizzati da una diversa ripartizione, scomposizione e ricomposizione della natura (Descola, 2005), da cui deriva anche una loro strutturazione secondo logiche e principi affatto estranei. Il dubbio kraepeliniano viene reso non eludibile e posto a cardine dell'analisi: esistono altre possibilità di suddivisione delle sindromi che determinano categorie altrettanto valide di quelle elaborate dalla psichiatria.

²¹ Rispetto a questa osservazione, si può forse notare come una differente prospettiva, nell'accostamento alle teorie primitive del comportamento, abbia iniziato a prendere corpo in virtù di uno slittamento da interessi puramente teorici portati, a esigenze assolutamente pratiche affrontate da tecnici impegnati nell'assistenza e nella cura in contesti culturali altri. Una diversa prospettiva, cioè, si è delineata come frutto di un lavoro sul campo di clinici che si sono scontrati con un elemento culturale capace di sconvolgere le relazioni di cura. È questo il caso, ad esempio, di Collomb (1966), e degli altri esponenti della cosiddetta Scuola di Dakar, che, intenti nella riorganizzazione dell'ospedale di Psichiatrico di Fann, hanno iniziato a lavorare nel senso di una presa in carico comunitaria, aperta anche al contributo dei guaritori tradizionali.

Viene chiamata in questione la possibilità di regolare la natura rendendola conforme ad un uni-verso e si avanza l'ipotesi della necessità di pensare il pluri-verso attraverso cui viene ripartita. Ne discende la necessità di prendere in considerazione la pluralità di attori che partecipano a tale ripartizione e che compongono il pluri-verso determinatosi. In primo luogo, quei colleghi bistrattati di psichiatri e psicologi raggruppati sotto dizioni improprie (guaritori o terapeuti "tradizionali"), tenendo presente il legame fra le rispettive coppie oggetto/soggetto (nosologia psichiatrica e psichiatra; nosologia tradizionale e guaritore).

La via di uscita etnopsichiatrica agli stalli dei riduzionismi delle discipline della psiche consiste dunque nello scartare un generico richiamo all'istanza culturale, ma nel contrapporre oggetto (nosologia tradizionale) a oggetto (nosologia psichiatrica) e soggetto (guaritore) a soggetto (psichiatra/psicologo).

Questa via apre la strada sia a nuove possibilità di intervento clinico che a innovative strategie di comparazione transculturale.

Le innovazioni apportate dall'etnopsichiatria alla clinica verranno trattate ed analizzate nei prossimi capitoli. Esse costituiscono infatti l'asse centrale della ricerca condotta ed i punti di riferimento utilizzati per la realizzazione del lavoro di campo all'interno di alcuni servizi pubblici di salute mentale.

In questa parte finale del capitolo è possibile invece sottolineare sinteticamente le caratteristiche di una ricerca comparativa capace di tenere conto del triangolo cultura/mente/corpo e della sua dinamica co-evolutiva, il merito della quale va riconosciuto all'etnopsichiatria italiana contemporanea (Inglese, Cardamone, Da Prato, 2008; Inglese, Zorzetto, Cardamone, in corso di stampa).

Nel primo articolo richiamato, gli autori mettono a confronto paranoia e fattura e cioè una categoria psichiatrica con una derivante dai saperi popolari (proseguendo cos' il lavoro pionieristico di Risso, Böker, 2000 [1964]). L'accostamento di queste due tipologie esperienziali deriva dalla possibilità di riconoscere in entrambe un elemento comune sospinto in un secondo momento verso evoluzioni affatto eterogenee. Nella fase inaugurale del fenomeno morboso, si assiste in un caso e nell'altro "... alla ricerca (eziologica) di una

verità fattuale in grado di spiegare il patimento di un influenzamento sullo stato fondamentale (mentale, somatico, sociorelazionale) della persona e *contro* di essa; tale azione è eseguita da un antagonista attraverso l'impiego di mezzi tecnici inizialmente enigmatici o "impossibili", poi sempre più precisi e provvisti di un proprio potere operatorio" (Inglese, Cardamone, Da Prato, 2008, pp. 137-138). Il momento inaugurale comune corrisponde ad una condizione di permeabilità sofferente di una costituzione somatopsichica che si confronta con un mondo (umano e non umano) nell'ambito del quale individuare l'agente aggressivo e influenzante. Le esperienze soggettive rispettive si inscrivono tuttavia in ordini discorsivi eterogenei al cui interno le fenomenologie morbide si sviluppano lungo direzioni opposte, finendo per presentare anche caratteri differenti. Nel caso della paranoia, la qualità esperienziale si struttura intorno ad una reazione stenica indirizzata a svelare pubblicamente la verità celata e segreta della persecuzione patita e alimentata da uno slancio polemico e bellicoso contro il mondo ostile. Nel caso della fattura, l'individuo piega verso una reazione astenica nel mentre si iscrive in un mondo già organizzato e preparato per coadiuvarlo, se non proprio per sostituirlo, nel processo di scoperta della verità e di affrontamento dell'attacco. Nel primo caso, il soggetto si scopre depositario e custode di una nuova verità sul mondo e come tale innalzato di rango. È una posizione sopraelevata rispetto alla massa ignara o complice che lo isola orgogliosamente dal mondo, salvo la possibilità di trasformare la verità idiosincrasica custodita in verità ideologica capace di aggregare intorno a sé nuovi adepti. Nel secondo caso, il soggetto si scopre abitato da una verità di cui altri conoscono i segreti interpretativi (guaritori autorizzati e riconosciuti) a cui finiscono per affiliarsi. In questo punto di massima distanza, i due personaggi ritrovano per un momento una vicinanza. Entrambi infatti si trasformano da perseguitati in persecutori del loro nemico. All'attacco patito entrambi reagiscono con un contro-attacco le cui caratteristiche tuttavia immediatamente divergono essendo ciascuno preso in un divenire differente. Il paranoico si incarica della vendetta personalmente e con mezzi idiosincrasici, mentre l'affatturato delega tale compito all'interprete

autorizzato del gruppo di cui è divenuto parte. Il contro-attacco procederà di conseguenza secondo forme prescritte e condivise.

Nel secondo articolo richiamato (Inglese, Zorzetto, Cardamone, in corso di stampa), la strategia comparativa prende le mosse da un'esperienza corporea caratterizzata dall'astenia e dal patimento per giungere ad una riflessione sui rapporti fra depressione e cultura. Una simile proposta si basa sulla convergenza delle riflessioni transculturali con quelle intraculturali. Più sopra si è mostrato come le ricerche sulla depressione in Africa abbiano condotto ad esaltarne gli aspetti maggiormente aspecifici ed a porre in una posizione centrale la problematica di un corpo dolente e "lamentoso". Le analisi di Ehrenberg (1999) mostrano un esito simile della natura della depressione in Occidente sottoposta ad una mutazione "genetica" dagli sviluppi della psicofarmacologia e dalla transizione epocale verso la post-modernità. L'autore sottolinea come i nuovi antidepressivi vengano considerati degli "energizzanti psichici" capaci di influire direttamente sulla personalità (sul temperamento) dei pazienti, donando un nuovo piacere di vivere e di relazionarsi agli altri e recuperando all'azione il soggetto. La depressione cessa di rappresentare il contrario della gioia di vivere e la quintessenza del dolore morale, per costituirsi come patologia dell'azione caratterizzata da un'inibizione generalizzata. Specularmente, si trasforma il soggetto che la patisce: non più il soggetto del conflitto, permeato dalla colpa, ma un "soggetto insufficiente" che sancisce la comparsa di una nuova figura sociale (quella del "valido invalido"). Nuova figura sociale in cui la tematica del doppio assume una nuova veste: la persona è il valido grazie allo psicofarmaco o l'invalido in sua assenza?

La prospettiva si apre verso un corpo incapace, non all'altezza e sostanzialmente astenico e doloroso che sprofonda nell'abisso qualsiasi possibilità di simbolizzazione. Si "... assiste all'eclissi dei vissuti depressivi maggiori (orbitanti intorno al nucleo della colpa radicale...) che la psicopatologia dinamica precedente (ispirata alla metapsicologia dell'inconscio di Freud o all'intersoggettività fenomenologico-esistenziale di Binswanger) aveva depositato come senso metafisico del disturbo... Entro questa epoca, le società occidentali... sono costrette a riconoscersi come gli ambienti dove sarebbe più

difficile o diventerebbe quasi impossibile procedere alla simbolizzazione e alla comunicazione verbale dei conflitti psichici travisati dietro le maschere proliferanti dei disturbi narcisistici” (Inglese, Zorzetto, Cardamone, in corso di stampa).

A partire dalla convergenza sul corpo delle riflessioni transculturali e intraculturali, gli autori mostrano la cattura delle sue esperienze all'interno dei processi mentali e culturali di elaborazione e trasformazione. Mentre il corpo segnala un disequilibrio complessivo della persona, l'esperienza somatopsichica matriciale e tendenzialmente indifferenziata viene lavorata all'interno dei processi sociali generali e dei dispositivi tecnici specifici. L'oggetto-depressione è così costretto a confrontarsi ed a comparare la propria validità con divenire eterogenei passibili di solidificazione in stati di possessione da parte di entità culturali specifiche – corpo reso astenico e pesante dalla presenza perturbante di un *rab* – o in situazioni di attacco da parte di stregoni antropofagi – corpo reso astenico e “leggero” dalla sottrazione di principio vitale (cfr. Zempléni, 1968 e 2005).

In entrambe le proposte descritte si riconoscono le caratteristiche evidenziate di una metodologia comparativa di tipo etnopsichiatrico. Innanzitutto, la rinuncia ad una sovra-interpretazione dell'altro, nel senso di uno scorrimento in sovrimpressionazione della traduzione (fondata) delle parole altrui (al più allegoriche o metaforiche, quando non giudicate semplicemente irrealistiche). In secondo luogo, l'evitamento di una espansione unilaterale e aprioristica di categorie appartenenti ad uno specifico ordine discorsivo ed a specifiche pratiche disciplinari (Foucault, 2003). Infine, l'attuazione di un confronto serrato fra oggetto e oggetto e fra soggetto e soggetto. Si delineano in tal modo piani di scorrimento delle esperienze soggettive individuali verso divenire eterogenei la cui natura viene a dipendere dalle specifiche interazioni cultura/mente/corpo che si attivano.

In questo capitolo si è cercato di mettere in evidenza le modalità attraverso cui le discipline della psiche hanno cercato di affrontare e risolvere i

problemi posti dalla matrice culturale delle esperienze psicologiche e psicopatologiche. Il percorso compiuto ha consentito di riformulare il problema secondo un'ottica etnopsichiatrica. È possibile a questo punto iniziare ad affrontare il tema centrale di questa tesi incentrata sull'etnopsichiatria clinica.

3. Dalla naturalizzazione della malattia mentale alla tecnicizzazione dell'influenza terapeutica

Gli statuti epistemologici della pratica clinica e degli oggetti cui essa si applica presentano un'elevata dose di ambiguità: è un terreno di dispute scientifiche, sempre sull'orlo di trasformarsi in battaglie ideologiche, al cui interno si accalcano psichiatri, psicologi, ma anche pazienti, loro familiari e cittadini, poiché vi si giocano partite ad un tempo scientifiche e politiche (Stengers, 1997)

Nelle ultime righe del volume che raccoglie le sue lezioni al *Collège de France* fra il 1973 ed il 1974, *Le pouvoir psychiatrique*, Foucault si chiede: "È possibile che la produzione di verità della follia possa effettuarsi in forme che non siano quelle del rapporto di conoscenza?... In effetti, essa si pone concretamente tutti i giorni a proposito del ruolo del medico – del soggetto statuario della conoscenza – nell'impresa della psichiatrizzazione." (Foucault, 2003, p. 351).

Risposta: "... non sono lontano dal pensare che la psicologia – in quanto scienza dell'apparato psichico, secondo la formula di Freud, discorso su una materia oggettivabile che sarebbe possibile descrivere e investigare, al fine di scoprirne le leggi di funzionamento nascoste – sia una pura finzione. La sola disciplina scientificamente difendibile sarebbe, se mi si perdona questo barbarismo, una *influenzologia*, che avrebbe come oggetto d'analisi le differenti procedure di modificazione dell'altro" (Nathan, 1994, p. 25; corsivo nel testo). Ciò che inizialmente viene posto come un'ipotesi, tuttavia, diventa poco tempo dopo un'asserzione positiva: "Credo ormai che l'unico oggetto di una psicopatologia veramente scientifica debba essere la descrizione più precisa possibile dei terapeuti e delle loro tecniche, mai dei malati... non possiamo continuare a cercare malattie mentali nei malati! ... i soli fatti osservabili in questo ambito, sono costituiti dai terapeuti e dai loro oggetti... i loro strumenti ma anche le loro tecniche, i concetti che ne costituiscono i presupposti, e

anche, o forse soprattutto, gli esseri soprannaturali mobilitati dai loro procedimenti” (Nathan, 1996a, p. 97)

La connessione fra domanda e risposta necessita tuttavia di un percorso lungo, attraverso cui si cercherà di dipanare i complessi rapporti fra psicopatologia e cultura, così come fra psichiatria e antropologia, rapporti – fatti di convergenze e divergenze, scontri e incontri – che costituiscono l’arco che l’etnopsichiatria, a partire dal suo fondatore Georges Devereux, ha cercato di costruire.

3.1 Sulla verità della malattia mentale

La questione posta da Foucault (2003) raggiunge il cuore del rapporto fra psichiatria e follia: la produzione di conoscenza scientifica su un oggetto peculiare che si costituisce non come dato immediato dei sensi ma per applicazione generalizzata di dispositivi di disciplinari e di cui lo psichiatra è chiamato a decretarne la realtà (quest’uomo è folle oppure no?), più che a decifrarne la verità (costatazione e caratterizzazione dei sintomi, diagnosi differenziale...).

Al cuore di tale problema si intravede un amalgama fra potere e sapere che si dispiega attraverso dispositivi e tecniche, senza poter arrivare mai a definire una distinzione netta fra ciò che è del medico e ciò che è del malato: Charcot, come i medici prepasteuriani, diffonde il male che pretende di conoscere e curare. La grande isteria che con lui raggiunge il suo culmine²², sia come dato epidemiologico che come strumento di prova della realtà della malattia mentale e della verità della conoscenza scientifica su di essa, inizia ad inabissarsi dopo la sua morte, seppellita dai colpi della depsiatriizzazione. Foucault evidenzia due strategie di depsiatriizzazione messe in moto subito dopo l’era charcotiana, che rappresentano dal suo punto di vista anche due modalità di rimedicalizzazione della malattia mentale. La prima (linea Babinski)

²² Si veda a questo proposito anche Shorter (1993).

consiste in una sorta di pasteurizzazione dell'ospedale psichiatrico, articolando l'una sull'altra la conoscenza della natura della malattia (diagnosi) e soppressione delle sue manifestazioni (terapia: psicoturgia e psicofarmacologia) ed interrompendo il processo di teatralizzazione della verità della malattia. Lungo questa linea si sono sviluppati, da una parte, tutti i tentativi di individuazione del danno o del malfunzionamento organico, fino alle attuali tecniche di visualizzazione in presa diretta dell'attività cerebrale e, dall'altra, la proliferazione della ricerca psicofarmacologica, fino alle attuali promesse della terapia genica. La seconda (linea Freud) consiste in una modificazione dei rapporti di potere al cui interno far avvenire l'interazione clinica e la sua ricostituzione come relazione contrattuale a due, liberamente scelta e priva di contatto fisico (e persino visuale), affinché ciò che emerge nell'incontro (produzione intensificata della follia nel transfert) non possa essere ricondotto ad un'interferenza del clinico, ma esclusivamente a quanto proviene dal paziente. "Tu non potrai più vantarti di ingannare il tuo medico, poiché non risponderai più a delle domande che ti vengono poste; tu dirai ciò che ti viene in mente, senza che tu abbia neanche a domandarmi ciò che ne penso, e, se vuoi ingannarmi infrangendo questa regola, io non sarò ingannato realmente; tu avrai preso in trappola te stesso, poiché avrai perturbato la produzione della verità e accresciuto di qualche seduta la somma che mi devi" (Foucault, 2003, p. 349). Con questa formula, con un fondo sardonico, l'autore sintetizza l'induzione psicoanalitica di un luogo dell'incontro e di una relazione di conoscenza (soggetto-oggetto) che scansi i rischi cui andò incontro il medico francese della Salpêtrière. A quanto sottolineato dall'autore, si può aggiungere che può essere letto in questo senso anche l'obbligo dell'analisi per l'analista (ed il suo sempre più spinto allungamento). Non si tratta della necessità etica o istituzionale di un clinico sano psichicamente (o che ha saputo affrontare e superare la sua follia) e dunque capace di costituirsi come modello di un'impresa realizzabile, benché eroica, un po' come l'alienista manicomiale doveva incarnare la dirittura morale e l'adesione ai principi ed alle regole della realtà condivisa. Neanche si può ridurre alla necessità autopreservativa di far sì che l'analista possa reggere i colpi di un corpo a corpo con la malattia, il dolore,

l'angoscia. Ciò che è in gioco continua ad essere l'emersione della verità dal paziente e la capacità dell'analista di coglierla per costruire il sapere psicoanalitico come scienza – oltre che per cercare di curare il malato come sovrappiù. È una necessità epistemologica quella che viene posta, poiché conflitti irrisolti nell'analista possono impedire l'emersione della verità del paziente, se non deformarla. Tutta la tecnica psicoanalitica e la teoria della tecnica sono costruiti anche per far sì che l'analista non interferisca (come un volgare ipnotizzatore) con le produzioni del paziente e non lo suggerimenti²³. In questo senso, appoggiandosi sulla metafora freudiana, Isabelle Stengers può affermare: “Si può leggere Freud come erede del re degli dei quando, squalificato l'apparente potere curativo di quella che chiama suggestione, fa della psicoanalisi quel che esige lo psichismo umano nella sua verità. Non è 'dal di fuori', grazie alle protesi suggestive o allo strato di pittura applicato dall'esterno (per via di porre), che precede l'analisi. Essa sa raggiungere, al di là della superficie (per via di levare), senza introdurre la minima protesi, il minimo elemento nuovo, il senso proprio dei sintomi” (Stengers, 1996, p. 113-114).

3.2 Sul rapporto di conoscenza

Il fallimentare tentativo di Charcot di fondare una psichiatria scientifica sul rapporto di conoscenza soggetto-oggetto dove il primo poteva produrre e

²³ Può essere letta anche in questo senso – e cioè come necessità epistemologica di mantenere i crismi della scientificità o, meglio, di un certo tipo di scientificità – l'istituzione dei tabù del toccare, dello sguardo e della parola “non analitica” all'interno dell'incontro psicoanalitico che Nathan ha indicato come fattori che lo definiscono in quanto rituale: “Inducendo il paziente ad accettare un rito apparentemente assurdo o almeno insolito e iscrivendolo nel suo corpo e nei suoi ritmi, lo psicoanalista distingue: a. l'interno dall'esterno, l'analitico e il non analitico, il tempo della seduta e il tempo della vita; b. il sé e l'altro, il corpo del paziente e quello dell'analista, il mondo interno dell'uno da quello dell'altro. Così si rendono chiari i tre tabù che a prima vista sembrano enigmatici: essi servono a iscrivere nei ritmi del corpo la distinzione di categorie opposte” (Nathan, 1990, p. 145). È come se una necessità (epistemologica) fosse diventata una virtù (terapeutica).

riprodurre a piacimento la prova della verità della malattia – le grandi lezioni pubbliche che il professore noto in tutto il mondo per la sua scienza teneva alla Salpêtrière, convocando le “sue” isteriche che esibivano a comando i sintomi descritti e previsti – produce così la necessità di correre ai ripari. Le soluzioni rappresentano un’intensificazione ed un tentativo di purificazione di tale rapporto. In un caso, la prova è ricercata altrove, seguendo l’esempio della medicina: e cioè nei laboratori. La verità della malattia risiede nel dato laboratoristico che diviene sempre più sofisticato fino all’analisi genetica ed al *neuroimaging*. È possibile, sulla scorta del substrato organico finalmente estratto dalle profondità dell’organismo e visualizzato a beneficio dei nostri sensi, effettuare in modo valido la selezione fra chi è malato e chi no – eliminando la possibilità della simulazione e dell’inganno perpetrato dai pazienti – e appurare quale sia la verità (biologica) della malattia. Simulazione e inganno si costituiscono come residui tendenzialmente, benché asintoticamente, eliminabili mano a mano che lo sviluppo scientifico permette di portare alla luce la causa reale del fenomeno morboso (sia essa situata a livello di organo, di cellule o di cromosomi). Nell’altro caso, simulazione e inganno si interiorizzano e si generalizzano. Non sono più strategie di resistenza all’interno di un rapporto di potere mascherato da neutralità scientifica²⁴. Diventano auto-inganni. Non solo nel senso che Foucault gli attribuisce e, cioè, di ritorsione contro se stesso di ogni tradimento del contratto terapeutico perpetrato dal paziente – cosa che, per altro, non toglie nulla alla possibilità dell’analista di costruire la sua scienza (fosse anche la sola conoscenza psicoanalitica della bugia). Si può evidenziare qualcosa di più: il malato mente a se stesso e proprio per questo soffre, seppure inganna se stesso per non soffrire. Tutto ciò non riguarda solo l’avvio della psicoanalisi²⁵, ma l’attraversa tutta. Ancora si possono

²⁴ A tale riguardo, Foucault battezza le isteriche come le vere e prime militanti dell’antipsichiatria.

²⁵ Così Freud si esprime al fine di giustificare la verità della teoria psicoanalitica in funzione dei successi del trattamento e cioè ciò che Grünbaum (1988) chiama “argomento della concordanza”: “Vi ho detto che la psicoanalisi è nata come terapia, ma non è questa la ragione per cui ho inteso raccomandarla al vostro interesse, bensì per il suo contenuto di verità, per quanto essa ci insegna ciò che all’uomo sta a cuore al di sopra di ogni altra cosa – la sua

ritrovare intere le problematiche della verità della malattia e degli inganni che il paziente perpetra a sé stesso così come all'analista, nell'opera di Bion, quando si interroga su come quella che lui chiama la "cosa in sé", la verità ultima, e che indica con il segno O, possa non tanto essere colta dall'analista, ma possa emergere in una qualche realizzazione all'interno del campo psicoanalitico (Bion, 1996 [1970]). Gli effetti della deflagrazione prodottasi all'interno del rapporto di conoscenza nella Parigi di fine Ottocento, si mostrano nel tentativo dell'autore di individuare in un ascolto *senza memoria né desiderio* la posizione dell'analista (soggetto osservatore) che permette ad O di manifestarsi, poiché i suoi stessi ricordi e saperi e persino la sua volontà di curare, possono costituire un ostacolo a questa epifania (cfr. Corrente, 2009). Il che, in qualche modo, equivale a dire che, nel momento stesso in cui la funzione analitica si incarna in un operatore analitico concreto (psicoanalista) che perciò stesso desidera e ricorda (fosse pure solo con e attraverso il suo corpo), la verità ultima – O – viene tradita e distorta.

Strana mistura appare allora la psicoanalisi, strumento per far sì che il paziente scopra la verità come un fulmine, mentre lo psicoanalista la ritrova come qualcosa che è sempre stato là. La stessa scoperta diviene, per l'uno, *insight* (secondo la dizione freudiana) o cambiamento catastrofico costruttivo (per Bion) e, per l'altro, constatazione di ciò che la teoria già sapeva. Per usare i termini di Foucault, si tratta da una parte di una verità-lampo, sul modello dell'alchimia o della divinazione e, dall'altra, di una verità-cielo di tipo scientifico e frutto di constatazione e dimostrazione²⁶. Vengono così miscidiati il modello

stessa essenza – e per le connessioni che mette in luce fra le più diverse attività umane. Come terapia, è una fra le tante senza dubbio *prima inter pares*. Se fosse priva di valore terapeutico, non sarebbe stata scoperta sugli ammalati né avrebbe potuto perfezionarsi per oltre trent'anni" (Freud, 1932, p. 261)

²⁶ La verità-evento ha una natura discontinua e variabile. È mutevole in funzione della fonte da cui proviene e perciò non universale. Proprio perché non universale, non viene scoperta, ma in qualche modo si impone all'individuo. La sua natura è dunque anche traumatica: "tra questa verità-evento e colui che ne è preso, che l'afferra o che ne è colpito, il rapporto non è dell'ordine dell'oggetto al soggetto. Non è, di conseguenza, un rapporto di conoscenza; è piuttosto un rapporto di choc; è un rapporto dell'ordine del fulmine o del lampo; è un rapporto, anche,

della verità-evento come realtà mutevole, discontinua e dispersa che occorre saper cogliere al momento giusto, nel luogo giusto, prestando orecchio agli opportuni messaggeri, ed il modello della verità-costatazione determinata per mezzo di un metodo, scoperta all'interno del rapporto di conoscenza soggetto-oggetto e universale (fissa e diffusa ovunque in modo continuo). Ma affinché la verità, che è sempre là, distribuita uniformemente in ogni atto, in ogni pensiero ed in ogni parola del paziente, possa venire pronunciata occorrono tutta una serie di procedure, di manovre, di attese (cfr. Devereux, 1951). Il paziente deve essere reso pronto – ad esempio le difese devono essere scalzate – affinché la verità lo possa illuminare e gli possa appunto arrivare come un fulmine che lo sorprende e lo convince. L'interpretazione benché valida può però non essere accolta. Compito dell'analista è di individuare il momento della sua formulazione, posto che la sua stanza di lavoro è il luogo giusto. Quando individua il momento giusto allora si trasforma nel messaggero della verità che può essere accolta dal paziente. Ma se viene rifiutata, la verità non per questo diviene meno vera: rimane sempre là, valida, solo che il paziente se ne difende. La verità-fulmine si ritrasforma in verità-constatazione. Davvero ambiguo è lo statuto della stanza dell'analista (e della psicoanalisi), un po' oracolo di Delfi e un po' laboratorio sperimentale, il che alimenta tutte le oscillazioni fra comprensione e spiegazione, fra la concezione della psicoanalisi come disciplina ermeneutica oppure come scienza esplicativa e previsionale (cfr. Buzzoni, 1989), fra scoperta della verità-constatazione e apparizione della verità-evento. L'analista è così in parte scienziato ed in parte cacciatore e l'analizzato in parte oggetto passivo della scoperta altrui ed in parte iniziando e futuro cacciatore a sua volta.

Charcot ha fallito perché il sistema di prova da lui costruito non si è rivelato capace di depurare il suo oggetto di studio in modo che questo potesse testimoniare in modo affidabile dalle sue ipotesi e delle sue teorie. Quando

dell'ordine della caccia, un rapporto in tutti i casi rischioso, reversibile, bellicoso; è un rapporto di dominazione e di vittoria, un rapporto, dunque non di conoscenza, ma di potere" (Foucault, 2003, p. 237)

l'oggetto (isterica in stato di ipnosi) rispondeva con l'apparizione di un sintomo o con la sua scomparsa ai suoi comandi (la canna che toccava il corpo della donna all'altezza delle sue ovaie) ciò che si produceva non era la constatazione della verità della malattia, non rispondeva al modello stimolo-risposta (come ad esempio il segno di Babinski), ma al modello stimolo-effetto, là dove l'effetto è una fabbricazione in cui si intravedono i segni dell'azione del medico e della risposta dell'isterica. Risposta nel senso di comportamento, di azione, di postura che nel mentre si confà alla teoria del medico, le resiste strenuamente. Usando le parole di Devereux (1975), si potrebbe parlare di un caso di acculturazione antagonistica: l'isterica aderisce alla teoria del clinico – in particolare a quello che si era venuto definendo come “corpo neurologico” – a fini oppositivi e di differenziazione²⁷. L'effetto allora non indica la verità della malattia, non la manifesta in quanto risultato di un sistema di prova che permette al suo oggetto di dire ciò che è effettivamente. L'effetto contiene in sé la teoria del medico, le dà corpo, pur nella forma dell'opposizione. L'effetto è fabbricato poiché soggetto e oggetto della conoscenza non sono completamente separabili o indipendenti l'uno dall'altro, se non a posteriori

²⁷ Mentre rinviamo a Devereux (1975) per una comprensione più estesa del concetto di acculturazione antagonistica, sarà sufficiente segnalare in questa sede che l'autore con tale espressione intende indicare un processo interattivo al cui interno gli scambi sono attentamente regolati poiché implicanti il rischio di un mutamento identitario. Seppure si possa verificare un'acculturazione totale (*affiliazione*), quest'autore segnala come vi possa essere, fra culture, un contatto sterile, un prestito parziale, una cessione parziale – dovuti a resistenze messe in atto sia in rapporto al contenuto culturale ceduto o acquisito, che in rapporto alla persona o al gruppo che cede o prende in prestito – e, soprattutto, come il contatto fra culture si dia spesso nella forma dell'*acculturazione antagonista*. Questa si può presentare nelle forme dell'*isolamento difensivo* (a sua volta attuabile totalmente o parzialmente e realizzabile o per mezzo dell'abolizione del contatto sociale o attraverso la soppressione dell'item culturale oggetto dello scambio), dell'*adozione di nuovi mezzi al fine però di conseguire fini già noti* (operazione volta a rafforzare fini culturali già sussistenti con nuovi strumenti e ad attuare una sorta di mimetismo culturale come forma di resistenza all'adozione obbligatoria di fini allogeni) e dell'*acculturazione negativa dissociativa* (volta alla differenziazione del proprio gruppo da un altro, attraverso la creazione di item culturali nuovi che deliberatamente derivano o invertono le tecniche di vita di quest'ultimo).

come strategia di mistificazione del campo osservativo. L'isterica in quanto oggetto di osservazione non viene depurata, nel senso che non viene trasformata in un testimone attendibile su di sé e quindi capace di confermare o confutare un'ipotesi che la riguarda. Il problema è, appunto, se una simile depurazione sia attuabile ed a che prezzo, dato che al corpo degli esseri umani, così come alla loro psiche – qualunque cosa questo termine indichi e comunque la si concepisca – non può essere impedito di contro-osservare e, di conseguenza, di immaginare, ipotizzare, teorizzare, sperare e dubitare (Devereux, 1984; Stengers, 1996). Tutti fenomeni che non si lasciano ridurre a variabili sperimentali manipolabili. D'altra parte è sempre possibile che una teoria ed una tecnica, pur non potendo vantare (da subito o anche con un giudizio reso saggio dalla storia) un sistema di prova capace di depurare il proprio oggetto di intervento, riescano nonostante tutto a imporre come interessanti e necessari i propri artefatti, al resto della società. Gli artefatti arrivano così a costituirsi come oggetti sociali che circolano nell'ambiente come effetti ideologici che a loro volta riproducono ideologia. A questo livello essi acquistano una consistenza ed una caparbia quasi-naturale, imponendo al teorico ed al tecnico di fare i conti con i risvolti sociali del proprio agire. Questa notazione conduce direttamente a porsi il problema del rapporto fra gli oggetti ed i soggetti della conoscenza, fra gli osservati e gli osservanti.

3.3 Prime note su coloro che sono osservati e su coloro che osservano

Quando Freud definisce la psicoanalisi come metodo di indagine di dati altrimenti inattingibili (processi psichici inconsci), come strumento terapeutico basato su tale metodo e come disciplina scientifica che si costruisce sulle conoscenze in tal modo progressivamente accumulate (Freud, 1922a), la concepisce come una sorta di luogo sperimentale conchiuso e tendenzialmente autosufficiente (benché alla fine sempre ambiguo, come mostrato più sopra). In esso, momento conoscitivo e momento applicativo sono saldati

indissolubilmente ed ogni modifica del metodo, oppure ogni conoscenza acquisita all'interno della teoria ma di diversa origine (ad es., sperimentale) crea non solo possibilità di innovazioni, ma anche turbolenze non sempre riassorbibili in seno all'istituzione scientifica²⁸. Altre discipline (psichiatria) o altre forme di psicoterapia riconoscono invece un grado minore di necessità fra tecnica e teoria, potendosi dare situazioni alquanto differenti in cui quest'ultima ha un'origine affatto diversa e derivata da altre metodologie di conoscenza (ad es., il rapporto fra terapia comportamentista e teorie dell'apprendimento sviluppate in ambito sperimentale). In questi casi, il motore conoscitivo (e della scoperta) è essenzialmente collocato fuori dalla clinica (ad es., nei laboratori di ricerca), ma in ogni caso, essa non è mai puramente applicazione tecnica e la dimensione di luogo di produzione di conoscenza e di innovazione affiora costantemente. Se non altro, per il carattere costruttivo (e dunque mai esclusivamente applicativo e replicativo) anche della semplice attuazione di un pensiero categoriale (Gil, 1977).

Ma in un caso come nell'altro la funzione di contro-osservazione inficia l'idea di una conoscenza scientifica basata su un rapporto soggetto-oggetto, costituendosi come sostanza radioattiva pericolosa da cui lo psicoterapeuta, per un verso, ed il ricercatore, per l'altro, cercano di tenersi alla larga ed evitare. L'evitamento può arrivare fino al punto di creare un soggetto sperimentale – come appunto nei laboratori di psicologia – che non ha più nulla dell'essere vivente di cui dovrebbe essere testimone poiché privato per le necessità di sperimentazione di quelle proprietà e qualità proprie di quest'ultimo (Devereux, 1984; cfr. par. 4.2). Questa sostanza radioattiva troverà sempre il modo di presentificarsi come un fantasma terrifico, nelle rispettive situazioni “sperimentali” (suggestione o effetto placebo).

²⁸ Si vedano ad esempio i conflitti interni alla società psicoanalitica inglese, in conseguenza dell'introduzione dell'analisi del gioco da parte di Melanie Klein (Greenberg e Mitchell, 1986), oppure l'estromissione dai percorsi formativi dell'opera di John Bowlby basata sulle conoscenze derivanti dall'etologia e dall'osservazione sperimentale del comportamento della diade madre-bambino (cfr., Fonagy, 2002).

Il corpo pone un problema alla medicina, ostinandosi a guarire per “cattive ragioni” determinabili come tali ed eliminabili solo a posteriori e non prevedibili a priori, data la natura empirica di tale sapere (Stengers, 1996). Allo stesso modo, la psiche non è in grado di distinguere fra psicoterapia (supposta scientifica, ma quale poi fra le tante?) e terapeutiche non scientifiche (popolari religiose, magiche). Coticché, scandalosamente, le valutazioni delle psicoterapie finiscono per ascrivere la loro (relativa) efficacia a fattori aspecifici, dovendosi sempre confrontare con quel conglomerato di fattori “sbagliati” costituito dall’effetto placebo (Durlak, 1979; Grünbaum, 1988; Christensen e Jacobson, 1994; Erwin, 1996; per un’analisi delle metodologie di valutazione delle psicoterapie si veda anche Ionescu, 1998)²⁹. Da un certo punto di vista, è come se le persone in cerca di aiuto presentassero una sorta di indifferenza rispetto alle teorie ed alle tecniche utilizzate dai terapeuti e cioè a quei fattori specifici previsti e ritenuti delineare la verità della malattia e proprio per questo agiti clinicamente a fini trasformativi. D’altra parte, occorre precisare che si tratta di un’indifferenza statistica, mentre diversa è la situazione nel singolo caso che sempre richiede una teoria – diversa dal senso comune – che gli permetta di affrontare le sue difficoltà, poiché il senso comune ha già fallito. La richiesta di un aiuto professionale (al di là del professionista cui è rivolta, sia esso uno psicoterapeuta all’occidentale, un *babalawo* yoruba, un *fkih* maghrebino o un *faqir* bengalese) avviene sempre quando la constatazione “qualcosa non va in me/te” (Devereux, 2007 [1963]) non è risolvibile nell’ambito delle normali relazioni sociali e del senso comune che in esse circola – fosse pure nella forma di un suo incanalamento verso altri settori specializzati dell’organizzazione sociale (poiché quel qualcosa che non va è attribuito non all’area della salute/malattia ma, ad esempio, a quella della legalità: “non sei un pazzo ma un criminale”).

Tutte le forme terapeutiche – siano esse scientifiche che non-scientifiche – istituiscono un piano parallelo a quello del senso comune, in cui vigono

²⁹ Ancora più scandalosamente, va osservato, i primi tentativi di verificare l’efficacia delle psicoterapie documentavano anche come non-terapeuti o terapeuti scarsamente formati ottenessero risultati comparabili, se non migliori, rispetto a quelli esperti.

logiche e norme diverse a cui è attribuita la capacità di dare un senso esplicativo a quanto sperimentato dal sofferente e nel cui ambito è possibile lo svolgersi del processo trasformativo e metamorfosico della persona e cioè la cura, così come evidenziato dal versante sia dell'analisi clinica (Nathan, 1996) che antropologica (de Martino, 1995).

Il posizionarsi del paziente entro i confini della teoria di riferimento del terapeuta – nella misura in cui e proprio perché il sistema tecnico riesce a far presa su di lui – istituisce come verità eterne le entità e le potenze metafisiche che da essa si sprigionano, in un movimento di naturalizzazione che le retrodata sino al passato più remoto e le proietta in un futuro sconfinato. D'altra parte, un movimento epistemologico che guarda il sistema terapeutico dall'esterno, come prodotto di una particolare storia e dell'intersecarsi, congiungersi e disgiungersi di una pluralità di logiche, assunti, deduzioni ed induzioni, mostra la natura storicamente determinata della teoria di riferimento. Quest'ultima si configura come prospettiva osservativa frutto eccezionale di circostanze improbabili e dalle prospettive di vita sempre incerte.

Quando l'altro che si incontra proviene da un contesto culturale differente, è innanzitutto la possibilità di condividere un senso a venir messa in questione. L'introduzione del mediatore linguistico-culturale nella scena clinica rappresenta, in prima battuta, il tentativo tecnico di rendere possibile l'esplicitarsi del senso comune dell'altro come base per l'instaurazione di una possibile relazione terapeutica. Quando il mediatore valida e sostanzia le comunicazioni del paziente – con affermazioni del tipo “da noi in effetti si pensa che...”, “capita spesso che si dica che...”, ecc., – è innanzitutto la crisi del senso comune del loro mondo di provenienza che viene chiamata in causa, e la conseguente necessità di riattivare un percorso ascendente verso saperi e conoscenze tecnici ed eruditi di tali mondi (*piano metastorico* secondo la dizione demartiniana). Passando dal livello comune a quello erudito, d'altra parte, è probabile che la divergenza fra i punti di osservazione e fra i vertici conoscitivi di clinico e paziente si amplifichino sempre più. Nel corso della tesi verranno ulteriormente sviluppati gli aspetti tecnici della mediazione linguistico-culturale in ambito clinico. In questo contesto, invece, si vuole proseguire una

diversa linea di ragionamento, segnalando una tendenza che appare erronea o quantomeno pregiudizievole, senza per altro avere l'intenzione di addentrarsi nei complessi rapporti esistenti fra conoscenze del senso comune, da una parte, e conoscenze scientifiche o non-scientifiche ma comunque tecniche e/o erudite, dall'altra. Le conoscenze scientifiche si costituirebbero in opposizione a quelle del senso comune sia stabilendo una differenza nella loro rispettiva genesi (ruolo del metodo sperimentale, del laboratorio o anche della clinica intesa come "laboratorio"), che rendendo possibile una loro progressiva scomparsa (ruolo dell'educazione, della formazione e dell'informazione), venendo così il senso comune a coincidere tendenzialmente e sperabilmente con quello scientifico. Le conoscenze non-scientifiche erudite (magiche, religiose, ecc.), prodotte dai sapienti e dai tecnici dei mondi altri, al contrario, rappresenterebbero la mera prosecuzione del senso comune, riproducendo le logiche erronee ed infantili della "mente primitiva", senza alcuna mediazione tecnica e metodologica e senza alcun tipo di razionalità. Sul piano della ricerca questo potrebbe produrre il seguente paradosso: mentre le parole di un soggetto occidentale educato mostrerebbero il grado di apprendimento delle conoscenze scientifiche e della sua adesione alla realtà che ne discende, quelle di un soggetto non-occidentale proveniente da mondi tradizionali mostrerebbero allo stato puro le modalità di funzionamento della sua "mente primitiva" e non il grado di apprendimento (inculturazione) delle conoscenze non-scientifiche erudite che il suo mondo esprime (e, cioè, la misura in cui queste funzionano come contenitori delle sue esperienze). Il soggetto occidentale sarebbe allora civilizzato e adulto in quanto aderente alla realtà definita sulla base della logica della scienza (tendenzialmente cartesiana); mentre il non-occidentale infantile poiché condotto lontano dalla realtà dal suo funzionamento mentale primitivo. È questo il paradosso in cui ad esempio è caduto Freud e non solo nella sua opera più schiettamente impegnata nel confronto con l'antropologia (Freud, 1912-13), poiché l'equivalenza fra il funzionamento mentale del bambino e quello del primitivo permea tutta la sua opera³⁰. In questo modo, ad essere

³⁰ Questa critica alla posizione freudiana è evidentemente parallela a quella già formulata da Nathan (1990): istituita la nevrosi come una regressione ad una modalità infantile di

scotomizzata è la possibilità che il “primitivo” esperisca non *la realtà* distorta da una diretta estroflessione del suo mondo interno, ma *la sua realtà* così come costruita e mediata dalle logiche culturali definite ed espresse al più alto livello dai saperi non-scientifici eruditi e tecnici del suo mondo. Si tratta di considerare le teorie non-scientifiche non solo e non tanto come contenuti del pensiero (credenze), ma come contenitori del pensiero e cioè come macchine per pensare che permettono alle persone di costruire un mondo (Nathan, 1996 e 2003)³¹. È come se al cosiddetto primitivo fosse negata una dimensione teorica e conoscitiva prodotta da determinate modalità e metodi di costruzione e conoscenza del reale – benché non scientifici – e le sue costruzioni intellettuali

funzionamento mentale e definita l'equivalenza fra mente infantile e mente del primitivo, non si capisce più, afferma l'autore, a quale stadio dovrebbe regredire un nevrotico primitivo adulto.

³¹ Da questo punto di vista, sembra maggiormente proficuo adottare il termine “senso comune” secondo la prospettiva sviluppata da Geertz (1988): non ciò che sarebbe auto-evidente a tutti gli uomini dotati di buon senso e di senso pratico, non la capacità o la possibilità del mondo di presentarsi per quel che semplicemente è; ma un sistema culturale, un modo di pensare comune, organizzato anche se non sistematizzato, ponderato e frutto di una storia, che rende il mondo quotidiano, naturale e comprensibile. Il pensiero basato sul senso comune si avvale di una rete di concetti pratici e morali da cui derivano i comportamenti delle persone, i loro modi di fare, i giudizi, le attribuzioni causali, le reazioni emotive e quant'altro e che si possono osservare di fronte alle anomalie che il mondo presenta: un vaso di terracotta che si rompe nonostante tutte le cure e precauzioni, un incidente che provoca una ferita che si infetta nonostante l'attenzione e le cure, un essere umano che sfugge alla distinzione netta fra maschio e femmina. In questo senso, l'autore sottolinea come anche la stregoneria, prima di sottendere speculazioni metafisiche sul mondo, si presenta come uno degli assunti (insieme ad altri del tipo “la pioggia bagna”) che permettono non tanto di cogliere le sottigliezze trascendentali e nascoste della e nella realtà, ma propriamente di confermare il mondo per come esso è, di renderlo sicuro nonostante gli “sbandamenti” della sua consistenza. Nonostante le variazioni cui il senso comune è soggetto dal punto di vista del contenuto, è possibile individuare, secondo Geertz, una serie di “tonalità” che possono caratterizzare ubiquitariamente il suo modo di procedere “totalitario” e omnicomprensivo, così come lo stato d'animo che produce: la “naturalità”, la “praticità”, la “leggerezza” (o “letteralità”), la “mancanza di metodicità” e la “accessibilità”. Sono tutte queste semiqualità del pensiero proprio del senso comune a far sì che le cose e gli eventi del mondo acquisiscano un loro peculiare carattere, una loro impronta, invece di definirne loro stessi quale dovrebbe essere il modo con cui il senso comune dovrebbe accoglierli.

fossero mera produzione di credenze soggettive che niente hanno a che fare con la *loro* realtà. Di conseguenza, la cultura diviene, esclusivamente e unilateralmente, una estroflessione del mondo interno per proiezione deformante o per sublimazione (Freud, 1912-13; Róheim, 1972 [1943])³² e le costruzioni intellettuali dell'altro corrono sempre il rischio di oscillare fra l'esaltazione riservata ai saperi distillati da un saggio e la degradazione a produzioni immaginarie di una mente folle, come successo ad esempio alle conoscenze dogon descritte da Ogotemmel a Marcel Griaule (1996 [1948]). I saperi prodotti negli altri mondi culturali vengono così squalificati in radice, obliterando a priori la possibilità di comprendere la realtà che essi fabbricano (de Martino, 2007 [1948]; Descola, 2005).

Ciò non significa che *un primitivo*, o *un moderno*, non possano avere idee sciocche, stolte, errate o anche immature, infantili e distorte da processi difensivi. Ma che tale valutazione debba primariamente, se non altro, essere fatta raffrontandole al sistema di pensiero e agli istituti culturali del mondo al cui interno è avvenuta la rispettiva inculturazione e non a partire da una definizione etnocentrica di realtà e di maturità. Dal punto di vista analitico, è necessario infatti distinguere i singoli individui (*un individuo x*) dai sistemi di pensiero e dagli istituti culturali di un gruppo umano. È improprio valutare questi ultimi come se si trattasse di singoli individui o come se derivassero da una psiche collettiva isomorfa a quella individuale, applicano logiche, concetti e categorie pertinenti al livello individuale.

³² Così ad esempio Róheim prospetta la comprensione della magia: "Le forme fondamentali, o originali, della magia hanno le stesse radici della fantasia schizofrenica, ma esse non sono identiche. La magia è l'atteggiamento contro-fobico, il trapasso dalla passività all'attività, e in quanto tale essa è probabilmente l'elemento fondamentale del pensiero e la fase iniziale di ogni attività. La magia schizofrenica, invece, è puramente 'magia dell'immaginazione', e non seguita da azione pratica... L'azione pratica non segue il bisogno e il desiderio perché l'lo schizofrenico è molto debole o completamente assente, e si osserva semplicemente una serie di tentativi infruttuosi di riparazione" (Róheim, 1973 [1955], p. 13). E cioè, si ha sempre, in un caso e nell'altro, a che fare con i processi di investimento e ritiro libidici dall'oggetto, benché nel caso della magia l'lo sia in qualche modo più forte e quindi capace di attuare un salto dalla passività all'attività ed agire controfobicamente nell'ambiente e sull'ambiente frustrante.

Fra conoscenze comuni e conoscenze tecniche esistono, ovunque, continuità generali (di logica e di *ethos*) e discontinuità specifiche che derivano appunto da una specializzazione tecnica dei detentori del sapere, la quale avviene sempre tramite un qualche tipo di apprendimento e di mediazione (sia pure un apprendimento onirico per mezzo del quale si presentano potenze mitiche e invisibili che rivelano le modalità di guarigione di una nuova patologia). Così ad esempio, fra gli indiani Mohave, il termine *Hi:walyk ymomk hi:m* (traducibile come “un-po’-folle-nel-suo-cuore”) sarà usato dai profani per indicare genericamente i disturbi emotivi o nevrotici meno gravi (Devereux, 1996 [1961]). Questo perché il cuore (*hi:wa*) costituisce il nucleo affettivo e coscienziale della persona, andando così a rappresentare anche la componente emotiva delle malattie psichiatriche. Tuttavia, lo sciamano potrà utilizzare dei riferimenti al cuore o comunque a dei sintomi “cardiaci” per descrivere tecnicamente degli stati psicopatologici che non vengono normalmente considerati come facenti parte del gruppo nosografico tradizionale *hi:wa* (configurate da Devereux come nevrosi del “cuore”, a prevalente caratterizzazione psicosomatica).

Il problema potrebbe essere non tanto quello di come eliminare lo scarto fra conoscenze comuni e conoscenze erudite scientifiche o meno (tramite la divulgazione), quanto quello di mantenerlo e riprodurlo (tramite la scoperta e l’innovazione) e quello relativo alle modalità attraverso cui tale riproduzione è attuata. In particolare, per quanto riguarda i saperi sull’umano, si tratterebbe di apprendere i propri “oggetti” di conoscenza (gli esseri umani) non come se fossero oggetti passivi di conoscenza. Si può infatti collocare la peculiarità di tali conoscenze non tanto o non solo nel fatto che il soggetto della conoscenza è implicato nel suo oggetto (il soggetto conoscente sarebbe, di volta in volta, un “soggetto di linguaggio”, un “soggetto di pensiero”, ecc., quando studia il linguaggio, il pensiero, ecc. e ciò renderebbe complicata la distinzione soggetto/oggetto). Ma nel fatto che l’oggetto della conoscenza è implicato dalla teoria del soggetto conoscente: si rapporta e “reagisce” ad essa in modo intenzionale, aderendovi, resistendovi, opponendo ad essa altre teorie, ecc.

L'oggetto delle scienze dell'uomo non è indifferente al soggetto conoscente ed alla sua teoria, come un composto chimico. Non oppone una resistenza per indifferenza, cioè per autoreferenzialità e autonomia delle proprie leggi di funzionamento, per cui si tratterebbe esclusivamente di determinare il metodo giusto affinché tali leggi vengano estratte. La sua resistenza è comunque "interessata" e la giustezza del metodo deriva prima di tutto dal rispetto delle qualità specifiche dell'oggetto (capacità di contro-osservazione).

Sottolineare la necessità di un mantenimento della differenza fra conoscenze comuni ed erudite, non implica allora fissare uno scarto di sapere che possa preservare un parallelo scarto di potere sociale e politico a vantaggio di una determinata casta "sacerdotale". La questione è quella di costituire e ricostituire costantemente una risorsa tecnica, in senso ad ogni gruppo umano, in grado di dispiegare un sovrappiù di sapere/potere capace, potenzialmente, di agire sul disordine (malattia) che si presenta inevitabilmente come residuo di qualsiasi processo di ordinamento sociale; disordine non risolvibile all'interno dei processi sociali profani e laici. Altra cosa è, caso mai, la collocazione di questo sovrappiù di sapere/potere nell'ambito della democrazia ed il rapporto che i suoi detentori decidono di intrattenere con gli individui ed i gruppi profani e laici che iniziano ad interessarsi degli "oggetti" del loro sapere/potere e della definizione che danno di se stessi (Stengers, 1997). Interesse derivato dal fatto che questi oggetti e queste definizioni li riguardano direttamente.

L'autrice pone innanzi due principali questioni. In primo luogo, quello di una culturalizzazione – se si passa il termine – del sapere scientifico che non si limiti ad interessare i detentori del potere politico o economico, ma i cittadini tutti, rendendo pertinenti per questi ultimi le scoperte scientifiche: "Contestare l'immagine che le scienze danno di se stesse. Esigere che la questione della prova non faccia dimenticare quella della pertinenza. Osare affermare che, se un risultato scientifico si pretende interessante o pertinente per altri che non siano gli scienziati, deve per definizione interdarsi l'appello all'autorità della prova, che ha per correlato l'incompetenza dei non-scienziati, e deve trovare i mezzi per interessare attivamente questi altri, cioè per creare con loro un legame che possa essere discusso, negoziato, valutato. Questi sono i giochi

minimi di una messa in cultura di un sapere scientifico che non diventi strumento di potere, differenziando quelli che si tratta di interessare da quelli a cui si chiede sottomissione, fiducia cieca, fascinazione per il progresso e la verità” (Stengers, 1997, p. 114). In secondo luogo, quella di collocare in una posizione di co-esperti gli “oggetti” delle scienze dell’uomo, evitandone la riduzione e la sottomissione alle definizioni che di loro ne danno i detentori del sapere/potere: “... le esigenze della democrazia non sono solo elemento necessario dell’affidabilità dei saperi scientifici, ma intervengono al livello della loro stessa possibilità. Nessun sapere degno di questo nome può costruirsi a proposito degli umani (in quanto questi pensano e agiscono) se sono assenti i gruppi reali di cui questo sapere necessiterebbe l’esistenza, gruppi abilitanti i loro membri a costruire, a proposito delle loro pratiche, un punto di vista, delle obbligazioni e delle esigenze” (Stengers, 1997, p. 115-16).

Le notazioni sono pertinenti e interessanti sia per l’etnopsichiatria, che per una strategia di salute mentale di comunità che sappia includerla e arricchirsene (cfr. cap. 1). L’autrice richiama lo scienziato (e il clinico) a soddisfare due diverse esigenze. In primo luogo, quella di non differenziare fra chi è necessario interessare al proprio sapere (essenzialmente politici e finanziatori) e chi è sufficiente “assoggettare” a questo stesso sapere – o anche solo affascinare. La relazione con quest’ultima categoria di interlocutori sarebbe infatti limitata ad un’asserzione unilaterale della verità stabilita dalla scienza, riservando lo sforzo negoziatore e diplomatico alla prima. Proprio perché, come più sopra evidenziato, le pratiche teoriche e tecniche riversano sempre i propri “oggetti” nel campo sociale (indipendentemente dal loro grado di artificiosità), tutti dovrebbero essere posti nella condizione di poter partecipare alla decisione se quegli oggetti sono effettivamente pertinenti e interessanti per loro (e non solo chi detiene il potere politico o economico). In secondo luogo, viene richiamata l’esigenza di non isolare e rendere inerte l’oggetto (umano) della conoscenza, ma di riconoscerlo sempre come rappresentante e mandatario di un gruppo sociale reale che esprime un punto

di vista (tendenzialmente condiviso) sulle pratiche che lo contraddistinguono e sui processi che lo riguardano.

Entrambe le esigenze si costituiscono come antidoti al rischio, sempre presente, dell'inveramento della clinica come luogo di una dichiarazione unilaterale della verità sulla malattia mentale e dunque come pratica ideologica che richiede fascinazione e adesione cieca, col risultato di cancellare il punto di vista del paziente (e di conseguenza i "saperi assoggettati" in cui questo si iscrive). Esse inoltre sono in grado di ingenerare un testa a testa sempre incerto fra la teoria del clinico e le realtà cliniche incontrate. La teoria può normalmente trovarsi in vantaggio, ma corre il rischio di vedersi superata da una realtà clinica che ne richiede e contiene in potenza un'altra alternativa che la trascende. L'applicazione del principio di pertinenza muove il paziente dal senso comune verso la teoria del clinico. Ma l'obbligo di comprendere il punto di vista del paziente (e del mondo dal quale proviene) spinge il clinico verso l'innovazione della propria teoria (generale o particolare, cioè relativa al paziente). I pazienti, infatti, sono esploratori ritrovatisi, volontariamente o meno, ad abitare contesti ed a vivere esperienze "ai confini della realtà": il terrifico e l'orrifico umano, l'assurdo, il sacro, l'impuro... (cfr. cap. 7). Sono attraversatori – incauti o ignari – dei confini posti a guardia di un ordine culturale (Douglas, 1996 [1975]). Possono essersi inoltrati in territori non ancora mappati (*hic sunt leones*). Chi arriva prima a trarre un frutto teorico, per quanto amaro, dalla frequentazione dei territori dell'assurdo? Il clinico o il malato?³³

³³ Freud invoca la testimonianza di un amico competente, per assicurare che ha elaborato la sua teoria degli investimenti libidici "... prima che [gli]... fosse noto il contenuto del libro di Schreber [cfr. Schreber, 1975 [1904]]" (Freud, 1910, p. 403). Nathan può affermare: "Credo... che buona parte delle teorie psicoanalitiche siano state scoperte dai pazienti – vedi la *talking cure* o il *chimney sweeping* [spazzare il camino] di Anna O. (poi sfruttati dagli esperti) – quando addirittura non sono state francamente saccheggiate dall'immenso tesoro delle 'etiologie tradizionali', come l'interpretazione dei sogni, le terapie familiari, l'utilizzazione del paradosso ecc." (Nathan, 1996b, p. 27). Questa affermazione di Nathan specifica alcuni rapidi commenti di Devereux (cfr., 1984 [1967]), il quale per altro segnala come "Le razionalizzazioni dei nevrotici, le fantasie degli psicotici, le divagazioni dei miti, delle teologie e delle metafisiche, ecc... non contengono in genere nuove idee sulla natura dell'uomo, o nuovi metodi per lo studio del comportamento – in forma immediatamente utilizzabile. Essi contengono oscure intuizioni su

Affermare la necessità di uno scarto fra senso comune e teoria del clinico non significa decretare quella dell'ignoranza in cui i pazienti dovrebbero essere mantenuti (e come si potrebbe fare del resto?). Al contrario implica l'obbligo per il clinico alla perenne ricerca, al continuo tentativo di mappare i territori vergini che la storia continuamente produce. In questo senso Wundt (2006 [1916]) aveva sicuramente ragione a sottolineare come i processi storici (migrazioni, guerre, scambi commerciali e intellettuali, ecc.) spingano l'uomo a fuoriuscire da sé e dalle proprie nicchie ecologiche e culturali, aprendosi all'avventura della metamorfosi individuale e collettiva e affrontando di conseguenza il rischio di imbattersi in territori scarsamente conosciuti se non totalmente oscuri.

Tutto ciò è solo reso più evidente dalla clinica transculturale. È merito di Riso e Böker (2000 [1964]) averlo segnalato già molti anni addietro rispetto ai migranti meridionali italiani consegnati, nei presidi asilari svizzeri, ad un incasellamento diagnostico variegato e incoerente nel momento della dichiarazione di un influenzamento patito (*fattura*; cfr. par. 2.2). L'atto diagnostico – sordo al pensiero complesso, razionale e condiviso contenuto ed espresso dal sintomo – si tramuta in atto di imperio che isola il paziente dal suo mondo, consegnandolo ad una deriva solitaria in cui risulta difficile prevedere gli sviluppi del vissuto di influenzamento inaugurale.

In casi simili, si è obbligati a riconoscere che, là dove stanno i leoni, abitano anche degli umani i quali ben conoscono quel territorio, avendo attrezzato sistemi di protezione capaci di fronteggiare la minaccia di un perdersi dei singoli. Questa situazione cioè mostra il caso prototipico in cui i clinici occidentali incontrano sul loro cammino fenomenologie morbose che si strutturano secondo quanto previsto dalle culture di origine dei pazienti: *Culture-Bound Syndrome* o disturbi etnici (secondo la classificazione devereuxiana; cfr. par. 2.2). In questa situazione prototipica si ritrovano nella clinica tutte le

nuovi problemi e nuove soluzioni, e siccome nulla è più difficile che costruire nuove prospettive scientifiche, possiamo risparmiarci molti sforzi cercando nelle fantasie e nelle credenze non scientifiche le indicazioni per nuovi punti di vista sul comportamento, e nuovi modi di interpretare lo spirito umano..." (Devereux, 1984 [1967], p. 226).

problematiche mostrate nel capitolo precedente a proposito della metodologia comparativa. Il rischio di metaforizzare e simbolizzare ciò che è iscritto in altri universi di discorso, i quali ripartiscono il mondo (umano e non-umano) in modi affatto eterogenei. Quello di un'annessione incauta e irrisolvente di configurazioni del patire estranee alle proprie logiche, che proprio per tale ragione finiscono spesso per essere riconosciute come non pienamente conformi e ascritte di conseguenza ad una delle tante possibilità dell'atipico (psicosi atipiche, depressioni atipiche, ecc.).

Tuttavia la dislocazione migratoria non solo conduce un'alterità nel contesto adottivo, ma innesca anche la possibilità di una deriva rispetto ad un contesto di origine, a sua volta mai immoto. Si riconoscono così diverse possibilità cui vanno incontro i divenire sofferenti dei migranti (Inglese, Gualtieri, Bonifati, 2009). Gli autori riconoscono come la metamorfosi vissuta e le pressioni acculturative generali e specifiche esercitate dal contesto adottivo possano finire per attingere, in modo più o meno completo, l'essenza stessa della persona che finisce così per presentare qualità e forme patiche atipiche rispetto al contesto adottivo e rispetto a quello di provenienza, oppure pienamente riconoscibili dal primo e ormai totalmente estranee al secondo. L'adesione finale a quanto previsto dalla nosologia dei contesti di accoglienza deve comunque essere sempre valutata. Essa infatti, secondo gli autori, può mostrare gli effetti autentici di un processo acculturativo compiutamente attraversato. Può però anche risultare da una strategia difensiva di un nucleo identitario e di connessioni profonde con il proprio mondo originario, mantenuti inaccessibili attraverso l'adozione di una maschera patologica³⁴.

³⁴ Il paziente migrante non costituisce di per sé un elemento inassimilabile – proprio perché altro – dai sistemi tecnici di cura che un servizio è in grado attivare e nemmeno la sua patologia, di per sé, si costituisce come tale, per quanto fenomenologicamente esotica o bizzarra essa possa apparire. Di fatto, i pazienti e le fenomenologie morbose che essi esprimono sono sempre, in linea di principio, “assimilabili”, sia nel senso di una loro intelligibilità a partire da un qualche principio descrittivo o interpretativo, sia di trasformazione antropologica (affiliazione). L'assimilazione, cioè, non avviene solo in un senso “debole” (es. costruzione di manuali diagnostici ritenuti capaci di includere le più svariate variazioni sindromiche che si manifestano ai quattro lati del pianeta), ma anche in un senso “forte”: “... abbiamo pubblicato delle

Le notazioni degli autori permettono due ulteriori considerazioni. L'etnopsichiatria generale aveva previsto la possibilità di configurazioni atipiche della sofferenza (disturbi idiosincrasici), in conseguenza di traumi altrettanto atipici e comunque tali da non aver comportato un processo di elaborazione culturale capace di fornire al singolo le modalità appropriate di ammalarsi. Questa situazione comporterebbe un obbligo alla "autonomia" costruttiva del soggetto rispetto al processo psicopatologico. L'enigma psicopatologico sarebbe così risolvibile esclusivamente nel quadro di riferimento psicologico della persona. Gli strumenti psicologici risulterebbero necessari e sufficienti a rendere conto del fenomeno osservato. La presa in considerazione degli effetti prodotti dalla migrazione necessita una complessificazione del rapporto tra atipicità psicopatologica, trauma e cultura. La prima infatti potrebbe dipendere non da un'atipicità del trauma patito, ma dalla perdita o dall'interruzione delle connessioni con i contenitori culturali richiesti. Oppure, l'atipicità potrebbe dipendere dagli effetti metamorfosici dei processi acculturativi sulla strutturazione personologica. La disconnessione con i contenitori culturali

osservazioni di episodi acuti nelle donne antillesi a Londra che richiama la 'follia mentale' (*mind madness*) descritta localmente in Giamaica e che si avvicinava anche alla *bouffée* delirante dei francesi delle Antille. Le malate erano delle operaie nere isolate nella società britannica, con bambini piccoli a carico e che erano emigrate dopo i 15 anni di età. In seguito ad un evento traumatico relativo all'alloggio, al lavoro o al razzismo latente, hanno presentato una reazione psicotica di breve durata caratterizzata da cambiamenti rapidi del quadro clinico e da idee deliranti di persecuzione ad opera dei vicini... Uno studio posteriore ha mostrato che una malata era evoluta verso una schizofrenia e che un'altra aveva presentato un accesso maniacale, ma le altre sono state ospedalizzate a più riprese con un quadro di sentimenti di colpa e disperazione, culminanti in tentativi di suicidio con farmaci. A ogni ospedalizzazione, a volte nel corso di un'unica ospedalizzazione, i sintomi somigliavano sempre di più alla depressione classica" (Littlewood, 1984-1985, pp. 10-11). Da questo punto di vista, le discipline della psiche si dimostrano sistemi tecnici altamente efficienti, anche se efficaci in modo altalenante. L'osservazione dell'autore converge, in parte, con l'ipotesi avanzata da Inglese, Gualtieri e Bonifati (2009), tendendo tuttavia a far ricadere il dato (la mutazione in forme depressive classiche di episodi psicopatologici originariamente configurati secondo forme "tradizionali") sull'oggetto osservato (le donne immigrate). Se ne perde in tal modo l'elemento interattivo rappresentato dalla possibilità che la forma patologica rappresenti una maschera adottata dalle pazienti all'interno dei rapporti con il sistema di cura.

avverrebbe allora dal lato del soggetto la cui trasformazione renderebbe inoperative e silenti le risorse tecniche dei mondi di origine. In entrambi i casi si genererebbero processi caotici a livello della psicopatologia individuale, richiedenti tuttavia strategie operative differenti. Nel primo caso, infatti le risorse tecniche dei contesti di provenienza così come le leve terapeutiche culturali che esse mettono a disposizione rimarrebbero ri-attivabili, almeno in potenza. Nel secondo, invece, sarebbe necessario fornire all'individuo nuovi contenitori (e nuove teorie) attraverso cui dar senso all'esperienza patologica ed affrontarla.

La clinica non si limita a registrare gli effetti e le conseguenze dei processi acculturativi. Vi partecipa, come ulteriore fattore acculturativo specifico, attraverso una relazione che riveste sempre un'importanza vitale per almeno uno dei partecipanti. Il clinico può, in altri termini, conservare un atteggiamento di neutralità rispetto ai contenuti espressi o ai processi messi in atto dal paziente. D'altra parte, difficilmente la sua può essere definita una posizione neutrale rispetto al divenire del paziente e dunque anche rispetto ai gruppi cui questo partecipa. Egli infatti esercita sempre una pressione acculturativa intensiva e selettiva, in misura proporzionale alla sua efficacia ed alla pertinenza che la sua teoria acquista per il paziente. Questo è tanto più vero nella misura in cui la guarigione si costituisce sempre come il momento prototipico della conversione.

3.4. Influenzamento tecnico

È possibile a questo punto ritornare alla domanda iniziale presa a prestito da Foucault ed alla risposta individuata nel pensiero nathaniano. Si è subito osservato come la connessione fra le due non fosse immediata, ma necessitasse al contrario di un percorso esplicativo. In effetti, se può essere vero che una domanda è buona quando contiene in sé le tracce per costruire la risposta, è altrettanto vero che una buona risposta implica sempre un certo grado di riformulazione dell'interrogativo di partenza.

Quando Foucault pone la domanda, ciò che lo interessa si connette ai tentativi, sviluppatosi in quegli anni in Italia, Francia e Inghilterra, di elaborare proposte in grado di rimettere in discussione i rapporti di potere fra psichiatra e folle, così come le relazioni intercorrenti fra psichiatria, follia e organizzazione socio-politica. La sua riflessione si pone in una relazione di interlocuzione con i movimenti più o meno opportunamente ascritti all'antipsichiatria (cfr. Cardamone, Zorzetto, 2000), in cui si riconosce il tentativo di de-medicalizzare la follia come risposta agli effetti prodotti dalla sua de-psichiatrizzazione. Il vertice filosofico dialoga con tali movimenti, segnalando la necessità di fondare l'impresa de-medicalizzante su una ricostruzione in due movimenti della storia della psichiatria e della storia della follia. Il primo movimento attiene alla riconduzione del procedere psichiatrico come scienza della verità dimostrata all'insieme variegato e composito di rituali e strategie in cui si riconosce un'idea affatto diversa di verità (*archeologia del sapere*). Da questo punto di vista, il problema si pone come individuazione dei rapporti fra metodologie e tecniche appropriate che permettono la riproducibilità infinita del momento apofantico di scoperta e affermazione della verità continua e uniforme, e rituali e strategie adeguati per una produzione mai scontata di una verità evenemenziale, dispersa, frastagliata e mutevole. L'archeologia del sapere psichiatrico mostra le derivazioni delle une dagli altri, le sovrapposizioni oltre che le divergenze fra un tipo di verità e l'altro, le tracce di modalità di produzione della verità-evento che nella psichiatria di fine Ottocento e nei suoi sviluppi post-charcotiani si possono ancora individuare.

Il secondo movimento riguarda invece la ricostruzione del piano di sviluppo attraverso cui la verità-dimostrazione è arrivata ad saturare la scena sociale, ad instaurare un rapporto di dominazione con quelle altre forme di produzione della verità-evento che si rifanno alla caccia (*genealogia della conoscenza*).

Movimento archeologico e movimento genealogico permettono di individuare la psichiatria (così come la psicoanalisi o la psicologia) come uno dei saperi disciplinari che partecipa ad un processo complessivo di ridisegno del mondo culminante in una natura, una cultura ed una soggettività finalmente

moderne. La psichiatria vi contribuisce sostenendo, attraverso i suoi dispositivi più virtuosamente orientati alla scoperta della verità della follia (interrogatorio ed anamnesi, utilizzo di droghe, ecc.), il processo di individualizzazione delle persone e di costituzione della loro interiorità – declinazione locale, ma universalizzata per via disciplinare, di un principio vitale generale e aspecifico (psiche, anima, soffio vitale...). Il momento dell'azione terapeutico-assistenziale si presenta allora come l'applicazione di una sapere che, estratto dall'oggetto all'interno del rapporto di conoscenza, determina la progressiva nascita della soggettività da esso auspicata e prefigurata. Il soggetto universale della conoscenza psichiatrica costituitosi in rapporto all'idea universale di verità (della follia) arriva a sua volta a costituire un oggetto umano universale. Il triangolo universalista oggetto-soggetto-verità permette di saturare il campo sociale e di marginalizzare in esso le altre forme di conoscenza e, ancor più, di intervento terapeutico (saperi assoggettati).

È interessante notare cosa richiederebbe per Foucault la fuoriuscita da questo triangolo universalista della psichiatria attraverso una via di fuga de-medicalizzante: “Questa demedicalizzazione non implica solamente una riorganizzazione dell'istituzione psichiatrica; si tratta senza dubbio anche di qualcosa di più di un semplice taglio epistemologico; forse più ancora che di una rivoluzione politica, è in termini di *rottura etnologica* che bisognerebbe porre la questione. Semplicemente, forse non è né il nostro sistema economico e neanche la nostra forma attuale di razionalismo, bensì tutta la nostra immensa razionalità sociale nel modo in cui si è ordita storicamente a partire dai Greci; è forse a questa che ripugna validare, nel cuore stesso della nostra società, un'esperienza della follia che sarebbe prova di verità senza controllo del potere medico” (Foucault, dattiloscritto, 1982³⁵, cit. in Lagrange, 2003, p. 367-368; corsivo nostro). Nel mentre riconosce la valenza della psicoterapia istituzionale francese, dell'antipsichiatria inglese e della psichiatria democratica italiana, ne segnala anche i rispettivi limiti e soprattutto indica la possibilità di un

³⁵ Si tratta del dattiloscritto di un'intervista rilasciata da Foucault a Stephen Riggins ed intitolata “Histoire de la folie et antipsychiatrie” (*DE*, IV, n. 266, giugno 1982, pp. 536-537).

loro possibile oltrepassamento attraverso una “rottura etnologica” con la psichiatria.

Questa indicazione foucaultiana permette di riconnettersi al discorso sviluppato nel capitolo precedente. La problematica etnologica come si è visto permea la nascita di psichiatria, psicoanalisi e psicologia. Agli inizi, la pluralità di culture si è posta come vasto territorio da conquistare ed annettere e dove si è misurata la capacità di generalizzazione e di estensione del raggio d'azione delle conoscenze di tali discipline e degli oggetti teorici da esse elaborati. Edipo ovunque, ospedali psichiatrici dappertutto e la verità della psiche e della nosologia psichiatrica equamente e uniformemente distribuita sul pianeta. Prima della rottura etnologica come forma di de-medicalizzazione della follia, si ritrova la continuità etnologica della sua psichiatrizzazione.

Tuttavia tale continuità finisce per accumulare contraddizioni e irrisolvenze. La necessità di ricorrere ad ipotesi aggiuntive, che compendiano i limiti esplicativi dell'istanza di volta in volta assolutizzata (psiche, natura, cultura), minano il tentativo espansionistico. Gli studi antropologici con sempre maggior forza arrivano ad affermare la razionalità dei sistemi terapeutici altri (de Martino, 2007 [1948]; De Heusch, 1971), a mostrare la finezza e la complessità delle nosologie tradizionali (Devereux, 1996 [1961]; Zempléni, 1968), a mettere in evidenza le logiche delle azioni terapeutiche in concreti processi di cura (Turner, 1974 [1964]; Favret-Saada, 1977). Dall'interno delle discipline della psiche, si avvia un percorso che porta a riconoscere l'utilità e la necessità dell'interazione e della collaborazione professionale con le figure terapeutiche tradizionali (Collomb, 1966) e la possibilità e l'utilità di prevedere l'utilizzo di “leve culturali” nell'ambito dei processi psicoterapeutici (Devereux, 1998 [1951]).

Lo scenario complessivo sinteticamente delineato – e ovviamente non saturato dagli autori appena richiamati – si caratterizza per un mutamento radicale dell'apprensione dei saperi e delle tecniche elaborate all'interno di contesti culturali estranei all'idea di verità così come concepita dalla scienza. Al suo interno si può riconoscere una linea che dall'incontro di Georges Devereux con i Mohave stanziati lungo il fiume Colorado, nel 1934, giunge fino

all'elaborazione dell'etnopsichiatria clinica ad opera di Tobie Nathan, sulla base della clinica con i migranti approdati nella capitale francese.

Questa linea di sviluppo sarà l'oggetto del prossimo capitolo, in cui si cercheranno di delineare le caratteristiche epistemologiche dell'etnopsichiatria generale e clinica. A conclusione di questo capitolo, è invece necessario discutere le implicazioni delle affermazioni nathaniane poste come risposta all'interrogativo foucaultiano e spiegare perché si tratti, dal nostro punto di vista, di una rottura della continuità etnologica caratterizzante l'impresa espansionistica di psichiatria, psicoanalisi e psicologia, votata alla produzione di un paesaggio e di una natura uniformi e di un soggetto uniformato.

Se l'isterica della Salpêtrière mostrava non la sua isteria ma quella di Charcot (della sua teoria), si potrebbe allora ipotizzare che la sua vera natura si possa ritrovare in Freud. Finalmente il campo sarebbe depurato e si potrebbe avanzare una parola di verità sull'oggetto. Poi, progressivamente, l'isteria sembra scomparire (cfr. Shorter, 1993). Al suo posto molte cose appaiono (sindromi da stanchezza cronica, disturbi d'ansia e attacchi di panico, sindromi di Münchhausen, ecc.). In fondo all'isteria la simulazione più o meno involontaria, il travestimento, l'impersonazione, la manipolazione dell'altro... in ogni caso, si parla dell'oggetto, perché se ne può dare una descrizione, appunto, oggettiva. Il problema è che queste metamorfosi dell'isteria sono parallele alle metamorfosi delle macchine cliniche al cui interno il fenomeno morboso è inserito. L'attraversamento dei rapporti fra cultura e psicopatologia ha mostrato lo stesso processo coevolutivo, di cui le CBS rappresentano la quintessenza. La loro inclusione marginalizzante in un'appendice del manuale diagnostico americano (A.P.A., 2000) non attenua la forza del messaggio da esse veicolato. L'esistenza di complessi sistemi nosologici nelle altre culture non testimonia della diversa natura (biologica, psicologica o culturale) degli individui che vi appartengono. Indica che loro, allo stesso modo di come lo siamo noi, sono inseriti in un mondo che costruisce gli esseri umani in modi specifici e che, in tal modo, costruisce la loro psicopatologia. Si può riconoscere, d'altra parte, come questi esseri umani prodotti dal loro mondo, retroagiscano su quest'ultimo sia garantendone l'equilibrio, sia producendo al

suo interno tensioni che richiedono trasformazioni adattive variamente descrivibili (Von Foerster, 1987; Bateson, 1976). Il mondo così delineato si può definire come un sistema auto-organizzatore i cui sotto-sistemi umani possono provocare squilibri endogeni che richiedono adattamenti locali fra relazioni di sotto-sistemi, dinamiche di differenziazione fra sotto-sistemi e sistema oppure una riorganizzazione complessiva di quest'ultimo (Ceruti, 2006). Senza che, per altro, si possa escludere l'incapacità del sistema di mantenere una sua chiusura organizzativa. Le CBS indicano come vi sia coevoluzione malattia-mondo e, ancora più specificatamente, malattia-dispositivo di cura. I dispositivi di cura sono il luogo di ricezione della costruzione generale e aspecifica dei processi morbosi (cfr. par. 2.3). Su queste costruzioni generali essi agiscono in primo luogo nel senso della loro certificazione, validazione e costruzione tecnica e in questo senso ne riproducono il modello a livello del corpo sociale (indipendentemente dalla efficacia che dimostrano nei suoi confronti). In secondo luogo agiscono sul fenomeno patologico nel senso di un suo possibile superamento. Non c'è solo costruzione culturale della realtà clinica, ma anche costruzione clinica (tecnica) della realtà (Taussig, 1980). I sistemi terapeutici restituiscono i loro prodotti al mondo, tanto quanto ricevono i prodotti di questo. Ma non si tratta di uno scambio neutro, né a somma zero. Vi è sempre uno scarto fra ciò che ricevono e ciò che restituiscono. Sia perché anche la semplice certificazione di una condizione morbosa ha effetti sul mondo. Sia perché nell'interazione clinica si apre sempre la possibilità di una mutazione del paziente e/o del sistema clinico³⁶.

³⁶ Un'interazione che non è mai replica esatta di se stessa e che offre la possibilità di cambiamenti e trasformazioni in entrambi gli attori che la costituiscono. Esiste sempre una possibilità di scarto nell'interazione, di slittamento e di radicale trasformazione: ciò che permette e determina l'innovazione. I sistemi tradizionali di cura, in larga parte votati ad un vincolo di pubblicità, danno la possibilità di ricostruire anche dall'esterno la storia dell'emersione di nuovi oggetti teorici, permettendo di metterne in evidenza la comparsa in connessione, ad esempio, con le vicissitudini storiche cui sono sottoposti i loro gruppi sociali di riferimento. Questi oggetti teorici possono diventare, nei sistemi a possessione, gli strumenti di una memoria culturale incorporata attraverso cui si effettua l'elaborazione di traumi collettivi e contemporaneamente si manifesta una strategia di opposizione agli agenti che li hanno perpetrati (cfr. Stoller, 1994).

Le CBS non sono più naturali delle entità nosografiche della psichiatria, né lo sono meno. Partecipano della stessa natura costruita, sebbene secondo altre modalità, intenzioni e piani di scorrimento, e proprio per questo sono importanti. Costituiscono un limite all'espansione psichiatrica, alla sua continuità etnologica, poiché rappresentano l'esistenza di altre continuità etnologiche prese in movimenti di espansione o di contrazione, di lotta, resistenza o resa, in funzione dei rapporti egemonici fra i mondi. In termini antropologici, le CBS obbligano a prendere in considerazione i mondi da cui originano, come pure le realtà e le nature che questi determinano (de Martino, 2007 [1948]; Descola, 2005). In termini clinici, obbligano a considerare i dispositivi di cura che le

Questo processo è ben documentato in un'etnografia dello stesso autore sulla possessione fra i Songhay del Niger (Stoller, 1989). Essa permette di cogliere l'apparizione – per altro non ben vista dai depositari e custodi della tradizione, come pure dal sistema politico egemone (stato coloniale prima, e stato indipendente ad ispirazione islamica poi) – di nuove categorie di spiriti capaci di prendere possesso dei medium, in modo inatteso e imprevisto. Gli *Hauka* (apparsi per la prima volta nel 1925) ed i *Sasale* (apparsi nel 1965) si costituiscono come rielaborazione culturale degli sconvolgimenti delle strutture sociopolitiche e dei sistemi relazionali dei Songhay prodotti dalla dominazione coloniale, prima, e dal tentativo di modernizzazione socioeconomica e costituzione di un'identità nazionale attraverso una politica basata su un Islam ortodosso, dopo. È solo a posteriori, ormai già comparsi all'interno di una macchina tecnica articolata e complessa, che essi ricevono una collocazione all'interno della "teoria" di riferimento (il pantheon delle divinità), venendo loro assegnata, ad esempio, una specifica genealogia mitica. Il comportamento degli *Hauka* (ogni figura di spirito essendo una pantomima dei diversi personaggi dell'amministrazione coloniale: il dottore, il comandante, ecc.) e quello dei *Sasale* (che fanno irrompere nella scena figure sociali interdette: la prostituta, l'ubriaco, ecc.) rappresentano sfide all'autorità, in una teatralizzazione della storia culturale che non esaurisce tuttavia il senso del fenomeno. Questo ritrova sempre il suo fondamento a partire dal dolore della malattia attorno a cui si struttura un mondo popolato da figure tecniche disposte ad affrontarne i pericoli ed i costi: "[La possessione] È uno spazio in cui i confini sono offuscati, in cui la distinzione tra cose culturali è confusa, in cui la persona produce "puzzle" evocativi che rivoltano la vita da cima a fondo, rendendo l'ordinario impensabile e l'impensabile ordinario... la possessione crea una fusione dei mondi, che è un deliberato attacco alla realtà ma per la trasformazione della vita... è un atto creativo, una reazione estetica alle inadeguatezze del mondo" (Stoller, 1989, p. 210). La clinica si manifesta come il luogo di una doppia fabbricazione e di una doppia trasformazione: quella del malato e quella della macchina terapeutica.

fabbricano e che in tal modo manifestano il loro potere performativo e trasformativo.

Nella prospettiva adesso delineata, si perde la possibilità di scoperta e dimostrazione tramite metodo della verità della follia (“non possiamo continuare a cercare malattie mentali nei malati”, dice Nathan), a causa dell'impossibilità di separare soggetto e oggetto della conoscenza. È possibile, invece, la produzione di una verità (evento), al di fuori del rapporto di conoscenza, come dimostrano le tecniche terapeutiche non scientifiche. È possibile anche immaginare (e realizzare) un sistema di intervento terapeutico che si iscrive nel discorso scientifico, ma che produce verità non continue, mutevoli, frastagliate, sulla follia. L'iscrizione nel discorso scientifico viene mantenuta non perché produca verità sulla follia, ma perché produce conoscenze scientifiche sulla propria azione, sul proprio operare e sul proprio obiettivo che è la cura. Ciò che si perde a livello dell'oggetto, si riacquista a livello del soggetto dell'intervento. D'altra parte, venendo meno una parola di verità sulla follia, il concetto di cura ed il suo obiettivo muta di senso. Essa non attiene più al rinvenimento della verità, ma alla produzione di una trasformazione del paziente, di una sua metamorfosi, di un suo divenire altro. La cura diviene azione influenzante e ciò che è possibile fare è una scienza dell'influenzamento. Oggetto di tale scienza non è il folle, ma il soggetto dell'intervento terapeutico: quel macchinario complesso (umano e non-umano) che prova ad intervenire su chi pone la domanda di cura. Un macchinario fatto di persone, ovviamente, con le loro posture, le loro azioni ed i loro posizionamenti. Ma fatto anche di procedure, di teorie e di oggetti (materiali e immateriali). La comparazione fra i vari macchinari elaborati dai diversi gruppi umani diviene parte integrante di questa conoscenza scientifica: occasione di sviluppo delle conoscenze e delle competenze dei dispositivi scientifici di cura, attraverso il confronto consensuale e reciproco ed eventualmente l'apprendimento delle tecniche applicative (Nathan, 1994 e 2003).

4. Epistemologia dell'etnopsichiatria

Nonostante il grande divario esistente tra i diversi rami della conoscenza di cui ci occupiamo, la recente lezione appresa dai fisici circa la cautela con la quale tutte le convenzioni usuali vanno applicate non appena si esce dall'esperienza quotidiana, può, in effetti, servire a mostrare sotto nuova luce i pericoli, ben noti agli umanisti, insiti nell'atteggiamento di chi giudica dal proprio punto di vista culture sviluppatesi in seno ad altre società.

Niels Bohr, "I quanti e la vita"

Nel capitolo precedente, abbiamo sottolineato come una possibilità di "rottura entologica", invocata da Foucault come necessaria per attuare un processo di de-medicalizzazione della follia, possa essere rintracciata nella linea che collega Georges Devereux a Tobie Nathan. Attraverso di essa si dipana lo sviluppo dell'etnopsichiatria dalla sua forma generale a quella clinica e cioè da metodologia dell'interrogazione epistemologica sui dati delle scienze del comportamento a metodologia clinica impegnata nell'intervento terapeutico rivolto ai migranti delle *banlieux* parigine. È un percorso lungo, segnato da una profonda stima reciproca e da una frattura insanabile decretata dal maestro in seguito alla conversione clinica – iniziata nel 1979 – della prospettiva di ricerca da lui faticosamente costruita.

Prendere in considerazione gli aspetti epistemologici dell'etnopsichiatria generale e clinica permetterà di sostanziare l'analisi compiuta della proposta nathaniana di una influenzologia come possibilità di studio scientifico delle psicoterapie, delineando i caratteri della metodologia clinica etnopsichiatrica.

4.1 Conservazione ed innovazione nel principio di complementarità

L'etnopsichiatria non ambisce a divenire una ulteriore disciplina aggiunta al composito sistema di segmentazione categoriale del mondo, con la speranza di ritagliarsene un pezzetto, pur marginale, e fondarlo disciplinarmente e

ontologicamente (Nathan, 2005). Al contrario, essa può essere meglio compresa come istanza di questionamento delle altre discipline, come rappresentante presso di loro di problemi, dilemmi e interrogativi in cerca di ascolto e di proposizione di possibili soluzioni, a partire da un corpo a corpo clinico con l'altro. Non è, da questo punto di vista, neanche una disciplina degli interstizi fra domini costituiti del sapere, o dei residui disciplinari altrui. Certo, seguendo l'indicazione maussiana, si è spinta ad indagare quelle zone indeterminate e marginali contrassegnate dalla voce "Vari" (Mauss, 1991 [1950])³⁷. Il fine, però, non è di centralizzarle o di renderle il punto focale di una nuova istituzione, di nuovi professionisti e di nuovi ricercatori: "Quanto a me mi sono sempre opposto alla costituzione di una corporazione di 'specialisti'... Esaminata in modo coerente, l'etnopsichiatria... può essere... solo l'obbligo di mettersi a scuola di un altro mondo... Di conseguenza, non si tratta di una pratica già etichettata nel nostro universo ma soltanto di un'area di indagine, di riflessione, di ricerca" (Nathan, 2005, p. 165). L'ambizione, dopo le peregrinazioni nelle periferie incolte della psiche e del mondo, è stata – ed è – quella di ricollocarsi nei nuclei densi dei saperi, là dove avviene la rimozione ed il mascheramento dei processi di naturalizzazione dei sistemi categoriali da loro prodotti, in modo da evidenziarne la natura storicamente determinata (Ceruti, 2009 [1986]). In questo senso, si può definire l'etnopsichiatria – a partire dal suo momento inaugurale deveureuxiano – come un metodo del dialogo e del confronto interdisciplinare fondato sul principio di complementarità e volto alla ricerca della *condizione epistemologica* della scoperta e produzione di oggetti scientifici nuovi, oltre che alla produzione di conoscenze³⁸.

³⁷ Vedremo nel cap. 6 come l'etnopsichiatria si sia confrontata con le vittime di tortura e con i discendenti delle vittime dell'Olocausto. Ma la ricerca clinica etnopsichiatrica ha rivolto la sua attenzione anche ai fenomeni dei fuoriusciti dalle sette, della marginalità sociale, della transessualità, dell'AIDS (cfr. Nathan T., Swertvaegher, 2003; Hermant, 2004; Nathan, Lewertowski, 1998; Swertvaegher, 1998).

³⁸ Bastide, nella sua prefazione ai *Saggi di etnopsichiatria generale*, sostiene come sia la definizione di "epistemologia della multidisciplinarietà" a connotare l'opera di Devereux (Bastide, 2007 [1973]).

Sono gli sviluppi della fisica relativistica e poi quantistica che influenzano in modo sostanziale il pensiero di Devereux³⁹.

Dal lato della fisica, le esplorazioni delle dimensioni atomiche e subatomiche producono un vero e proprio sconvolgimento del mondo e della natura disegnati dalla meccanica classica (cfr. Giannetto, 2005). È lo stesso Bohr (2007) a descrivere questi sconvolgimenti, ricostruendone la storia e segnalandone le ripercussioni sulle altre discipline scientifiche: biologia, psicologia ed etnologia (1929, 1938). In quest'ultimo saggio, la perdita dell'idea di causalità meccanica prodotta dall'emersione del peculiare carattere d'individualità dei processi atomici, e la necessità di riconoscere la dipendenza

³⁹ Il percorso biografico e intellettuale di Georges Devereux (1908-1985) è stato già delineato in modo approfondito (Inglese, 2007; si veda anche Beneduce, 2007). In questa sede è sufficiente metterne in evidenza alcuni aspetti. Il nome Georges Devereux è in realtà il frutto di una progressiva trasformazione a partire da quello di György Dobó. Si tratta di un fenomeno abbastanza diffuso al tempo (e che ha riguardato anche altri intellettuali dell'epoca, come Ferenczi), ma che al tempo stesso potrebbe esprimere – come segnalato da Nathan (1996c) – l'affermazione criptata della propria identità etnica (contenendo il nuovo nome il lemma "evreu" che in rumeno significa ebreo), parallelamente alla negazione ufficiale della propria origine ebraica, arrivata fino alla conversione al cristianesimo. Nato da una famiglia ebrea, in una zona della Transilvania soggetta a continue mutazioni di bandiera in conseguenza dei processi di disfacimento dell'Impero Austro-Ungarico, emigra a Parigi nel 1926. Inizia a seguire i corsi di fisica, matematica e chimica con Marie Curie e Jean Perrin dove incontra la rivoluzione delle teorie probabilistiche. Abbandona però tali studi per dedicarsi all'etnologia con Marcel Mauss. Condurrà in seguito ricerche di campo fra gli Hopi e i Mohave americani e fra i Sedang Mo? del Vietnam. La ricerca di campo presso i Mohave lo spinge a diventare psicoanalista, sebbene la sua collocazione all'interno della società psicoanalitica sia sempre stata osteggiata e resa difficile. Conosce infine un'ulteriore piega intellettuale, iniziando a studiare il greco ed i Greci all'età di 43 anni e finendo la sua vita come rinomato ellenista. Uomo poliglotta (parlava correntemente 7 lingue), Devereux è una delle possibili incarnazioni che dimostrano come "Il farsi delle idee [sia]... polifonico, policentrico non solo nelle vicende di una determinata epoca, in cui si contrappongono tradizioni e programmi differenti, ma anche e soprattutto all'interno di ogni tradizione e di ogni programma. Ed è irriducibilmente policentrico anche in ogni individuo nel suo itinerario biografico. Ogni soggetto aderisce a più temi, a molti temi, utilizza diverse immagini di ordinamento delle conoscenze, cerca sintesi 'impossibili' fra idee appartenenti a tradizioni metafisiche o scientifiche completamente differenti, anche in lotta o contraddittorie" (Ceruti, 2009 [1986], p. 18-19).

intrinseca di ogni fenomeno fisico dallo stato dell'osservatore, conducono ad una posizione scientifica complessiva in cui si ricomprendono una visione estetica del mondo⁴⁰ ed una etica dei rapporti fra uomo e natura, fra uomini e fra culture. Di questa posizione si può apprezzare tutta la forza, benché espressa con prudenza, se si considerano gli anni in cui fu scritta e pubblicata e l'invito contenutovi all'abbandono di ogni "nazionalistica compiacenza" per la propria origine culturale.

La relatività delle descrizioni degli oggetti in funzione della posizione (in moto relativo) dell'osservatore ed il limite assoluto posto alla possibilità di parlare degli oggetti a causa della loro interazione con gli strumenti di misura interrogano sul tipo di conoscenza possibile di quegli stessi oggetti. L'impossibilità di unificazione sommativa o combinatoria delle informazioni ottenute su un sistema atomico, a partire da condizioni sperimentali differenti, portano alla necessità di una loro assunzione complementare: "Benché queste diverse informazioni non possano venire combinate in una sola descrizione per mezzo di concetti ordinari, esse costituiscono aspetti ugualmente essenziali della conoscenza che di quel sistema si può avere in questo campo" (Bohr, 1938, p. 51). Il principio di complementarità permette di evitare il rischio di una rinuncia all'analisi scientifica della varietà di esperienze a livello atomico e indica la possibilità di uno sviluppo razionale delle capacità di classificarle e comprenderle. In sostanza Bohr pone il punto di vista della complementarità come equivalente funzionale dell'idea di causalità meccanica, non applicabile a livello atomico perché incapace di rendere conto del comportamento di sistemi strutturalmente perturbati dagli strumenti dell'osservazione.

Sul piano dei rapporti fra uomini e fra culture, ne deriva una critica alle concezioni razziste e nazionaliste del suo tempo, poiché le diverse culture ("tradizioni spirituali") vengono viste come modi differenti, ma egualmente essenziali, attraverso cui una stessa esperienza (umana) può essere descritta. Da questo punto di vista, l'uomo viene qualificato nella sua umanità proprio in funzione del suo essere possessore di cultura più che dalla specifica configurazione e composizione genetica (in senso assoluto o di specie, e in

⁴⁰ " ... [l']unità e bellezza dell'attuale descrizione dell'universo" (Bohr, 1938, p. 49)

senso relativo o di razza). Afferma infatti Bohr: "... è possibile... considerare i tratti biologici e le tradizioni spirituali [come] reciprocamente indipendenti, e si sarebbe addirittura tentati di riservare per definizione l'aggettivo 'umano' a quei caratteri che non sono direttamente legati all'ereditarietà corporea" (Bohr, 1938, p. 55).

L'importanza del saggio di Bohr risiede nella proposta, in esso contenuta, di distinguere il possibile contributo della teoria relativistica (einsteiniana) da quello della fisica quantistica, per una comprensione dei rapporti fra culture. Quanto l'autore scrive permette la seguente considerazione: le diverse culture non rappresentano solo descrizioni relativisticamente differenti del medesimo oggetto (umano), a causa della diversa posizione (in moto relativo) che occupano; esse rappresentano descrizioni fra loro in rapporto di complementarità, poiché l'oggetto rimane inaccessibile in quanto perturbato dagli "strumenti" di osservazione. Tutte le culture posseggono una propria essenzialità e sono fra loro egualmente significative, allo stesso modo in cui sono egualmente essenziali le diverse descrizioni di un fenomeno atomico derivanti da condizioni sperimentali differenti. Benché la teoria della relatività possa consentire, secondo l'autore, un atteggiamento maggiormente obiettivo rispetto ai rapporti fra culture umane, esiste una difficoltà all'analogia fra descrizioni fisiche relativistiche e descrizioni derivanti da "tradizioni spirituali" differenti. Questa difficoltà deriva dal fatto che, in fisica, esiste una *unità* delle descrizioni relativistiche dell'universo: ogni osservatore, infatti, può prevedere le modalità attraverso cui un altro osservatore coordina le proprie esperienze, pur essendo i due inseriti in schemi concettuali diversi e collocati in posizioni differenti. Al contrario, un semplice ed immediato confronto fra culture non è possibile a causa di una mancanza di *unità* derivante "... dalle differenze profondamente radicate dei substrati tradizionali" (Bohr, 1938, p. 56).

Se si considerano le culture come teorie sull'uomo, allora, occorre riconoscerne il rapporto di complementarità e non quello di relatività, poiché restituiscono nature diverse degli oggetti su cui si applicano e non solo osservazioni diverse della medesima natura. È una posizione questa fondamentale, a giudizio di chi scrive, poiché permette di superare al contempo

la diatriba fra universalismo e relativismo, attraverso la via di fuga offerta dal principio di complementarità. Non si tratta infatti di stabilire se esista un punto di osservazione assoluto (universale) o molti punti di osservazione (relativi), ma di riconoscere che ciascuna prospettiva osservativa deriva da un'interazione ineliminabile fra oggetto e apparati di osservazione per cui dell'oggetto stesso si possono dare descrizioni differenti, non relativisticamente componibili ma complementaristicamente incommensurabili. La diversità culturale non si inserisce in un uni-verso, in cui installa posizioni osservative differenti in modo relativo. Essa determina la costituzione di un pluri-verso in cui le diverse posizioni sono fra loro in rapporto di complementarità, ciascuna disegnando un particolare mondo di cui il pluri-verso si compone: "Infatti nello studio di culture umane differenti dalla nostra si ha a che fare con un particolare problema di osservazione, che a un esame più attento mostra molti aspetti in comune coi problemi della fisica atomica e della psicologia, nei quali l'interazione tra oggetto e apparato di misura, o l'inseparabilità di contenuto oggettivo e soggetto osservante, esclude l'impiego immediato delle convenzioni applicabili alle esperienze della vita quotidiana" (Bohr, 1938, p. 56).

Nei prossimi paragrafi, focalizzati sui problemi posti dall'interazione soggetto osservato/osservatore nello specifico campo delle "scienze del comportamento" e sulle conseguenze che ne discendono, si potranno precisare le tensioni interne al pensiero deveureuxiano nel suo tentativo di derivare, dal relativismo einsteiniano e dal principio di complementarità di Bohr, una prospettiva coerente sui rapporti fra psicologia e antropologia. In questo paragrafo si vuole sottolineare invece come sia proprio a partire da queste rivoluzioni nelle scienze fisiche che Devereux trae la sua prospettiva complementarista (Devereux, 1975 [1972] e 1984 [1967]). Il principio di complementarità viene da lui appreso come generalizzazione metodologica capace di articolare fra loro le differenti discipline che compongono quelle che lui chiama le "scienze del comportamento", ed in particolare di regolare i rapporti fra psicologia, psicoanalisi, psichiatria, da un lato, e antropologia e sociologia, dall'altro.

Nel primo capitolo si è sottolineato come la sovra-spiegazione di un fenomeno empirico a partire da una sola istanza esplicativa (ed in generale da una sola prospettiva disciplinare) comporti sempre la produzione di residui inspiegabili ed il ricorso subordinato a principi esplicativi estranei per renderne conto. Il residuo inspiegabile viene ridotto a dettaglio insignificante, magari di competenza di altre discipline, oppure viene sussunto a posteriori attraverso il ricorso vicario a principi esplicativi allogeni (e ad altre discipline) subordinati all'istanza esplicativa principale e assolutizzata. In tal modo, ciascuna prospettiva disciplinare tende a saturare il fatto empirico, trasformandolo in dato pertinente (solo) per sé. La metodologia concreta proposta da Devereux, più volte sfruttata nel suo lavoro, parte dal residuo inspiegabile ed inspiegato (il residuo "culturale" per la psicoanalisi o il residuo "individuale" per l'antropologia, la sociologia o anche la storia), per ribaltare la prospettiva presuntivamente totalitaria e totalizzante e mostrarne i limiti, contrapponendole una prospettiva complementare emersa proprio dall'analisi dei residui⁴¹. Il pensiero deveveruxiano muove dalla necessità di riconoscere come fra fatto empirico e dato disciplinare non ci possa mai essere coincidenza. Per questa ragione non ci può mai essere commensurabilità fra dati costruiti da discipline diverse, pur a partire dal medesimo fatto. Conseguentemente non vi può essere subordinazione di una disciplina all'altra, o di un principio esplicativo ad un altro. La proposta di Devereux è quella di considerare i dati delle diverse discipline

⁴¹ Gli esempi di una simile metodologia di lavoro, nella sua opera, sono molti e riguardano sia analisi di processi sociopolitici a lui coevi (come la primavera di Praga), che analisi di eventi storici (come la follia di Cleomene II, re di Sparta) (cfr. Devereux, 1975 [1972]; Devereux, 1995). L'opportunità di avanzare un'analisi dei fatti praguesi, ad esempio, muove dalla sua partecipazione agli interventi clinici nei confronti degli esuli che ne derivarono. La prospettiva da lui proposta mostra come sia necessario prendere in considerazione il ribaltamento fra ciò che è motivo operante e ciò che è motivo strumentale, a seconda che si adotti una prospettiva sociologica od una psicologica. In un caso i fattori sociologici saranno considerati motivo operante dell'evento e quelli psicologici come semplicemente strumentali, nell'altro si invertiranno i rapporti fra i due fattori. Resta da stabilire tuttavia se i due tipi di spiegazione siano effettivamente fra loro in rapporto di complementarità, oppure se definiscano prospettive relativisticamente connesse che preservano l'unità essenziale dell'oggetto cui si applicano (cfr. par. 4.3).

come prospettive sul medesimo fatto, fra loro in rapporto di complementarità esplicativa. Due diverse spiegazioni di un certo fenomeno, da una parte, devono essere considerate come almeno teoricamente equivalenti in importanza, dall'altra, non possono sussistere contemporaneamente, ma solo successivamente (principio di esclusione). La metodologia attraverso cui il dato è costruito (e cioè attraverso cui il fatto è sussunto in modo parziale, "tendenzioso" e "caricaturale", in conseguenza della sua specifica interazione con il "sistema di misura") esclude la possibilità di applicazione contemporanea di altre metodologie. Inoltre, ogni metodo di estrazione del dato tende, in qualche misura, a "consumare" il fatto stesso, rendendolo inutilizzabile (in modo contemporaneo) da un'altra prospettiva esplicativa. Il che implica un limite per ogni prospettiva esplicativa (principio di distruzione o scomparsa), che non può ambire ad un'espansione estensiva infinita del suo raggio d'azione, né pretendere di sondare all'infinito e in modo troppo spinto, col suo metodo, l'oggetto di studio, poiché tale processo intensivo non condurrebbe che alla distruzione stessa di quest'ultimo (e concretamente alla sua messa a morte, nel caso in cui l'oggetto sia un essere vivente)⁴².

Il fatto ha una sua unità, autonomia e integrità vitale, e non può essere ridotto ad alcun principio esplicativo specifico e necessariamente parziale, in ragione del taglio metodologico che questo attua. Compito dell'osservatore e del ricercatore è quello di decidere, di volta in volta, il metodo da utilizzare ed i principi esplicativi da applicare, pur sapendo che non potrà esaurire la conoscenza del fatto. Così, ad esempio, un comportamento potrà essere spiegato a partire dalla cultura (dimensione esterna) o, viceversa, a partire dalla psicologia (dimensione interna), ma il comportamento di per sé non ha né una

⁴² In molti passi di *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento* (1984 [1967]), Devereux segnala e critica ferocemente molti studi sperimentali in cui, pur di estrarre un dato oggettivo e purificato, si arriva all'esercizio della pura forza bruta sui "preparati" sperimentali (in genere animali). L'autore sottolinea come simili esperimenti diano molte più informazioni sulla psicologia dello sperimentatore, che non conoscenze psicologiche sull'oggetto della sperimentazione. Segnala inoltre come il rischio di un'assenza di analisi del proprio controtransfert da parte dell'osservatore comporti spesso l'edificazione delle difese dall'angoscia a metodologia fintamente scientifica e pseudo-sperimentale.

“natura” solamente psicologica, né una solamente culturale: in esso, le due dimensioni (e le altre possibili) si trovano fuse in una situazione di costante interazione reciproca. Sia la psicologia che l’etnologia (così come tutte le altre discipline convocabili) sono prospettive possibili che “deformano” in un certo modo specifico (in funzione di come l’osservatore si fa perturbare dal soggetto osservato e viceversa) ciò che di per sé si dà in modo unitario e concreto come soggetto d’esperienza. Le diverse discipline possono ambire solo ad una spiegazione che è parziale in senso assoluto (e cioè rispetto all’uomo concreto che incontrano), benché sia esauriente in senso relativo (e cioè all’interno del proprio schema concettuale). Di conseguenza, le discipline non possono essere combinate in modo diretto in un qualche composto sovraordinato (bio-psico-socio-...), ma solo integrate secondo un principio di complementarità. In questo senso, Devereux può arrivare ad affermare: “Per quanto mi riguarda, sostengo che, diventando anche psicoanalista, ho semplicemente portato a compimento la mia formazione di etnologo, cioè di specialista della Cultura e dell’Uomo. Se fossi stato dapprima psicoanalista, avrei certamente sentito il bisogno di studiare anche l’etnologia allo scopo di completare la mia formazione di specialista dello psichismo umano. Infatti, nel quadro di un tentativo di comprendere l’uomo in maniera significativa, è impossibile dissociare lo studio della Cultura da quello dello psichismo, precisamente perché Psiche e Cultura sono due concetti che, pur del tutto distinti, si trovano in un rapporto reciproco di complementarità heisenberghiana” (Devereux, 2007 [1956], p. 89).

Devereux impianta nell’etnopsichiatria l’idea di un’impossibilità della sintesi degli universi di discorso e dell’omogeneizzazione e coerenza dei punti di vista. *A contrario*, l’unica possibilità diventa quella di una strategia costruttiva per cui vale quanto affermato da Ceuti: “*La conoscenza contemporanea si costituisce nell’intreccio di una serie di teoremi limitativi che destituiscono di ogni plausibilità euristica l’idea del fondamento e riformulano l’approccio al problema del limite*. Il limite non si definisce negativamente in rapporto ai ‘valori’ della completezza, dell’esautività, dell’esattezza, dell’onniscienza e dell’onnipotenza... I limiti rimandano invece, in maniera più profonda, alle stesse matrici, ai meccanismi *costruttivi* che presiedono lo sviluppo della

conoscenza... Viene così in primo piano il riconoscimento del carattere strutturalmente inconcluso dello sviluppo di ogni sistema cognitivo, quale condizione stessa del suo corretto funzionamento e del mantenimento della sua identità” (Ceruti, 2009 [1986], p. 44-45; corsivo nel testo).

È da sottolineare un aspetto importante del principio di complementarità di Bohr, e del connesso principio di corrispondenza fra realtà macroscopica e realtà microscopica (che permette un passaggio analogico fra teoria classica e teoria quantistica). E tale aspetto è il carattere in qualche modo conservatore dei due principi, inestricabilmente legato alle aperture innovative che sanciscono e che permettono in seno alle scienze non solo fisiche (cfr. Giannetto, 2005). Questo autore sottolinea come i due principi consentano a Bohr di salvare la fisica classica (ed il suo pensiero, la sua logica ed i suoi concetti), accanto e nel cuore stesso della fisica quantistica. Bohr rifiuta di conseguenza di avallare tentativi successivi di elaborare una logica quantistica come superamento di quella classica.

Allo stesso modo, si può sostenere che il principio di complementarità permette a Devereux di mantenere la psicoanalisi accanto e nel cuore stesso dell'etnopsichiatria. Estendendo ulteriormente il paragone, si può osservare come questo carattere conservatore lo conduca a rifiutare il tentativo nathaniano di proporre una “logica etnopsichiatria” sostitutiva della “logica psicoanalitica”, capace di guidare ed orientare in diverso modo il lavoro clinico. Si può anche ipotizzare che sia stata proprio questa prospettiva, al tempo ancora embrionale, a determinare la decisione del maestro di interrompere ogni rapporto con l'allievo. In ogni caso, il principio di complementarità non è senza conseguenze innovative neanche sulla visione della psicoanalisi da parte dello stesso Devereux, né gli impedisce di proporre importanti revisioni e innovazioni della teoria e della tecnica psicoanalitiche (Devereux, 2007 [1973], 1991 [1958], 1975 [1972], 1970). Sul piano della teoria, come già accennato in precedenza, si impone a Devereux una valutazione diversa in merito al rapporto di successione “temporale” fra il dentro e il fuori. In particolare, Devereux ribalta la logica psicoanalitica classica secondo cui i comportamenti dei genitori seguono

(rispondendovi consciamente o meno) i moti inconsci del bambino (fantasie edipiche o pulsioni cannibaliche). Dal punto di vista classico, cioè, i genitori attuerebbero delle risposte che, in quanto tali, verrebbero a qualificarsi come contro-edipiche o contro-cannibaliche. Al contrario, appoggiandosi su tutta una serie di dati psicologici, etologici, zoologici ed antropologici (tra cui l'incapacità per un neonato di distinguere fra carne umana ed animale e dunque l'impossibilità di attribuirgli pulsioni "cannibaliche", o il fatto che non sia registrato un divoramento dei genitori da parte di un bambino, mentre in modo costante nella storia e nelle culture si sia presentato l'evento inverso, per fame o per ragioni rituali), arriva a sostenere che è il bambino a reagire (con fantasie contro-Laio/Giocasta o con pulsioni e angosce contro-cannibaliche) a comportamenti (edipizzanti e cannibalizzanti) dei genitori (cfr. Devereux, 1953, 1966 e 1984 [1967])⁴³. È possibile osservare come dal ribaltamento temporale (e causale) del rapporto fra fenomeni inconsci nel bambino e atteggiamenti genitoriali, discenda una diversa visione del rapporto fra interno ed esterno. La prospettiva devereuxiana rivaluta – e riabilita – il ruolo dell'esterno (dimensione sociale e culturale) come fattore importante nella determinazione di ciò che avviene all'interno dell'organizzazione psichica di un individuo, concepito come un sistema che passa attraverso determinati processi di ristrutturazione degli elementi che lo compongono e delle loro relazioni (complesso edipico e adolescenza, in particolare). Questo comporta un'attenzione particolare agli eventi traumatici: il trauma diventa il "varco" attraverso cui l'esterno raggiunge una capacità di influenzamento dei processi di organizzazione interna (cfr. par. 4.2.1). È possibile notare una convergenza di interessi sul concetto di trauma (prodotto da un evento esterno) e sul suo ruolo nella strutturazione psichica, negli autori impegnati nel tessere collaborazioni e mutua fecondazione fra dimensione psicologica e culturale. Una simile convergenza si ritrova in Kardiner (1969 [1939]), uno degli esponenti della cosiddetta scuola di Cultura e

⁴³ Il che non significa, secondo l'autore, che il bambino non presenti pulsioni orali aggressive. Il problema è quello di evitare di attribuirgli una natura angelica o una natura demoniaca: l'attribuzione di connotati valoriali e morali al bambino consegue ad una mancata auto-analisi del controtransfert da parte dell'adulto.

Personalità, il quale mette in evidenza il valore prototipico della nevrosi post-traumatica nella comprensione dei processi di adattamento dell'individuo al proprio contesto sociale e culturale, così come nella comprensione di alcuni fenomeni patologici – agiti aggressivi, ripetizioni, masochismo, somatizzazioni... – altrimenti ricondotti ad una lettura incentrata su tendenze istintuali primarie dell'essere umano ed in qualche modo a lui connaturate (masochismo primario o istinto di morte), sull'esistenza di stati affettivi geneticamente connessi allo sviluppo psicosessuale (ad esempio, sentimenti di colpa) o su processi di regressione⁴⁴. Le stesse innovazioni nathaniene prendono le mosse, da un ripensamento del concetto di trauma, benché si sviluppino in modo totalmente difforme (cfr. cap. 6). Il trauma, in ogni caso, viene ad assumere un ruolo centrale, configurandosi come lo strumento, intenzionalmente adoperato (come nei rituali iniziatici, cfr. Van Gennep, 1981 [1909]) o aleatoriamente verificatosi, attraverso cui l'esterno diventa capace di esercitare una "presa" trasformativa sul singolo soggetto o su interi gruppi umani: più precisamente sugli aspetti contenutistici ed organizzazionali dei loro costituenti interni. Notata una simile convergenza, non si possono non segnalare le profonde divergenze teoriche e tecniche che segnano l'etnopsichiatria generale e clinica dall'antropologia psicoanalitica di Kardiner. Mentre quest'ultimo mantiene l'accento sul ruolo delle esperienze infantili di socializzazione e si focalizza sugli effetti strutturali di specifiche pratiche di cura e allevamento dei neonati e dei bambini presenti in

⁴⁴ Senza che sia necessario approfondirla in questo contesto, si può notare come l'importanza della nevrosi post-traumatica derivi, per Kardiner, dal fatto che essa mostra il ruolo ed il valore dell'Io (nel senso di struttura di psichica) nei processi di adattamento al contesto sociale e culturale, così come gli effetti dell'ambiente esterno sulla configurazione di personalità. L'evento traumatico (attuale) produrrebbe una deformazione della strutturazione psichica attraverso l'inibizione delle funzioni sensoriali e motrici e da questo processo – piuttosto che da fattori costituzionali o ontogenetici – deriverebbe il venir meno delle capacità del soggetto di mantenere un orientamento ed una presa efficaci sul e nel mondo. Il venir meno di tali capacità, unitamente ai tentativi del soggetto di mantenere o recuperare una condizione di adattamento all'esterno, a sua volta spiegherebbero fenomeni quali gli scoppi incontrollati di violenza, modalità masochistiche di ricerca di protezione, vissuti persecutori nei confronti dell'ambiente esterno (rispetto al quale il soggetto non avrebbe più capacità sufficienti di difesa), fenomeni di ripetizione (sogni in cui si rivive il trauma patito).

un dato gruppo umano, Devereux sostiene il primato dell'*ethos* culturale che permea e conferisce senso e significato ai singoli gesti ed alle singole procedure di accudimento ed educazione, spostando parallelamente l'accento dal "bambino" all'"adulto" (Devereux, 1998 [1951]). Il processo di progressiva differenziazione e complessificazione psichica diventa il nodo centrale della teorizzazione intorno al concetto di personalità, per cui la sua declinazione culturalmente specifica (*personalità etnica*⁴⁵) non va intesa come processo di

⁴⁵ Devereux (1998, ed. orig. 1951) traccia un'importante distinzione ai fini della comprensione della personalità totale di un individuo (e delle sue due parti puramente analitiche: personalità etnica e personalità idiosincrasica), distinzione che concerne il modo di considerare il bambino. Secondo Devereux occorre distinguere – sul piano analitico – il bambino in quanto organismo immaturo e dunque incompleto (infantile), dal bambino in quanto tipo sociale completo (puerile). Il primo emette delle risposte spontanee e vincolate dalla sua immaturità fisiologica agli stimoli esterni; il secondo, invece, dei comportamenti appresi. Questi comportamenti rappresentano delle risposte a degli stimoli esterni che vanno a loro volta distinti sul piano analitico. Da una parte, si hanno dei semplici eventi con capacità condizionante (intensi e cioè traumatici, ovvero ripetuti), dall'altra degli insegnamenti. Entrambe queste proprietà di un certo stimolo influenzano la formazione e strutturazione della personalità adulta totale. Tuttavia, l'insegnamento (atto intenzionale) produce un apprendimento nel tipo sociale completo "bambino" e dunque influenza le sue reazioni e comportamenti puerili e, in ultima analisi, la sua personalità etnica. Un certo evento, invece, ha un effetto condizionante sull'organismo incompleto e dunque influenza le sue reazioni e comportamenti infantili e, in ultima analisi, la sua personalità idiosincrasica. Ciò che importa, dunque, rispetto ad una certa pratica di allevamento e di manipolazione del bambino è che essa possiede sia un portato puramente evenemenziale, che un valore educativo. Da quest'ultimo punto di vista, la pratica o la manipolazione ha un effetto personologico secondo il senso culturale che veicola e cioè in quanto media un certo *ethos* culturale (inteso come sistema – ricavato induttivamente – di rapporti fra i valori espliciti ed impliciti, schemi mezzi-fini e temi che vigono all'interno di un certo gruppo umano). Inizialmente, la mediazione avviene solo affettivamente e, con il procedere dello sviluppo cognitivo, anche concettualmente. Non è tanto un certo item culturale (ad esempio, una certa pratica educativa) che contribuisce alla formazione della personalità etnica, ma l'*ethos* culturale che attraverso di esso viene trasmesso. Dalle descrizioni delle modalità di sviluppo infantile presso gli Wolof del Senegal (Zempléni, Rabain, 1966) si può notare l'importanza del clima affettivo che circonda l'incoraggiamento della lotta fra i bambini: il senso veicolato da tale pratica lo connota come strumento attraverso cui il bambino apprende la propria collocazione all'interno di una struttura gerarchica riconosciuta (la classe di età), e una modalità di scambio fisico incentrata sulla co-manipolazione e modulata dal richiamo alla regola dell'equilibrio. È l'*ethos* culturale trasversale

riduzione della complessità personologica sulla base di una dimensione sovraindividuale (uniformità e conformismo). La dimensione culturale si costituisce come fattore di ulteriore differenziazione e specificazione individuale: in modo simile a quanto proposto da Bohr, come ciò che qualifica l'umanità degli individui in un percorso che procede dal meno differenziato al più differenziato.

4.2 Quando l'osservato è un soggetto

È in *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento* (Devereux, 1984 [1967]), che si può rintracciare uno sforzo sintetico complessivo in cui le influenze delle rivoluzioni avvenute nel campo della fisica, più sopra richiamate, convergono verso un ripensamento delle scienze che si occupano dell'uomo (ed in generale degli esseri viventi). In questa opera, che condensa uno sforzo di riflessione avviato fin dagli anni '30 del Novecento (cfr. Severi, 1984), Devereux fonda lo statuto epistemologico di quelle che chiama "scienze del comportamento" sulla peculiare qualità della relazione fra osservato e osservatore che in esse ritrova. L'opera mostra l'evoluzione di un pensiero che in alcuni casi procede parallelamente ed in altri precede gli sviluppi di altri approcci epistemologici che si sono concentrati sui rapporti fra osservato e osservatore: epistemologia genetica e costruttivista (cfr. Ceruti, 2009 [1986] e 2006 [1989]; Maturana, Varela, 1992 [1972]; Bateson, 1976; Von

alle diverse pratiche e procedure di accudimento che influenza la formazione della personalità etnica. "Il processo di fabbricazione culturale degli esseri umani prevede infatti che alla logica della classificazione identitaria [etnica e individuale] corrisponda un'economia personologica fondata sull'acquisizione di tratti, valori, temperamenti e comportamenti che costituiscono il modello ideale del gruppo etnico, insieme alle sue variabili singolari che ammettono un'oscillazione della personalità culturalmente determinata lungo una gamma di possibilità effettive... su un piano metapsicologico, si può anche descrivere ... come un sistema standardizzato di difese, destinato a funzionare per la costruzione strutturale della parte più evoluta della persona (solidale con l'io), i cui dati empirici derivati e manifesti (emozioni, comportamenti, discorsi) sono il risultato di un accomodamento contingente di queste difese (culturali) alla realtà" (Inglese, 2005: 126-127; corsivo nel testo).

Foerster, 1987). Con queste prospettive, l'epistemologia proposta da Devereux presenta convergenze, ma anche molte divergenze, derivando da una composita e plurale matrice intellettuale assai diversa da quella degli autori richiamati – se si eccettuano i punti di contatto con quella di Bateson, in ambito antropologico e psicopatologico. In generale, comunque, gli autori richiamati procedono dalla biologia, dallo studio dell'intelligenza umana e dalla cibernetica, mentre Devereux trae il materiale per le sue riflessioni dalla psicoanalisi e dall'etnologia, appoggiandosi sulle indicazioni provenienti dalla fisica. Sembra dunque opportuno soffermarsi su questo scritto dell'autore in modo esteso, ma inevitabilmente parziale, mostrandone le articolazioni convergenti verso l'idea di fondo: la conoscenza scientifica sull'uomo, per quanto influenzata e deformata da fattori individuali, sociali, culturali e professionali⁴⁶, non può che nascere dalla relazione fra individui, dall'incontro fra persone. Per questa ragione Severi (1984) dichiara come l'epistemologia di Devereux sia, al fondo, una "etica dell'incontro": scoprire qualcosa nelle scienze del comportamento è incontrare qualcuno, affrontando l'angoscia provocata in modo inevitabile dall'osservare e dall'essere osservati.

La riflessione di Devereux inizia dal rapporto fra fatto empirico e dato (di una certa disciplina). Il fatto viene destituito di qualsiasi valenza assoluta, essendo invece determinante la *decisione* dell'osservatore che, ad un dato momento dell'interazione con il proprio oggetto, arriva a porre un termine

⁴⁶ Una parte cospicua del libro di Devereux si concentra sull'analisi di molti possibili fattori di distorsione dell'osservazione. È evidentemente impossibile renderne ragione in questo contesto. Si è costretti a segnalarne solo alcuni e molto succintamente. L'autore pone in evidenza il ruolo deformante che può assumere: un'abusiva estensione all'osservato del modello di Sé (di genere, culturale, ecc.) dell'osservatore; un'assunzione acritica delle difese professionali (ad es., quelle che spingono a mantenere un atteggiamento distaccato e distanziante); un'utilizzazione difensiva della metodologia di ricerca; una non chiara conoscenza delle proprie caratteristiche e tendenze personali; ecc. Si ribadisce comunque che, per Devereux, se i fattori distorsivi dell'osservazione sono ineliminabili, è possibile tuttavia sottoporli ad analisi come componenti delle reazioni controtransferali e, in questo modo, riuscire ad avvicinarsi ad una conoscenza il più obiettiva possibile.

decretando “Questo io percepisco”. Questa decisione istituisce il rapporto fra fatto e dato, poiché è a partire da essa che il fatto viene de-terminato. A questa decisione, inoltre, ne segue un’altra nel momento in cui lo stesso osservatore afferma anche “Questo significa che”.

I due momenti costituiscono i nuclei fondativi, e immancabilmente deformanti e caricaturali, di ogni conoscenza scientifica sull’oggetto (umano) e non sono eliminabili neanche pensando di delegare ad un’apparecchiatura strumentale qualsiasi la decisione inerente al “Questo io percepisco”.

Il nodo fondamentale per le scienze del comportamento diventa quello di comprendere la natura profonda della peculiare relazione soggetto-oggetto che le caratterizza. Le risposte vengono individuate innanzitutto nel fatto che l’oggetto di tali scienze è in realtà un soggetto (dotato di coscienza) e, in secondo luogo, nella valenza positiva (informativa e conoscitiva) delle deformazioni e delle perturbazioni che il rapporto soggetto-soggetto determina: “Invece di deplorare la perturbazione prodotta... dovremmo affrontare la difficoltà in modo costruttivo e scoprire quali insight *positivi, non suscettibili di venire ottenuti con altri mezzi, possiamo trarre dal fatto che la presenza di un osservatore (dello stesso ordine di grandezza di ciò che osserva) perturba l’avvenimento osservato*” (Devereux, 1984 [1967],p. 443; corsivo nel testo). I filtri attraverso cui si attua l’osservazione di per sé non rappresentano né la salvezza delle scienze del comportamento né il loro abisso. Semplicemente, è un’illusione pensare che essi limitino la soggettività dell’osservazione (e del dato che se ne trae), o che eliminino l’angoscia prodotta dall’interazione: essi “... possono soltanto *spostare* leggermente il punto in cui si situa la demarcazione fra osservatore e osservato, e *posporre* il momento preciso in cui l’elemento soggettivo (la decisione) interviene” (Devereux, 1984 [1967], p. 30; corsivo nel testo).

Da questo posizionamento, rispetto alle qualità della relazione osservatore/osservato, consegue la sua individuazione delle tre tipologie di dati di cui si sostanzia la scienza del comportamento: a) il comportamento del soggetto osservato; b) le perturbazioni indotte dalla presenza dell’osservatore e dalle sue attività e procedure osservative; 3) il comportamento dell’osservatore

(angosce, manovre e strategie difensive, strategie di ricerca, attribuzioni di senso all'osservazione). La focalizzazione è in ogni caso sull'osservatore: "Non è lo studio del soggetto [osservato], ma quello dell'osservatore, che dà accesso all'essenza della situazione di osservazione" (Devereux, 1984 [1967], p. 32)⁴⁷.

Secondo Devereux, le scienze del comportamento sarebbero, anche se in modo non definitivo, meno scientifiche di quelle fisiche a causa: a) del minore coinvolgimento affettivo implicato nello studio degli oggetti materiali (benché anche in questo caso non assente), rispetto a quello inerente allo studio degli esseri viventi; b) del carattere intrinsecamente complesso del comportamento umano che può essere compreso solo crono-olisticamente. L'essere umano è cioè concepito come un sistema crono-olistico il cui comportamento è determinato da un tipo di memoria comparabile analogicamente all'isteresi di alcuni sistemi fisici. Il "moto" umano non è scomponibile in posizioni istantanee (come quello di una biglia che scorre su un piano) e la previsione al momento t_1 della sua posizione richiede la conoscenza non solo del suo stato al momento t_0 , ma di anche di tutti gli stati precedenti t_0 a partire dalla sua nascita: "dal punto di vista matematico... il comportamento dell'uomo... può descriversi soltanto tramite equazioni integro-differenziali, irriducibili, qualunque sia il numero di differenziazioni, a equazioni differenziali [come per la maggior parte dei sistemi fisici]" (Devereux, 1984 [1967], p. 46).

Devereux arriva così a definire le tappe attraverso cui potrebbe essere possibile fondare una disciplina scientifica del comportamento. La prima riguarda la definizione dello schema concettuale (matrice di significati) e dell'impianto metodologico a partire dai quali l'osservatore decide definire i

⁴⁷ In questo senso, Devereux arriva a depotenziare il valore del transfert come strumento conoscitivo in psicoanalisi, a tutto vantaggio del controtransfert che diventa l'unico mezzo conoscitivo veramente ineliminabile in una situazione interattiva (clinica o meno): "Affermo che è il *controtransfert*, piuttosto che il transfert, a costituire il dato cruciale di ogni scienza del comportamento, perché le informazioni fornite dal transfert possono in generale essere ottenute anche con altri mezzi, mentre questo non è il caso del *contratransfert*... semplicemente l'analisi del controtransfert è *scientificamente* più fertile, e fornisce un maggior numero di dati sulla natura dell'uomo" (Devereux, 1984 [1967], p. 27; corsivo nel testo).

propri dati. La seconda concerne l'analisi delle implicazioni controtransferali dell'oggetto del suo lavoro e delle distorsioni che ne derivano. La terza si deve concentrare sull'analisi della natura e del luogo in cui viene tracciata la linea di demarcazione tra campo del soggetto e campo dell'osservatore. Infine, l'accettazione e l'utilizzo della soggettività dell'osservatore e dell'influenza che la sua presenza esercita sull'evento osservato (nello stesso modo in cui l'osservazione "disturba" il comportamento di un elettrone in fisica quantistica). Di nuovo l'autore ribadisce come le perturbazioni prodotte dall'osservazione non siano un fastidio da eliminare: se ben utilizzate, costituiscono la pietra angolare di uno studio del comportamento autenticamente scientifico⁴⁸.

Dal suo punto di vista, ciò che delimita il campo di indagine di una scienza e ne definisce la natura sono le specifiche difficoltà che essa incontra nel procedere della sua attività conoscitiva. Per le scienze del comportamento queste difficoltà si concentrano in modo caratteristico sulla reciprocità, potenziale o effettiva, tra osservatore e osservato. Sono la simmetria e la qualità transazionale di tale relazione che qualifica la loro natura. In ogni osservazione nelle scienze del comportamento vi sono sempre *due* "eventi discreti" (einsteiniani) che avvengono presso l'osservatore: uno avviene nell'osservatore e l'altro nell'osservato (che a sua volta osserva l'osservatore), poiché entrambi sono dotati di coscienza. Questa differenza dovuta alla presenza della coscienza determina la peculiarità delle scienze del comportamento.

La pretesa di poter rendere unidirezionale (distinzione netta soggetto/oggetto e abolizione della qualità coscienziale dell'oggetto) ciò che è inaggrabilmente simmetrico costituisce una finzione ideologica volta ad ottenere solo una pseudo-assimilazione alle scienze fisiche. Le mediazioni strumentali cercano di minimizzare la contro-osservazione e la contro-risposta producendo pseudo-scienza, poiché solo immaginariamente si ottengono in tal modo i risultati "obiettivi" desiderati. Solo l'eliminazione fisica dell'osservato (e

⁴⁸ "Cerchiamo di evitare la contro-osservazione perché non conosciamo noi stessi ed il nostro valore di stimolo e non abbiamo nessun desiderio di saperlo" (Devereux, 1984 [1967], p. 73).

cioè l'assurdo) renderebbe possibile evitare la qualità singolare e precipua delle scienze del comportamento: la coscienza dell'impatto degli stimoli (che solo la materia inanimata non possiede, anche se in alcuni casi ne può conservare una "memoria"). Da questo punto di vista l'unica contrapposizione radicale diventa quella fra le scienze il cui oggetto è inanimato e quelle che si occupano di soggetti animati. All'interno di questa seconda categoria non vi sarebbe alcuna opposizione netta, ma solo differenze di grado, essendo relativa la differenziazione fra animale e uomo: anche l'animale ha una coscienza degli stimoli che riceve, essendo fino a prova contraria riservata all'uomo la capacità di avere "coscienza della coscienza" (si veda al riguardo anche Bateson, 1976). Tutte le discipline che si occupano di esseri viventi sono così chiamate a tenere conto e affrontare la capacità, potenziale o effettivamente agita, della contro-osservazione da parte dell'osservato

Se la relazione fra osservato e osservatore è intrinsecamente simmetrica, non esiste, come in fisica, una loro differenziazione *ab initio*. La differenziazione deve essere posta in modo convenzionale nell'ambito dell'osservazione a fini scientifici. In effetti, negli esperimenti di fisica l'osservato non può replicare all'osservazione dell'osservatore con la propria contro-osservazione ("tu percepisci questo, ma io percepisco quest'altro"). Questa differenziazione fra "natura" dell'osservato e "natura" dell'osservatore deve essere costruita *con metodi legittimi e non fittizi*. Occorre cioè evitare di ricorrere a mezzi artificiosi che finiscono per negare la capacità dell'osservato di contro-osservare e di poter dire o replicare "lo percepisco questo". La soluzione proposta da Devereux deriva dalla teoria di Russel dell'insieme di tutti gli insiemi che non sono membri di se stessi. Sulla base di questa teoria, la distinzione sarà instaurata (convenzionalmente) sulla base del fatto che – per una scelta dell'osservatore – l'osservato potrà solo formulare enunciati (in modo significativo) mentre lui potrà formulare enunciati a proposito di enunciati ("percepisco che percepisco e che il soggetto osservato sta percependo"). Questo permette di mantenere una differenza di natura di tipo logico fra le proposizioni dell'uno e quelle dell'altro.

È da sottolineare inoltre che, nell'ottica di Devereux, la possibilità che il soggetto osservato possa proporre "proposizioni su proposizioni" non è abolita o esclusa in assoluto, ma solo eliminata convenzionalmente. Sarà sempre possibile stabilire una procedura "sperimentale" che revochi tale convenzione, istituendo per l'osservatore una nuova posizione differenziale: quella per cui lui potrà proporre "proposizioni su proposizioni a proposito di proposizioni". Si potrà cioè effettuare un passaggio di livello senza abolire la loro differenza "di natura", stabilita per convenzione.

Una volta definita la distinzione logica e procedurale fra osservato e osservatore, Devereux si pone il problema della collocazione della linea di demarcazione fra i due. Mentre, in fisica quantistica non-relativistica è determinata *unilateralmente*, nella scienza del comportamento, vista la sua qualità precipua più sopra evidenziata, la linea di demarcazione non può che essere definita *bilateralmente* e cioè tramite una transazione e una negoziazione che possono anche non condurre a posizioni concordanti.

La contro-osservazione del soggetto implica l'abbandono dell'idea che l'operazione fondamentale della scienza del comportamento sia l'*osservazione distaccata e oggettiva* di un soggetto da parte di un osservatore. L'operazione cardine è invece l'interazione tra i due, in una situazione in cui ciascuno è simultaneamente osservatore per sé e soggetto per l'altro. Il problema di Devereux diventa a questo punto quello di chiarire in modo logico la demarcazione che stabilisce dove "finisce uno" e dove "inizia l'altro". Questa non può essere definita dalle barriere sperimentali fra i due perché, per l'osservato, possono semplicemente costituire delle estensioni dell'osservatore. In un certo senso, "tutti i mezzi dell'osservazione, dai test agli strumenti fino all'anonimato psicoanalitico, passando per gli specchi unidirezionali, sono informazioni su ciò che l'osservatore desidera nascondere all'osservato, e lo tradiscono quanto una resistenza o una 'dimenticanza' tradiscono un paziente in analisi" (Devereux, 1984 [1967], p. 452).

In linea teorica è allora possibile affermare come la demarcazione possa cadere fra il soggetto osservato e l'apparato strumentale, oppure fra

quest'ultimo e l'osservatore. Nel primo caso l'apparato farebbe parte dell'osservatore, mentre nel secondo dell'osservato⁴⁹. La determinazione della sua collocazione è in ogni caso fondamentale poiché possiede un significato psicologico: la demarcazione viene a coincidere con l'io e di conseguenza questo io viene definito come frontiera e non come un qualcosa dotato di frontiere. Su questa base, vengono criticate le concezioni spaziali e topologiche della psiche.

Quanto fino ad adesso esposto permette di comprendere meglio le modalità di costruzione del dato delle scienze del comportamento, secondo l'ottica di Devereux. Un processo di ulteriore astrazione del suo ragionamento porta a considerare la situazione interattiva fra osservatore e soggetto osservato secondo due diverse angolature. La prima – focalizzata sull'auto-osservazione dell'osservatore – concerne una peculiare modalità di considerazione dell'inconscio e verrà discussa successivamente (vedi par. 4.2.2). La seconda si concentra sulla situazione interattiva nel suo complesso. Da questo punto di vista, l'interazione produce una perturbazione determinata dal metodo osservativo e dalla teoria di riferimento scelti. L'uno e l'altra si

⁴⁹ Per chiarire questo punto della sua riflessione, Devereux riprende da Bohr – estendendolo – l'esempio dell'esplorazione di un oggetto attraverso un bastone. Nel caso in cui l'osservatore impugni in modo fermo il bastone, otterrà informazioni cinestesiche sull'oggetto. Nel caso in cui lo impugni in modo "molle" otterrà informazioni tattili sullo stesso oggetto. Nel primo caso la linea di demarcazione sarà collocata all'estremità del bastone (e quindi questo farà parte dell'osservatore). Nel secondo caso invece la demarcazione cadrà fra la mano ed il bastone (che farà quindi parte dell'oggetto osservato). Devereux amplia ulteriormente le possibilità euristiche dell'esempio, prevedendo ad esempio casi di auto-esplorazione attraverso il bastone (esplorazioni del proprio corpo). Le varie possibilità che si vengono a delineare costituiscono situazioni paradigmatiche per qualsiasi osservazione o esperimento nelle scienze del comportamento. Un esperimento del tipo "bastone tenuto fermamente" tenderà a limitare (fino all'eliminazione) le possibilità di scelta cosciente dell'osservato. Sul lato opposto, un esperimento del tipo "bastone tenuto mollemente" tenderà a massimizzare le possibilità di scelta e interazione cosciente e consapevole dell'osservato. Le estensioni dell'esempio del bastone ai casi di auto-esplorazione permettono euristicamente a Devereux di pensare la situazione di auto-osservazione che si produce in psicoanalisi. Ma su questo punto torneremo più avanti affrontando la questione della psicoanalisi e dell'inconscio nel pensiero dell'autore.

costituiscono come vincoli posti alla possibilità dell'osservato di produrre proposizioni in modo significativo ed al grado in cui sono tenute in considerazione le sue capacità di contro-osservazione. In ogni caso, la perturbazione definisce i "limiti" proposizionali di ciascuno dei partecipanti. Mantenendo quest'ottica, ma focalizzandosi sull'osservatore (e quindi su colui che è impegnato "convenzionalmente" nello sforzo di conoscenza), si può dire che la demarcazione crea una frontiera coincidente con il suo io, mentre l'osservato sarà sempre al di là di tale frontiera e quindi in misura maggiore o minore irraggiungibile. Da questo punto di vista la "espansione" del campo dell'osservatore (spostamento della frontiera "verso" il soggetto) non rappresenta un processo di aumento dell'oggettività dell'osservazione o un incremento delle possibilità di conoscenza, ma più specificatamente un "restringimento" del campo dell'osservato, un aumento dei vincoli posti alle sue possibilità di poter dire legittimamente "Questo io percepisco". Si viene a creare una sorta di paradosso nel processo di conoscenza per cui l'avvicinamento all'altro viene a coincidere con un incremento delle predeterminazioni e dei vincoli, fino al limite di negarne completamente la specificità (capacità di contro-osservazione). Le potenzialità conoscitive di ogni metodo sono ad esaurimento e non posseggono una capacità infinita di espansione. Spinto oltre un certo limite, al contrario, esso produce una conoscenza per "estinzione" del soggetto osservato o, in altri termini, produrrà dei fatti diversi da quelli attesi. "La chiave della mia argomentazione è che *le conseguenze teoriche dell'utilizzazione di una 'sonda'*... sono sempre le stesse perché: 1) il fenomeno si trova sempre alla punta estrema della 'sonda' materiale o concettuale – giusto al di là della portata del *tipo* di spiegazione al quale... [si è] fino a quel momento fatto ricorso; 2) il fenomeno scompare, conformemente al principio di esclusione [o di complementarità] di Bohr, ogni volta che la spiegazione o l'esperimento si spingono troppo lontano... per cui la spiegazione totale (riduzione) di un fenomeno implica logicamente la negazione della sua esistenza" (Devereux, 1984 [1967, p. 469; corsivo nel testo])

Secondo Devereux, come in fisica quantistica, nella scienza del comportamento non si verifica la situazione per cui l'apparato sperimentale rimane separato e indipendente dal fenomeno studiato di cui ne restituirebbe oggettivamente la natura (o alcuni suoi aspetti) senza interferenze. L'apparato *produce* il fenomeno indagato. Di conseguenza, una qualsiasi psicologia per essere tale non può escludere l'esperienza vissuta dell'osservato e deve perciò rinunciare sia alla sua trasformazione in "preparato"⁵⁰, che all'eliminazione della sua coscienza dal novero delle spiegazioni e costruzioni teoriche cui fa ricorso. Queste modalità di procedere di una simile pseudo-psicologia corrisponderebbe infatti ad una eliminazione concreta (*Abtötungsprinzip*) di ciò che si dichiara di voler studiare. La "ispezione" di un soggetto produce infatti fenomeni in modo dipendente dalla relazione d'indeterminazione heisenberghiana. Nel caso in cui l'ispezione vada troppo a fondo, si spinga troppo in avanti, produrrà fenomeni diversi da quelli che cercava di osservare: "Così non è possibile raggiungere l'*interno* di un elettrone – né comunque raggiungerlo – senza creare una situazione radicalmente diversa da quella che si vuole esplorare. In effetti, come ha sottolineato Heisenberg, l'*indeterminazione è alla superficie dell'elettrone*. In fenomeni di questo tipo, il luogo della perturbazione è quindi anche il luogo di una demarcazione, in modo che il limite esterno di un oggetto non è dato *a priori*, ma [è] il prodotto di una ispezione. Ogni perturbazione di questo genere è quindi anche una demarcazione, e ogni demarcazione è sempre anche il luogo di una qualsiasi perturbazione" (Devereux, 1984 [1967], p. 468-469; corsivo nel testo). Un esempio, ripreso sinteticamente dalla storia della psicoanalisi, permette di esemplificare in modo semplice quanto appena scritto. Breuer sta curando Anna O. con il metodo catartico. In stato di ipnosi cerca di risuscitare gli affetti spiacevoli e le fantasie legate agli eventi traumatici patiti dalla donna in passato e responsabili degli svariati sintomi isterici di cui

50 "Un sotterfugio di tipo fisico e verbale consiste nel mutilare prima l'animale da laboratorio fino a non lasciargli che un ultimo soffio di vita, e poi battezzare questo essere pietoso 'un preparato': il che implica che si è ridotto un essere vivente a una cosa, che non merita pietà. È appena necessario aggiungere che una simile manovra riflette il totale divorzio tra il ricercatore e la realtà" (Devereux, 1984 [1967], p. 394).

soffre. Sottoponendo la donna a questa azione di perturbazione ripetuta e continua alla fine non osserva solo le sue reminiscenze ma anche i sentimenti amorosi ed i desideri sessuali che Anna O. inizia a provare per lui e la gravidanza isterica che ne deriva nel momento in cui decide di interrompere una cura divenuta per lui imbarazzante, sia soggettivamente che professionalmente (cfr. Breuer, Freud, 1892-95 ed in particolare l'avvertenza editoriale che precede lo scritto).

La situazione descritta da Devereux può essere sintetizzata, se mai possibile, nel seguente modo. Si dà una relazione fra osservatore e osservato intrinsecamente simmetrica e transazionale e, per i soli fini scientifici, si stabilisce una differenza di natura fra i due sulla base di una attribuzione differenziale di possibilità proposizionali. Qualunque sia il livello n di proposizioni asseribili in modo significativo dall'osservato (n^{esima} proposizione su $n-1$ proposizioni a proposito di proposizioni precedenti), l'osservatore deve poter mantenere un vantaggio nel senso di un diritto convenzionale, concordato e limitato alla situazione di osservazione, di poter emettere la proposizione $n+1$. La proposizione $n+1$ è essenzialmente la decisione ("Questio io percepisco") che determina il dato dell'osservazione a cui l'osservatore decide di assegnare un significato ("Questo significa che"). L'osservazione o l'esplorazione da parte dell'osservatore e, immancabilmente, quelle dell'osservato sul primo creano e ricreano costantemente una demarcazione (concepita sul modello della curva di Jordan) che stabilisce il campo dell'uno (osservatore) ed il campo dell'altro (osservato). Tale demarcazione non è fissa ma varia costantemente di collocazione, determinando di volta in volta cosa sarà interno ed esterno sia per l'uno che per l'altro. Questa demarcazione è anche ciò che determina quello che può essere definito l'io sia dell'osservatore che dell'osservato. L'io viene pertanto ad essere concepito come una superficie coscienziale d'interazione o come una linea di frontiera che svolge funzioni psichiche e non come una regione di spazio dotata di frontiera al cui interno si verificano processi psichici (metafora spaziale della psiche, concezione topologica dell'apparato psichico). Le scelte teorico-metodologiche dell'osservatore determinano la collocazione della

frontiera: più “vicino” all’osservato (interazioni del tipo “bastone tenuto in modo fermo”) oppure all’osservatore (interazioni del tipo “bastone tenuto in modo molle”). Conformemente cambia il tipo di dati che l’osservatore può ottenere ed anche il tipo di residui informativi che può produrre. Tali residui informativi hanno una natura diversa dai dati che l’osservatore si prefiggeva di ottenere, ma possono essere “recuperati” in modo proficuo per costruire conoscenze scientifiche, benché su un “oggetto” diverso (ad esempio, sul “preparato” – inteso come una entità di natura diversa dal presunto soggetto osservato – o, ancora più significativamente, sullo stesso osservatore).

In ogni caso, l’osservatore può conoscere non ciò che accade *nel* soggetto osservato, ma solo ciò che accade *presso di sé* e cioè all’interno del proprio campo (che può o meno comprendere l’apparato sperimentale). In questo senso Devereux può affermare che l’osservazione (ispezione) *produce* il fenomeno. Ed in effetti, nei capitoli precedenti a più riprese si sono mostrati esempi di come l’interazione clinica o di ricerca produca i fenomeni (psicopatologici). Le riflessioni di Devereux su questo punto presentano, come si può facilmente osservare, notevoli punti di contatto con le posizioni del programma di ricerca venutosi a costruire attraverso l’epistemologia genetica e lo studio dei sistemi viventi e cognitivi dal punto di vista della loro autonomia e chiusura organizzativa. Posizioni secondo le quali “la cognizione... è azione effettiva: storia di un accoppiamento strutturale che ‘pone innanzi’ un mondo” (cfr. Ceruti, 2006 [1989]). D’altra parte, occorre sottolineare che la frontiera deveureuxiana (concepita come una curva di Jordan) crea una bipartizione topologica del piano d’interazione, definendo ciò che sta da un lato della curva e ciò che sta dall’altro. Non vi è dunque l’idea di una “chiusura” della frontiera, poiché il problema non è quello di un sistema che si auto-organizza in un ambiente, ma di due soggetti che interagiscono simmetricamente e sulla base di una transazione.

Tutto ciò ha notevoli ripercussioni sulle concezioni di Devereux relative all’antropologia, alla psicoanalisi e a quelle che lui chiama “teorie primitive del comportamento”. I prossimi paragrafi cercheranno di presentarle, precisando

che la loro esposizione permetterà anche di preparare il terreno per comprendere le evoluzioni dell'etnopsichiatria clinica proposte da Nathan come possibilità che discendono dalle tensioni interne al pensiero devereuxiano.

4.2.1 Limiti e possibilità dell'osservazione partecipante

La specifica problematica della relazione fra osservato e osservatore è analizzata nel testo di Devereux (1984 [1967]) rispetto alla metodologia antropologica dell'osservazione partecipante. L'autore mette in guardia l'antropologo su tutta una serie di difficoltà che possono minare la validità delle sue osservazioni, pur segnalando le possibilità attraverso cui poter raggiungere una conoscenza effettivamente scientifica. "Il punto fondamentale è che le esperienze dell'osservatore partecipante non sono praticamente mai conformi a quelle di chi si dedica a un'attività precisa *in modo abituale*" (Devereux, 1984 [1967], p. 203; corsivo nel testo). L'osservatore partecipante non può mai raggiungere una qualità di esecuzione dei comportamenti, previsti da una certa situazione, che sia paragonabile a quella dei soggetti che studia. La conseguenza è che le risposte ottenute sono sempre, in qualche misura, "anormali" e comunque mai "tipiche". In particolare, partendo da un'ipotetica ricerca sulla sessualità dei "primitivi" attraverso il metodo dell'osservazione partecipante, Devereux analizza i problemi da affrontare e arriva a notare che: "Le abitudini sessuali dell'osservatore partecipante, culturalmente determinate, possono quindi provocare reazioni atipiche da parte di un partner, le cui pratiche sessuali sono diverse" (Devereux, 1985 [1967], p. 205). Inoltre, l'osservato può giudicare come "anormali" i comportamenti dell'osservatore che derivano invece da altre determinazioni culturali (al cui interno sono "normali" – posto che effettivamente lo siano), complicando così ulteriormente la situazione interattiva per cui a comportamenti giudicati "anormali" seguono risposte "atipiche" e così all'infinito.

Tutto ciò muove Devereux ad avanzare una ulteriore obiezione all'osservazione partecipante: "Obiettivamente parlando, una interazione di

questo tipo non suscita reazioni 'primitive', ma piuttosto un comportamento 'acculturato'" (Devereux, 1984 [1967], p. 209). Si riconosce in questa affermazione la posizione più sopra esposta, secondo la quale l'osservazione produce il fenomeno osservato. La produzione è tale per cui il comportamento dell'osservato deve essere letto non in funzione della sua matrice culturale "di per sé", e ad essa attribuito, ma di come questa consenta un certo tipo di reazione (acculturativa) all'interferenza prodotta dall'osservatore.

D'altra parte, l'osservazione partecipante può consentire di ottenere dati scientifici, a condizione che – ancora una volta – il focus dell'attenzione non sia l'osservato, ma le perturbazioni che si creano e le reazioni dell'osservatore. In una situazione di osservazione partecipante, la risposta del soggetto può diventare un dato fondamentale per la scienza del comportamento a condizione che: a) venga riconosciuta come una reazione alla perturbazione (comportamento "acculturato"); b) venga corredata da commenti dell'osservato rispetto ai comportamenti "normali" e "tipici" (e cioè non acculturati) prodotti da una medesima situazione interattiva in cui l'interlocutore non sia un antropologo (o comunque un estraneo); c) l'osservatore sia consapevole del suo valore di stimolo (perturbatore) e che quindi capisca a cosa l'osservato sta effettivamente rispondendo.

Se il problema è il comportamento di individui appartenenti ad una data cultura, occorre allora considerare gli effetti ed i prodotti del processo di inculturazione. Definito quest'ultimo come un insegnamento sui modi per "ricavare soddisfazione reciproca dai comportamenti reciproci convenzionali" e come un'istruzione a comportarsi in modo "conveniente" anche in situazioni impreviste, Devereux sottolinea come ne consegua la tendenza ad assimilare ogni nuova situazioni a quanto già previsto dalla cultura. Una situazione nuova (ad esempio, l'arrivo dell'etnografo) richiede una sua assimilazione ai modelli esistenti (tradizionali): assegnando all'etnografo uno statuto tradizionale, il gruppo arriva ad applicare nei suoi confronti forme di comportamento previste e "tradizionali". È così che l'antropologo ad esempio potrà essere "adottato" da un membro del gruppo, a meno che – si potrebbe aggiungere – la sovra-

saturazione di ricerche etnografiche non abbia già consentito al gruppo di integrare fra i suoi modelli “tradizionali” quello del comportamento (in prima battuta “acculturato”) nei confronti del “tipico” antropologo⁵¹. In ogni caso,

⁵¹ Si può osservare come le sovradeterminazioni della posizione dell'antropologo all'interno di un certo gruppo raggiungano livelli assolutamente globali, in cui la storia del gruppo stesso (in generale e rispetto ai rapporti con gli antropologi), le sue relazioni internazionali, così come la trama di relazioni politiche e comunitarie nell'ambito di una stratificazione e organizzazione sociale complessa, arrivino a costituire lo sfondo concettuale e pratico a partire dal quale l'antropologo è collocato. Lo studio del Candomblé brasiliano (e bahiano in particolare) assume da questo punto di vista un valore assolutamente paradigmatico: per la lunga storia di studi che lo hanno riguardato (solo per ricordare gli autori più noti e non certo i primi ad essersene occupati: Bastide, 2000 [1958]; Verger, 1999 [1957]; Herskovits, 1943 e 1944); per la sfaccettata configurazione ideologica assunta dalla questione del “colore della pelle” nel contesto brasiliano – in rapporto alle specifiche impostazioni del colonialismo portoghese ed alle successive influenze delle posizioni del “movimento nero” provenienti dagli Stati Uniti (cfr. Fry, 2005); per il peculiare valore assunto dal tema delle eredità culturali africane e indie nella definizione delle identità e delle pratiche religiose brasiliane (Parés, 2007; Dos Santos, 1995). Una ricerca di terreno svolta a Salvador da Bahia (periodo giugno-agosto 2008), ha permesso a chi scrive di constatare come tutto ciò si rifletta nelle strategie di collocazione dell'antropologo: inizialmente, nel senso di messa a distanza e interdizione nei confronti del ricercatore che appare come un amalgama di qualità negative (il “tipico” bianco, il “tipico” europeo, il “tipico” antropologo, ecc.). L'interdizione iniziale può arrivare anche ad essere definitiva, quando l'interlocutore di origini africane si rifiuta di avere un dialogo con un “bianco europeo”, essendo posizionato secondo un'ideologia oppositiva derivante dagli indirizzi provenienti dall'America del Nord. Il superamento di simili etichette non procede del resto nel senso di un'apprensione finalmente sgombra da pre-giudizi e capace di vedere la persona in sé (cosa impossibile come si è detto), ma nel senso di un suo incasellamento diverso: come quello, ad esempio, derivante da un'iniziazione ad un qualche tipo di carica culturale. Emblematica è da questo punto di vista la posizione di Verger, arrivato a quella di *pai-de-santo*, ma ovviamente non la sola: molti di coloro che scrivono sul Candomblé sono degli iniziati ad una qualche carica ed in genere a quella di *ogan* (sia nelle sue versioni di “difensore” sociale e politico e di “sostenitore” economico che in quelle di sacerdote secondario: sacrificatore, ecc.). Da tutto ciò consegue un intreccio indissolubile fra funzione conoscitiva e funzione politica e culturale. Conoscere diventa intervenire nelle dinamiche di potere (prestigio, riconoscimento, ecc.) di un certo *terreiro* rispetto agli altri, e di una certa “nazione” nei confronti delle altre. Nota è stata la funzione di Verger e Bastide nell'innalzare il valore della tradizione africana, rispetto a quella india, nel candomblé brasiliano (e di conseguenza anche delle nazioni maggiormente fedeli ad essa: gruppi *Nagô* vs.

all'assegnazione di un dato statuto sociale conseguono sia la messa in atto di comportamenti conseguenti da parte del gruppo, che l'attesa di comportamenti complementari da parte dell'antropologo. La mancanza della risposta attesa dall'osservatore ad un segno-domanda (*eliciting cue*), per qualsiasi ragione essa si verifichi, può ingenerare reazioni "atipiche" (ed anche angosciate) nel gruppo studiato ed in ogni caso l'avvio di una interazione "anomala", se non decisamente "anormale"⁵². Per tale ragione, Devereux arriva a proporre un

Bantou). Conoscere diventa anche intervenire e influire direttamente sulle conoscenze dei gruppi e sui loro sistemi culturali. Le ricerche di Verger, fra Brasile e Africa, hanno portato ad una rivisitazione del concetto di bambino *abiku* utilizzato in Brasile, frutto di una deriva di significato prodottasi a partire da quello "originario" africano (cfr. Nathan e Hounkpatin, 1998). Cosicché nel contesto del Candomblé brasiliano, a seconda delle tradizioni, delle nazioni e dei *terreiro* è possibile incontrare sia l'uno che l'altro. È da sottolineare un ultimo punto. Da una parte, il ricercatore "esterno" si trova ad interagire con adepti ed iniziati che a loro volta sono antropologi, psicologi, psichiatri, sociologi, ecc., in conseguenza della sovraesposizione scientifica di questa religione e dei processi sociali di gruppi pienamente inseriti nelle dinamiche contemporanee di un mondo globalizzato. Dall'altra, i gruppi di Candomblé non presentano solo strategie "ricettive" dei rappresentanti dei saperi disciplinari scientifici, ma attivamente incaricano propri membri di acquisire le conoscenze di tali saperi attraverso un percorso formale di studi. Nel corso della missione di ricerca in Brasile, ad esempio, chi scrive ha potuto conoscere una *filha-de-santo* incaricata dal proprio *terreiro* di occuparsi di salute mentale nell'ambito delle istituzioni pubbliche.

⁵² "... ogni situazione senza precedenti e ogni perturbazione mettono alla prova, fino ai limiti estremi, la gamma di possibilità, la portata e l'elasticità di un sistema, come la cultura o la personalità, e ciò in maniera più radicale che qualunque altro evento o osservazione abituale. Essa rivela precisamente a cosa – e quanto – un sistema può far fronte con i propri mezzi e senza modificare la propria natura, ma semplicemente ricorrendo a premesse implicite, potenzialità e implicazioni latenti. In altri casi, ciò dimostra l'incapacità del sistema ad affrontare situazioni nuove rispettando i propri limiti, e indica il modo in cui deve modificarsi per non spezzarsi di fronte al compito di includere situazioni completamente nuove" (Devereux, 1984 [1967], p. 446). Questa citazione connette direttamente la prospettiva di Devereux ad una precisa teoria del trauma (cfr. Devereux, 1975 [1972]), ed evidenzia anche alcune convergenze con le epistemologie dei sistemi viventi che si focalizzano sulla loro autonomia e sui processi di chiusura organizzativa. Si può osservare in questo senso come le reazioni di un soggetto (o di un gruppo) ad un evento traumatico rivelino sempre la specifica organizzazione che lo caratterizza, la quale potrà essere poi studiata dal punto di vista culturale o psicologico. È possibile notare, in particolare, come venga istituita una concettualizzazione interattiva del

accorgimento metodologico per il lavoro di campo, che prevede un conformarsi, iniziale, delle domande e delle risposte al modello interattivo al cui interno l'antropologo è stato inserito. Solo in questo modo è possibile permettere lo sviluppo della relazione e dunque della conoscenza. L'approfondimento della relazione, d'altra parte, permette all'antropologo di arrivare ad instaurare un'interazione al cui interno domande e risposte possono svincolarsi da quanto previsto dai rispettivi statuti e progressivamente basarsi maggiormente sulle qualità e caratteristiche concrete degli attori che vi partecipano, come pure sui reciproci obiettivi ed interessi (compresi quelli scientifici). Ogni comportamento dovrà essere allora considerato come espressione di una precisa collocazione reciproca (che a sua volta ne determinerà il significato) e non appreso come

trauma per cui: a) un evento potrà assumere qualità traumatiche anche in funzione del fatto che sia previsto o meno da un certo individuo o da una certa cultura (cfr. la distinzione di Devereux fra disturbi etnici e idiosincrasici; cap. 2); b) l'evento rivela i "gradi di libertà" di un sistema (individuale o collettivo) e cioè la sua capacità di rispondervi senza modificarsi o comunque senza perdere la propria natura; 3) l'organizzazione del sistema determina, entro certi limiti di compatibilità, il tipo di modificazione cui andrà incontro in funzione delle sue "premesse implicite, potenzialità e implicazioni latenti"; 4) nella misura in cui l'evento attinge la qualità di "traumatico", acquisisce anche un valore informativo e di controllo (dall'esterno) del sistema individuale o collettivo, indicando il modo attraverso cui deve modificarsi per integrarlo. La teorizzazione di Devereux arriva così al punto di considerare quali processi si attivino nel momento in cui il sistema perde la propria "chiusura organizzativa", al fine di poterne recuperare una nuova (sia questa funzionale o disfunzionale). Nel capitolo 6 si potrà osservare come un evento traumatico (tortura) possa essere informativo rispetto al sistema individuale e cioè arrivare a influenzare la sua nuova organizzazione interna installando in essa un elemento esterno (cfr. Sironi, 2001 e 2007). Possono essere letti in questo modo anche gli atteggiamenti e le reazioni "contro Laio/Giocasta" del bambino rispetto ai comportamenti edipizzanti dei genitori. Una serie di CBS possono essere fatte rientrare in questo schema (come ad esempio, il *latah* malese, cfr. Inglese, Peccarisi, 1997, ma anche de Martino, 2007 [1948]). Un esempio di questo processo a livello collettivo, si può rintracciare nella comparsa degli *Hauka* e dei *Sasale* nel culto a possessione dei Songhay del Niger analizzata da Stoller (1989) e già richiamata in precedenza.

qualcosa che ha significato di per sé (secondo un teorico senso comune condiviso, oppure secondo la teoria del ricercatore)⁵³.

L'assegnazione all'antropologo di un dato ruolo costituisce una limitazione di ciò che può conoscere della cultura complessiva del gruppo che sta studiando. Essa infatti determina una gamma sempre ridotta di situazioni interattive da lui sperimentabili e di comportamenti che nei suoi confronti vengono tenuti. È solo con il progressivo attraversamento dei vari statuti assegnatigli, che l'antropologo può acquisire una "mobilità sociale" all'interno del gruppo ed anche una consistenza soggettiva concreta (non coperta e deformata dal ruolo) e quindi arrivare a conoscere la complessità culturale del gruppo con cui interagisce. Se l'attraversamento non riesce, l'osservatore non può che produrre una descrizione parziale della cultura e della personalità etnica: "... invece di tentare di calmare la nostra coscienza scientifica con la finzione della neutralità dell'osservatore partecipante, dovremmo piuttosto analizzare la situazione effettiva nella quale ci lasciamo coinvolgere dai soggetti, in modo da raggiungere una piena obiettività, l'unica che può metterci in grado di esaminare il ruolo che ci viene assegnato. La finzione dell'osservatore partecipante non può sostituire un'analisi di questo tipo, perché produce spesso informazioni del tutto ingannevoli" (Devereux, 1984 [1967], p. 413). La possibilità di sviluppare conoscenze scientifiche attraverso l'osservazione partecipante non dipende quindi dalla progressiva diminuzione della distanza dall'altro attraverso la partecipazione alla sua vita, ma dalla possibilità di produrre perturbazioni (anche con la sola presenza) che

⁵³ Devereux cita vari esempi tratti dal suo lavoro di campo con i Sedang, per sostanziare questa precisazione. In questo contesto basterà citarne uno. L'autore richiama il momento in cui gli abitanti di Tea Ha realizzarono un sistema per portare l'acqua alla sua casa, posta appena fuori del villaggio, dopo un periodo di atteggiamenti esplicitamente ostili e rifiutanti. Solo a posteriori, Devereux ha compreso come il gesto non andasse ingenuamente appreso come segno di accoglienza, ma secondo i principi giuridici Sedang che legano l'accesso al pozzo comune all'appartenenza al gruppo. Il gesto costituiva un ulteriore segno di differenziazione da lui e di una sua tenuta a distanza, benché all'interno di un processo di progressivo avvicinamento che avrebbe condotto alla sua adozione da parte di un membro del villaggio.

provengono sempre dall'esterno, in modo da poter osservare le reazioni che il gruppo (in quanto sistema e a partire dalla sua specifica organizzazione sociale, concettuale e valoriale) mette in atto. L'interferenza dell'osservatore offre la possibilità di conoscere le modalità di reazione (convenzionali e non convenzionali) dell'osservato alla presenza di un estraneo e le modalità attraverso cui questo si lascia osservare: "... feconda di idee nuove è l'identificazione del contesto, o del complesso culturale grazie al quale una società affronta la situazione creata dalla presenza del ricercatore" (Devereux, 1984 [1967], p. 447). Le modalità caratteristiche di un sistema di reagire alle perturbazioni possono essere comprese solo producendole.

4.2.2 Aritmie psicoanalitiche nell'etnopsichiatria

È stato sottolineato come il principio di complementarità permetta a Devereux di mantenere la psicoanalisi nel cuore dell'etnopsichiatria generale da lui sviluppata. Tutta la sua vasta produzione è in effetti costantemente intessuta con i fili della prospettiva psicoanalitica (ortodossa, secondo la sua stessa auto-definizione). Questo nonostante che l'istituzione psicoanalitica abbia mantenuto sempre, nei suoi confronti, un atteggiamento ambivalente, quando non vessatorio (cfr. Inglese, 2007; Bloch, 2000). Si può sostenere tuttavia che non è senza fibrillazioni, interne allo stesso pensiero di Devereux, che una simile conservazione viene garantita. Si è già fatto presente il diverso ordine di successione temporale, fra ciò che è esterno e ciò che è interno, attraverso cui Devereux propone di ripensare alcuni aspetti anche centrali della teoria psicoanalitica (complesso edipico e pulsioni cannibaliche del bambino). Il testo che stiamo analizzando in questa parte della tesi testimonia, in modo chiaro, di ulteriori tensioni che si producono fra psicoanalisi ed epistemologia delle scienze del comportamento, permettendo di comprendere gli sviluppi successivi dell'etnopsichiatria clinica. Le fibrillazioni derivano non tanto dai contenuti teorici (di tipo psicoanalitico) che Devereux propone, quanto dalla prospettiva epistemologica che prova a sviluppare, cercando di porla a fondamento di tutte

le scienze del comportamento. L'ambizione del testo è quindi assai elevata, non nel senso di avanzare una loro eventuale unificazione teorica, ma in quello di rintracciare e definirne una possibile comune epistemologia a partire dal rapporto osservatore-osservato e dal postulato dell'inconscio. È proprio quest'ultimo aspetto il più problematico, come cercheremo di evidenziare. Continuando a mantenersi ancorati all'analisi del testo metodologico ed epistemologico di Devereux, è possibile mettere in luce una prima fibrillazione nel momento in cui egli dichiara di considerare la psicoanalisi, innanzitutto e primariamente, come una epistemologia ed una metodologia e solo secondariamente come una teoria ed una scienza applicata (psicoterapia). Vengono così private di valore intrinseco tutte le specifiche teorizzazioni in campo psicoanalitico e soprattutto quelle che si spingono a specificare contenutisticamente l'inconscio: un certo numero di esse viene semplicemente considerato fallace e non scientifico (e cioè di natura essenzialmente metafisica, oppure come derivante da mere "proiezioni" sull'infante e sul bambino di fantasmi tutti adulti che assediano la mente degli stessi psicoanalisti), e le restanti assumono il valore di strumenti euristici per orientarsi (e non perdersi) nel difficile e delicato compito della psicoterapia: "Certi psicoanalisti non sembrano rendersi conto del fatto che si impiegano concetti come l'Io, il Preconscio, ecc. non perché denotino, in modo evidente, delle realtà, ma perché sono gli strumenti migliori, e praticamente gli unici, di cui disponiamo attualmente" (Devereux, 1984 [1967], p. 481). Secondo l'ottica dell'autore, la qualità psicoanalitica di un pensiero o di una pratica terapeutica deriva non dall'adesione cieca o ideologica ai contenuti della teoria psicoanalitica, ma dall'adozione dell'epistemologia psicoanalitica elaborata da Freud, basata essenzialmente sull'esistenza di una dimensione inconscia della mente. Nell'elaborazione di un'epistemologia delle scienze del comportamento, l'esistenza dell'inconscio è mantenuta ferma, mentre è lasciata impregiudicata – poiché dipendente dalla teoria di riferimento dell'osservatore – la sua specificazione contenutistica. Benché non lesini critiche a certe impostazioni psicoanalitiche di tipo metafisico, il suo interesse non è criticare le teorie esistenti, né sostenerne una in particolare. L'intento prioritario di Devereux è

definire le caratteristiche di una epistemologia comune alle scienze del comportamento, tra le quali non può mancare la previsione dell'inconscio. È da questo punto di vista che, ai suoi occhi, la psicoanalisi rappresenta il paradigma ed il prototipo di tutte le scienze del comportamento. Non perché contenutisticamente sia la più scientifica o perché i risultati e le conoscenze che ha raggiunto siano i più veri (l'autore ammette anzi la versione opposta). Ma perché è quella che in modo più risoluto si fonda sulla dimensione inconscia dei processi psichici. Da questo punto di vista, permette di prendere in considerazione anche il doppio livello (manifesto e latente) dei processi culturali. Anche nella cultura si ritrova un livello apparente – di norme, valori, ecc. – ed uno nascosto: l'*ethos* culturale sarebbe definito proprio come la specifica configurazione delle relazioni esistenti fra norme e valori manifesti e latenti (Devereux, 1998 [1951]). Il tentativo deveureuxiano è quello di ritornare a quella che lui considera l'epistemologia psicoanalitica (e freudiana in particolare), contribuendo al suo sviluppo. Tuttavia, se è vero che la psicoanalisi è nell'essenza una epistemologia dell'interazione in cui lo "strumento di misura" è il terapeuta stesso (come testimonia l'attenzione per i processi relazionali, ed in particolare controtransferali), è opportuno domandarsi quanto l'epistemologia proposta da Devereux coincida con essa o a che prezzo mantenga la coincidenza.

L'attenzione dell'etnopsichiatria generale è focalizzata sul valore delle perturbazioni ed anche sulla loro produzione in quanto strumento di conoscenza e di intervento. Quella di Freud appare invece indirizzata ad evitare le perturbazioni (=suggerzioni) poiché l'inconscio (come la sua verità) è nel paziente o – utilizzando il linguaggio deveureuxiano – presso il paziente. Secondo Devereux, inoltre, questa attribuzione della collocazione dell'inconscio (interpretato o comunque compreso dall'analista) presso o nel paziente è solo un'assunzione a posteriori in base alla quale ciò che si produce presso l'analista viene assunto come originantesi "là fuori" (e cioè presso il paziente). In altre parole, nella prospettiva dell'epistemologia deveureuxiana, le uniche informazioni a disposizione dell'analista sono costituite da ciò che avviene presso (o "dentro", in termini quotidiani) di lui in conseguenza di perturbazioni

prodotte dall'interazione. L'inconscio del paziente è attingibile solo in via derivata e rimane come ogni fenomeno empirico sempre al di là di ciò che può essere direttamente raggiunto. L'unica cosa con cui ha a che fare l'analista è alla fine il proprio inconscio e, postulando un'equivalenza tra la sua psiche e quella del paziente, nonché una circolarità comunicativa prodotta dall'interazione per cui ciò che auto-osserva in sé deriva da ciò che avviene nel paziente, è in diritto presumere che ciò che avviene nel suo inconscio possa dirgli qualcosa di quanto avviene in quello del paziente. "Interpretandone le ripercussioni [delle perturbazioni] dentro di sé, l'analista pretende di interpretare anche l'inconscio del paziente..." (Devereux, 1984 [1967], p. 494). D'altra parte, esiste un pericolo: "Ogni analista che crede di poter percepire *direttamente* l'inconscio del paziente, piuttosto che il proprio, si inganna da sé. Chi pratica l'analisi secondo quest'ipotesi erronea non può operare che delle pseudo-guarigioni. Praticando meccanicamente l'analisi trasforma il paziente in ciò che a volte viene chiamato una 'rapa', ma che potremmo a ragione chiamare uno 'zombie'. Anche questo è un modo di liquidare la persona, e di realizzare con mezzi psicologici quel che l'elettrochoc e la lobotomia realizzano con mezzi fisici" (Devereux, 1984 [1967], p. 495; corsivo nel testo). In casi simili, infatti, un concetto o un presupposto (una teoria dell'inconscio) viene usato per frapporre una distanza fra sé e l'altro e quindi a scopi difensivi per limitare, arginare ed evitare la perturbazione avvertita presso di sé⁵⁴. Detto in altri termini, il modo

⁵⁴ Ogni procedura che pretende di avere una "presa totale" sull'altro, che presume di conoscerlo direttamente e in qualche modo "dominarlo", mentre lo tiene a distanza, viene concepita come sottrattrice di "anima" (=zombificante). Gli interventi in cui si sostanziano simili procedure (modello del "bastone tenuto in modo fermo") limita, infatti, la libertà di colui a cui si rivolge; lo obbliga all'adesione ad una teoria, un modello o un principio e forse addirittura installa nell'altro – come potenza resa tirannica per via traumatica – la teoria, il modello o il principio. Si potrebbe aggiungere che il rischio ulteriore è che sia lo stesso terapeuta a trasformarsi in *zombie* (rischio contro cui i clinici combattono sempre). Si può sottolineare del resto come una volta creato lo zombi, sia necessario prestare attenzione a nutrirlo nel giusto modo. Anche un solo granello di sale, infatti, può provocare l'immediata presa di coscienza da parte dello zombi della propria condizione di schiavitù e scatenare uno scoppio incontrollato di violenza distruttiva verso l'*hungan* che lo ha catturato e verso tutti i suoi beni. Allo scoppio di violenza non segue tuttavia la propria liberazione: finita la collera devastante e compiuta la vendetta lo zombie torna

con cui il terapeuta tratta il paziente può essere assai indicativo di come tratta se stesso. Il non rispetto della specificità dell'altro è prima di tutto non rispetto della propria. Per questa ragione Devereux si avvicina molto ad una concezione teoricamente aspecifica del fattore terapeutico, quando afferma che: "Credo... che ciò che cura i nostri pazienti non è ciò che sappiamo, ma ciò che siamo, e che dobbiamo amare i nostri pazienti" (Devereux, 1984 [1967], p. 65).

È una concezione dell'inconscio sostanzialmente eterodossa quella che Devereux arriva a proporre, o quanto meno quella che si può dedurre analizzando lo scritto. Interessato ad un'analisi operativa dei mezzi e dei modi tramite cui esso diventa accessibile all'osservazione, l'autore arriva ad una completa riformulazione dell'inconscio in termini di funzioni che appare assai distante dalla versione classica. E questo nonostante che Devereux cerchi di minimizzare le differenze fra la sua proposta di una psiche come insieme di funzioni attualizzate da una perturbazione e la concezione topologica. Le metafore spaziali sarebbero solo e soltanto metafore che non pregiudicano affatto la completa permutabilità tra la sua concezione funzionale dell'inconscio (e della psiche) e quella topologica. In parte questa visione è corretta, poiché anche Freud fornisce una lettura della psiche in termini di funzioni. Ma il problema della compatibilità o meno delle due prospettive non sembra ritrovarsi precisamente in questo.

Un fenomeno non è né inconscio, né preconsciouso, né conscio (giusto per mantenersi alla prima topica). Il dato dello psicoanalista (ingenuamente concepito come fenomeno inconscio che si verifica "laggiù") è costruito come ogni altro dato a partire dalle operazioni di decisione. Un passo dell'autore sembra particolarmente istruttivo: "In un certo senso, l'enunciato «Lasciamo che le parole del paziente colpiscano l'osservatore, e provochino una perturbazione alla quale questi reagirà esclamando: 'Questo io percipisco'», considera

mestamente alla propria tomba e vi si cala (cfr. Métraux, 1971 [1958]). Tutto ciò ha a che fare con il problema del "maltrattamento teorico" verso i pazienti, su cui si è soffermata Sironi (2003) – cfr. par. 5.1 – ma può essere espresso anche in altri termini: Edipo, uccidendo Laio, compie il fatto (=carattere) di un padre che si caratterizza per la sua *hybris* e per i continui agiti dei propri impulsi sessuali e aggressivi verso il figlio (cfr. Devereux, 1953). Alla fine, a rimanere sul "campo di battaglia" sono un cieco bandito dalla città e un morto (come minimo).

semplicemente la perturbazione come frontiera. Poco importa... che si tratti di una frontiera fra 'regioni' o tra gruppi di funzioni. Dal punto di vista del metodo, l'enunciato implica soltanto che più si differisce la reazione 'Questo io percepisco' – e più numerose sono le funzioni che vengono colpite dallo stimolo – più i fenomeni effettivamente percepiti saranno significativi e autenticamente comportamentali" (Devereux, 1984 [1967], p. 513). In questo passo l'autore è impegnato a dimostrare la non rilevanza della differenza fra concezione spaziale e per funzioni della psiche. Esso mostra come l'inconscio, secondo l'autore, si qualifichi essenzialmente per il grado di differimento del momento decisionale che istituisce il dato ("Questo io percepisco") o, in altri termini, per il numero di funzioni che vengono attivate e che permettono di dire "Questo significa che"⁵⁵. Alla fine ciò che rimane dell'inconscio e che, comunque lo si chiami, fonda l'epistemologia etnopsichiatrica è essenzialmente: a) una scelta sul cosa e sul chi sia autorizzato a perturbare l'osservatore stesso (scelta dipendente dagli schemi concettuali di quest'ultimo); b) una perturbazione che produce una demarcazione come superficie (o linea) di interazione fra osservatore ed osservato; c) la decisione di arrestare tale perturbazione prima o dopo, di lasciare che un numero maggiore o minori di funzioni (=pensieri) venga attivato; d) gli effetti che la comunicazione di tali pensieri esercitano sull'osservato.

Al fondo, il problema è *come* sia possibile conoscere e *cosa* dopo tutto si conosce. Le risposte che Devereux sembra dare sono essenzialmente due, in parte coincidenti. Come si conosce? Creando le condizioni affinché si crei una perturbazione (parte coincidente). Cosa si conosce? Sempre qualcosa d'altro dal previsto. L'antropologo partecipa alla vita di un gruppo, pensa di poterne conoscerne la cultura, ma ciò che trova è la reazione "acculturata" del gruppo alla sua presenza ed alla perturbazione che questa crea. Di nuovo, occorre raccogliere i residui di un processo di conoscenza per produrre conoscenza. I

⁵⁵ La traduzione in termini quotidiani dell'espressione "numero di funzioni colpite dallo stimolo" può essere: quanto l'osservatore si consente di seguire (in termini attivi) o di essere guidato (in termini passivi) da pensieri che in altri contesti sarebbero considerati strani, inappropriati, scandalosi, irrazionali, ecc.

dati utilizzabili e proficui che il rapporto di conoscenza produce derivano da fatti-residui. Mentre la cultura del gruppo rimane sempre un po' più in là. Se si arriva fino alla fine, come ha sottolineato Bohr rispetto alla biologia, non si avranno i dati sperati ma la morte del soggetto osservato⁵⁶. Alla fine, per avere il dato che si desidera bisogna obbligare il soggetto a fornirlo attraverso una certa procedura. Ma in tal caso si abolisce la qualità specifica dell'oggetto delle scienze del comportamento e cioè il fatto che l'oggetto è un soggetto dotato di coscienza. L'obbligo a fornire il dato rende il soggetto uno *zombie*. Da questo punto di vista, il metodo proposto è di tipo "negativo": occorre eliminare o comunque analizzare tutto ciò che tende ad obbligare il soggetto in una certa posizione proposizionale e discorsiva, finanche il metodo nella misura in cui è usato a fini difensivi per proteggersi dall'angoscia che l'interazione conoscitiva provoca. L'inconscio da una simile prospettiva è denotato da ciò che rimane fuori dalla coscienza (intesa come frontiera) e dalla conoscenza dell'osservatore, sia per ragioni soggettive (scotomizzazioni idiosincrasiche) che oggettive (derivanti dal metodo utilizzato e dalla teoria di riferimento che definiscono le perturbazioni significative da considerare e quelle irrilevanti da tralasciare). Si comprende come in questo caso il concetto di inconscio diverga da quello freudiano, derivando anche da fattori essenzialmente epistemologici. Il metodo "positivo" è rintracciato nell'esplorazione dell'inconscio dell'osservatore (auto-osservazione). Per tale ragione la psicoanalisi arriva a configurarsi come prototipo e paradigma delle scienze del comportamento, in quanto metodologia che si avvale specificatamente dell'inconscio dell'analista a fini conoscitivi (e, in subordine, terapeutici).

Se si segue il ragionamento epistemologico di Devereux, derivante dalle innovazioni in fisica quantistica e relativistica, si può arrivare alla necessità di postulare un "inconscio" o comunque l'esistenza di una "cosa" nominabile in questo modo. Tuttavia la necessità di tenere insieme l'inconscio

⁵⁶ Così si esprime l'autore danese: "... dobbiamo renderci conto del fatto che ogni dispositivo sperimentale con cui fosse possibile studiare il comportamento degli atomi di un organismo, come si fa per i singoli atomi nelle esperienze fondamentali della fisica atomica, escluderebbe di per sé la possibilità di mantenere quell'organismo in vita" (Bohr, 1937, p. 45)

epistemologicamente determinato con quello psicoanalitico sembra condurre a tensioni interne al ragionamento sviluppato.

Dal punto di vista epistemologico, l'inconscio si configura come una dimensione prodotta dall'auto-osservazione (in modo parallelo alla produzione del fenomeno da parte dell'osservazione). Rappresenterebbe il resto che sta oltre il limite della "coscienza" dell'osservatore, oltre il limite di quella frontiera che è il suo io. Sia il soggetto nell'osservazione che l'inconscio nell'auto-osservazione sarebbero in qualche modo inaccessibili poiché sempre posti al di là della punta estrema della sonda materiale o concettuale (per usare le parole di Devereux) utilizzata dall'osservatore. Heisenberg ha sottolineato come l'indeterminazione stia o si produca alla superficie dell'elettrone. Nelle scienze del comportamento l'indeterminazione sta o si produce alla superficie del soggetto osservato (nell'osservazione) e dell'inconscio (nell'auto-osservazione). È possibile leggere secondo quest'ottica le estensioni fatte da Devereux dell'esempio di Bohr dell'esplorazione di un oggetto con un bastone.

Le esplorazioni dell'oggetto con "bastone tenuto in modo fermo" o con "bastone tenuto in modo molle" corrispondono a possibilità di osservare il soggetto determinandolo in un senso o in un altro. Allo stesso modo l'osservatore può trattare se stesso, nell'auto-osservazione, secondo la modalità del "bastone tenuto in modo fermo" o secondo quella del "bastone tenuto in modo molle", rimbalzando subito nel "segmento glaciale" dell'"inconscio", oppure dandosi maggiori gradi di libertà e di pensiero. In psicoterapia, l'evitamento del rischio di fabbricare zombi, da parte del clinico, deriverebbe dall'evitamento dell'auto-fabbricazione di sé in zombi.

Se si considera quanto appena detto, la critica di Isabelle Stengers (2003) a questa fondazione sull'inconscio dell'epistemologia delle scienze del comportamento non sembra cogliere nel segno. L'autrice afferma che il postulato dell'inconscio comporta un rischio (e un'incertezza) per il paziente e non per il clinico/sperimentatore. Si verificherebbe la situazione opposta a quella presente nella fisica quantistica dove è il ricercatore a correre il rischio ed a sperimentare l'incertezza del conoscere e non certo l'elettrone. Se è vero il modo attraverso cui si è proposto di leggere Devereux, il rischio della

zombificazione è corso sia dal paziente che dal clinico. Da questo specifico punto di vista, non sembra esserci opposizione e differenza radicale fra fisica quantistica e scienze del comportamento, ma una differenza relativa che non spezza il legame che Devereux ricerca con essa e non invalida le sue riflessioni. La differenza relativa discende dal fatto che l'elettrone (al contrario dell'osservato) non ha coscienza e non contro-osserva. Per questa ragione, in fisica quantistica, il rischio e l'incertezza ricadono tutte dalla parte del ricercatore: l'elettrone è indifferente finanche a se stesso. Nelle scienze del comportamento invece il rischio e l'incertezza coinvolgono sia il paziente che il clinico poiché anche il paziente ha una coscienza e non è indifferente all'altro⁵⁷.

Nell'auto-osservazione (come nell'osservazione) si incontra un limite e questo limite è definito dalla perturbazione che costantemente ri-crea l'io (inteso come frontiera, come linea o superficie coscienziale di interazione). Ciò che sta al di là del limite – e che costituirebbe l'inconscio – non è raggiungibile: è ciò che sta oltre l'espandibile della coscienza (e dei plurimi pensieri che questa può produrre). I contenuti della coscienza sarebbero le conoscenze deformate prodotte dall'auto-osservazione di questo irraggiungibile, in conformità al principio di indeterminazione (così come a causa dell'interferenza fra processi atomici e apparecchiatura strumentale, di questi stessi processi atomici si può avere solo una conoscenza parziale e in qualche modo deformata, benché sempre rilevante). Questa impostazione determina alcune tensioni – se non vicoli ciechi – nel pensiero di Devereux e si sostiene che tali tensioni (o vicoli ciechi) si producano in coincidenza con i passaggi attraverso cui l'autore cerca di mantenere una coerenza con la concezione psicoanalitica dell'inconscio.

⁵⁷ Il problema diventa quello di stabilire il tipo di non-indifferenza per l'altro (e per sé) che gli esseri umani presentano. Si può trattare di un reale interesse per l'altro, di un interesse di tipo "narcisistico" e manipolatorio, di un'apparente indifferenza come estremo ritiro e difesa, ecc. Nell'analisi di un caso clinico, Devereux mostra le qualità specifiche della non-indifferenza all'altro nelle condizioni schizoidi, in cui si verifica un ritiro dalla relazione col mondo ed una negazione di sé come difesa contro il rischio di essere annientato (= conosciuto) dagli altri (Devereux, 2000 [1967] e 2001 [1967]).

È possibile segnalare un'ultima fibrillazione prodotta dal modo di conservare la psicoanalisi nell'epistemologia etnopsichiatrica, da parte di Devereux. Fibrillazione connessa direttamente al tema del prossimo paragrafo. Proprio a partire dalla prospettiva proposta, l'autore si scaglia contro le critiche mosse alla psicoanalisi e basate sulla denuncia della produzione dei fenomeni che essa pretende di spiegare. La replica consiste nell'ammettere il fatto e nel difendere proprio sulla base di questo la scientificità della psicoanalisi. L'"esperimento" psicoanalitico sarebbe in questo del tutto equivalente agli esperimenti in meccanica quantistica dipendenti dal principio di indeterminazione di Heisenberg: l'osservazione produce il fenomeno osservato: "Ben più sottile è l'obiezione che la tecnica psicoanalitica *crea* il fenomeno che in seguito spiega. Questo enunciato, irrefutabile perché vero, non implica che la psicoanalisi sia una pseudo-scienza, perché esattamente la stessa cosa si verifica nella sperimentazione in meccanica quantistica non relativista... Questi discorsi erano tenuti in modo critico e gli psicoanalisti hanno quindi cercato di confutarli, senza rendersi conto che questi avversari attribuivano loro la più grande scoperta possibile nell'epistemologia delle scienze del comportamento, cioè che i dati più caratteristici di tutte le scienze del comportamento sono fenomeni provocati dall'osservazione stessa" (Devereux, 1984 [1967], p. 488).

Non interessa in questa sede analizzare la difesa della psicoanalisi, da parte dell'autore, rispetto a questo tipo di critica. Sembra importante sottolineare, invece, come questo tipo di argomentazione apra alla prospettiva nathaniana della necessità di un confronto fra tutti i sistemi terapeutici – compresi quelli popolari, religiosi, magici – poiché in effetti tutti producono i fenomeni che dicono di osservare. Si tratterebbe allora di comprendere le tecniche, le procedure, le teorie, gli oggetti... attraverso cui ciascun sistema perturba (=influenza) il sistema osservato ed analizzare gli effetti che ne derivano. Si tratterebbe di considerare le specifiche tipologie di osservazione, interazione e perturbazione di ciascuna tecnica terapeutica, considerando che non tutte decidono che il terapeuta debba farsi perturbare dal paziente – o anche che sia tenuto ad osservare il paziente – ricorrendo al contrario ad altri agenti perturbatori: una data configurazione assunta dai cauri gettati su un telo,

o di carte estratte da un mazzo; una certa distribuzione delle orme di una volpe su un disegno geometrico tracciato sulla sabbia, ecc. (fra i molti possibili riferimenti, cfr. Favret-Saada, 2009; Hell, 1999; Griaule, 1996 [1948]; Chlyeh, 1998; Ortiz, 1999 [1978]; Bastide, 2000 [1958]; Beneduce, 2008).

4.2.3 Aritmie “primitive” nell’etnopsichiatria

Ciò che – insieme alla psicoanalisi – Devereux impianta nel cuore dell’etnopsichiatria è anche uno specifico atteggiamento nei confronti di quelle che lui chiama “teorie primitive del comportamento”. L’atteggiamento presenta alcuni mutamenti nel corso del tempo e non è privo di tensioni interne e tuttavia nel volume oggetto di analisi viene espresso con chiarezza. Occorre considerare tali teorie non solo in senso antropologico o come oggetti di interesse della sociologia o della psicologia della conoscenza, ma anche e soprattutto per ciò che effettivamente dicono. Il problema che pongono non è solo quello di comprenderne la genesi, la struttura o la funzione in quanto sistemi di pensiero o di valori. Occorre anche interrogarsi sugli aspetti “sostanziali” di questi sistemi di pensiero e cercare di capire se e come possano contribuire allo sviluppo di una comprensione scientifica del comportamento: “... molti studiosi del comportamento si interessano alle teorie primitive, popolari, mitologiche, teologiche o metafisiche soltanto come ‘fenomeni culturali’, ma non come ‘scienze’ – spesso inintenzionali, e quasi sempre espresse in termini allegorici” (Devereux, 1984 [1967], p. 219). Senza voler passare sotto silenzio alcuni altri atteggiamenti maggiormente scettici, se non liquidatori, nei confronti di aspetti particolari dei sistemi terapeutici “tradizionali”, si può comunque affermare che, in queste pagine, il suo posizionamento è espresso risolutamente. Gli atteggiamenti negativi riguardano l’attribuzione tendenzialmente generalizzata di un valore solamente restitutivo e “di copertura” delle terapie non scientifiche (ma forse sarebbe meglio dire di tutte le terapie non psicoanalitiche, includendovi quindi anche molte terapie scientifiche) e l’etichettamento dello sciamano in quanto nevrotico o psicotico. Soprattutto quest’ultima posizione ha attirato molte critiche, per un’analisi delle

quali si rinvia a Beneduce (2007). In questo contesto è sufficiente segnalare come il giudizio sugli individui (sciamani) sia una cosa diversa dal giudizio sulla teoria (sciamanesimo in quanto teoria primitiva del comportamento di cui considerare la valenza “scientifica”). Significativa infatti resta la sua indicazione delle caratteristiche che dovrebbe possedere una scienza del comportamento “veramente comprensiva”. In primo luogo, dovrebbe essere capace di utilizzare i dati ottenuti da tutti gli organismi viventi (e dunque non solo dall’uomo), pur tenendo conto delle caratteristiche che differenziano gli uni dagli altri (ed in particolare l’uomo dagli altri animali). In secondo luogo, dovrebbe riuscire a formulare e articolare compiutamente gli schemi concettuali parziali che permettono di estrarre dati significativi e dunque, seppure in modo non esaustivo, contribuire all’osservazione, comprensione e previsione della totalità del comportamento. In terzo luogo, è richiesta l’integrazione anche degli schemi concettuali attraverso cui il soggetto umano (osservato) interpreta il proprio comportamento, quello degli altri esseri umani e quello della natura in generale. Infine, la scienza del comportamento deve riuscire a rendere esplicite le relazioni che si stabiliscono tra i diversi schemi concettuali che cerca di coordinare (rapporti di complementarità, ecc.). In particolare, Devereux sottolinea come “Nella spiegazione del comportamento umano, questa teoria generale dovrà tener conto della concezione, spesso non realistica, del soggetto stesso sul suo comportamento e su quello degli altri...” (Devereux, 1984 [1967], p. 227).

Si riconosce in questa prospettiva la centralità del punto di vista del soggetto osservato, che costituirà successivamente uno dei nodi centrali delle riflessioni, già richiamate, di Isabelle Stengers sui rapporti fra scienze e democrazia e sulla stessa possibilità di produrre conoscenze scientifiche che riguardino l’essere umano (Stengers, 2003, 1997 e 1996).

4.3 Clinica dei mondi

Il tentativo di Devereux di disfarsi di una concezione topologica della psiche non sembra riguardare l’eventuale appropriatezza di metafore utilizzate

per descrivere un certo fenomeno. Più adeguatamente, potrebbe essere concepito come la necessità di riuscire a pensare la psiche in termini non estensionali. Tuttavia, la sua formulazione in termini di funzioni non sembra rendere ragione dello sforzo. Si potrebbe leggere la sua proposta, al contrario, in termini evenemenziali: ogni interazione produce una serie di eventi perturbativi che determinano un flusso soggettivo (cosciente) in perenne movimento. L'io, così come da lui utilizzato, rappresenterebbe un modo di concepire la configurazione istantanea ed intensiva che ogni perturbazione produce. Di fatto, l'autore mette in evidenza come questo "io" sia discontinuamente ri-creato ad ogni istante dell'interazione. Conformemente, l'idea di *insight* che emerge nello scritto analizzato nei precedenti paragrafi, più che qualificarsi come illuminazione legata al disvelamento – recepito – di una verità nascosta nell'individuo, si viene a configurare come la produzione di un evento (traumatico) che modifica il corso di quel "movimento", di quel "flusso", individuato come "io"⁵⁸. L'importanza del trauma in Devereux ed in Nathan potrebbe allora essere ricondotta a questa concezione.

Sempre nel testo analizzato, Devereux – nonostante riferisca di averla in passato accettata – arriva a mettere in discussione l'ipotesi di Bohr per cui, a livello di gruppo, si perderebbe l'indeterminazione dell'osservazione presente a livello di psicologia individuale. Il passaggio dal livello individuale a quello sociale seguirebbe la stessa logica del passaggio dal livello atomico a quello dei sistemi fisici composti da infiniti atomi, passaggio che determinerebbe una perdita di rilevanza del quanto d'azione e dell'effetto individualizzante che questo produce nei processi subatomici. Secondo Devereux, così come a livello di corpo individuale si producono – per un effetto auto-amplificante dei processi – reazioni imprevedibili a partire da pochi quanti di luce, a livello del corpo sociale si possono verificare processi auto-amplificanti che rendono imprevedibili le reazioni, a partire anche da uno stimolo minimo.

⁵⁸ Si potrebbe riconoscere in questo tentativo un percorso simile a quello tracciato dalla teoria relativistica di Poincaré, per cui è l'evento (in questo caso traumatico e perturbativo) a costituirsi come invariante capace di subordinare le coordinate di spazio e di tempo, in precedenza ritenute gli a priori in cui inserire il divenire individuale (cfr. Giannetto, 2005).

Quando Bohr (2007) parla di indeterminazione nell'osservazione dei fenomeni psicologici sembra riferirsi essenzialmente all'introspezione o, in termini generali, all'auto-osservazione. Si pone di conseguenza il problema di quando sia necessario, o comunque possibile, il ricorso ad una prospettiva complementarista.

Nel pensiero epistemologico di Devereux si possono individuare due linee di ragionamento che conducono alla necessità di postulare l'inconscio. Nella prima, l'osservato emette un X (una frase, un comportamento, un silenzio...) capace di produrre nell'osservatore una perturbazione che ripartisce le sue "funzioni" fra ciò che ricade al di qua della perturbazione (io) e ciò che ricade al di là (inconscio). Se si segue questa prospettiva, non vi è indeterminazione dal lato dell'osservatore. L'indeterminazione esiste invece nell'auto-esplorazione dell'osservatore. Nel primo caso l'inconscio è maggiormente denotabile in termini epistemologici (ciò che metodo e teoria di riferimento non permettono di osservare o anche solo di tenere in considerazione), anche se occorre comunque considerare le scotomizzazioni idiosincrasiche dell'osservatore. Nel secondo caso, l'indeterminazione dell'auto-osservazione implica la necessità di postulare un inconscio che si avvicina molto al concetto freudiano (non tanto per la parte dovuta alla rimozione – secondaria – ma specificatamente per l'insieme dei "rumori interni", essenzialmente corporei, che non potranno mai divenire consci nonostante verso di essi si spinga una auto-osservazione cosciente pur illuminata da interpretazioni e conoscenze teoriche, cfr. Freud, 1922b).

L'analisi di un evento individuale o sociale qualunque comporta, se si assume la prospettiva che si sta provando a delineare, conseguenze diverse in funzione della posizione occupata dall'osservatore. Se si prendono in considerazione due osservatori "neutri" – nel senso di impossibilitati ad interferire sul fenomeno, anche solo indirettamente – le loro interpretazioni possono variare in funzione di una diversa perturbazione che l'evento produce in modo dipendente dai rispettivi schemi concettuali di riferimento. Le interpretazioni saranno diverse ma il fenomeno resterà "unitario" – non modificato in un senso o nell'altro – e le due interpretazioni saranno in

qualche modo componibili. È da questo punto di vista che Devereux può affermare che un'analisi psicologica ed una sociologica permettono la medesima previsione dei comportamenti del sistema (individuale o sociale) considerato. Diverso è invece il caso dell'osservatore non "neutro" che – qualunque proposizione emetta al riguardo del fenomeno – produce su di esso una perturbazione capace di effetti imprevedibili, in funzione dei processi di auto-amplificazione che innesca⁵⁹. Detto in altri termini, l'indeterminazione non può prodursi "in astratto", ma solo nell'ambito di un esperimento che forza il fenomeno cui si applica in un senso o nell'altro (ad esempio, l'elettroencefalogramma viene obbligato ad assumere una certa posizione). In astratto, è possibile solamente constatare l'incertezza dell'osservatore nell'assegnare la pertinenza "teorica" di un dato fenomeno ad un certo schema concettuale: se un paziente maghrebino comunica che un essere invisibile gli ha ordinato di assumere del veleno per topi, occorre far ricorso alla teoria psichiatrica e chiamare in causa una diagnosi di schizofrenia, oppure ad una "teoria tradizionale" e chiamare in causa l'eziologia da possessione? Sempre in astratto, le teorie potrebbero essere confrontate sulla base di ciò che rendono spiegabile, prevedibile o anche solo immaginabile; ma fra loro non vi sarebbe indeterminazione. L'indeterminazione si produce solo nell'atto esplorativo ed operativo che "forza" la persona nella posizione dello schizofrenico, oppure in quella del posseduto. Seguendo il principio di indeterminazione, si potrà dire che tanto più la persona è forzata in una certa posizione, tanto meno sarà possibile "calcolare" il valore dell'altra ipotesi⁶⁰. Si cade, in ogni caso, in una situazione in cui l'esito individuale

⁵⁹ Può essere sufficiente un breve accenno al fatto che quelli esposti sono due casi limite "ideali" e che generalmente si ha a che fare con casi intermedi in cui è sempre incerta la possibilità di uno specifico osservatore di innescare processi di auto-amplificazione rispetto al sistema considerato: l'articolo di un giornalista sconosciuto su un giornale locale può non produrre gli effetti altrimenti innescati dal direttore di una testata nazionale, una folla che protesta avrà sicuramente più effetti di quelli prodotti da uno sparuto gruppo di persone, ma lo sciopero della fame di una singola persona può modificare il comportamento di un'intera nazione, ecc.

⁶⁰ La situazione può essere resa anche considerando la diagnosi (scientifica o "tradizionale") come atto linguistico: da questo punto di vista essa non può essere considerata solo per il suo

dell'applicazione di una data tecnica non risolve in alcun modo – come si è già messo in evidenza nei capitoli precedenti – l'incertezza dell'osservatore rispetto alla natura del fenomeno affrontato: per quanto positivo possa risultare, l'esito di un intervento sul singolo individuo non può costituirsi come risolutivo rispetto al problema della verità della follia. D'altra parte, l'esito statistico di un campione di popolazione risulta dirimente solo a posteriori e si potrebbe anche dire in modo indiretto ed imperfetto⁶¹. Dal punto di vista scientifico, la “guarigione” della

valore apofantico, ma anche per quello performativo – senza che sia necessario in questo contesto soffermarsi sulle possibili declinazioni e revisioni che il concetto austiniano ha avuto nel corso del tempo (cfr. Tambiah, 1995 [1985]; Hall, 2001). In ogni caso, l'atto diagnostico ha un effetto sul divenire della persona in modo indipendente dal suo valore di verità, poiché la iscrive in un determinato regime discorsivo e la sottopone a specifiche pratiche ed influenze materiali ed immateriali (dalla somministrazione di farmaci, all'incontro psicoterapeutico a due in un ambulatorio; dalla prescrizione di un sacrificio all'affiliazione ad una confraternita religiosa).

⁶¹ “Indiretto” è qui inteso nel senso che è possibile decretare, dal punto di vista scientifico, esclusivamente l'effettiva qualifica di “principio attivo” di un candidato attraverso un confronto con l'effetto placebo. Il decreto scientifico non implica possibilità dirette di fondazioni ontologiche della teoria (e della cosmologia cui questa rinvia) al cui interno il candidato è selezionato. L'accertamento *contra placebo* è infatti statistico e focalizzato sulla relazione specifica fra una presunta causa ed un effetto (per altro variamente definito e definibile): una certa molecola o una tecnica psicoterapeutica producono, in modo statisticamente significativo, un cambiamento in un certo campione studiato (ma quale cambiamento poi: scomparsa del sintomo? Miglioramento dello stato di benessere o della qualità della vita? Ecc.). “Imperfetto” è invece inteso nel senso del possibile punto di vista del destinatario della tecnica terapeutica. Se si assume questa prospettiva, può valere quanto sostenuto da Tambiah: “È forse perché magia e scienza applicata sono, per così dire, su lunghezze d'onda diverse, eppure si possono (parzialmente) sovrapporre sul terreno che entrambe ricoprono, che i risultati della fioritura della scienza e della tecnologia moderne nelle società ‘tradizionali’ sono complessi, contraddittori e non lineari. Un pesticida efficace può con il tempo rendere ridondante e non necessario un ‘rito magico’ per uccidere gli insetti nocivi. Ma un sacrificio che crea il cosmo persiste perché esso ‘crea’ il mondo in un senso che è differente da quello noto in laboratorio. Come si fa a capire la teoria induista del sacrificio, che fa affermazioni più vaste dell'atto causale in se stesso? E nelle nuove comunità urbane delle società in via di sviluppo, i ‘farmaci’ possono sostituire le ‘medicine’ tradizionali, ma, nella guida delle azioni umane e nel fornire significato nelle situazioni dubbie, lo ‘scetticismo’ e la ‘previsione’ scientifica non sostituiscono l'astrologia, o la consultazione di oracoli o di indovini” (Tambiah, 1995 [1985], p. 119).

persona non può testimoniare della correttezza di una data visione dell'uomo e del mondo in cui è inserito. Dal punto di vista della persona, invece, la guarigione assume tutto un altro significato, divenendo il segno di una chiamata, l'epifania di una verità superiore e fino ad allora nascosta e, finalmente, l'atto fondativo di una conversione – come fanno bene i fondatori delle nuove chiese (cfr. Nathan, Hounkpatin, 1998; De Almeida, 2009; Wauthier, 2007).

La prospettiva complementarista derivata dalla fisica permette a Devereux di evitare un riduzionismo comparativista (si tratta di schizofrenia o di possessione?), installando nell'etnopsichiatria generale la possibilità di accogliere l'incertezza derivante dalle plurime nature del soggetto osservato e dell'oggetto "psicopatologico" restituite dai diversi saperi disciplinari e dalle più svariate culture. Si riconosce nel suo tentativo l'ambizione di individuare una possibile epistemologia per le scienze del comportamento capace almeno di attenuare, se non di risolvere, l'angoscia generata da tale incertezza. Il metodo osservativo proposto ha precisamente – sin dal titolo dell'opera – questa funzione lenitiva e riparativa del turbamento conoscitivo prodotto dalla natura incerta e sfuggente delle anime che popolano i mondi costituenti il pluri-verso.

Devereux offre una possibile esemplificazione tecnica ed applicativa di quanto delineato in via teorica, attraverso la descrizione completa della psicoterapia ad orientamento psicoanalitico di Jimmy Picard, un indiano delle pianure (tribù dei Piedi Neri) ricoverato per una sintomatologia composta ed almeno apparentemente grave: disturbi ansiosi e fobici pervasivi (palpitazioni, soffocamento, paura di morire, fobia dell'acqua, ecc.), somatizzazioni, compulsioni, disturbi del sonno e sessuali, ritiro sociale, alcolismo cronico, discontrollo degli impulsi e condotte violente (Devereux, 1998 [1951])⁶².

In quest'opera, l'autore delinea le possibilità di sviluppo di una *psicoterapia interculturale* in cui paziente e clinico provengono da mondi culturali differenti, pur dovendosi considerare le specificità a partire dalle quali tali

⁶² Nelle fasi iniziali del suo ricovero, a Jimmy Picard fu somministrata una batteria di test psicologici che evidenziarono tratti di personalità di tipo schizoide, mentre le condizioni cliniche facevano percepire ai medici curanti il rischio di uno scompenso in senso schizofrenico.

possibilità sono prospettate. Le specificità sono in particolare legate alla condizione di gruppi umani (gli indiani americani) marginalizzati, discriminati e confinati sia geograficamente (riserve), che culturalmente e socialmente. D'altra parte, vi sono anche le specificità di un terapeuta (Devereux) con una conoscenza approfondita della cultura del paziente. Entrambe convergono verso una proposta terapeutica capace di declinarsi in funzione delle caratteristiche culturali del paziente ed orientata alla riattivazione dei meccanismi culturali di difesa (recupero e sostegno della personalità etnica). La posizione etica e tecnica si caratterizza per il rifiuto di trasformare l'interazione clinica in un eventuale strumento di affiliazione ad un sistema sociale discriminante e di adattamento ad un contesto che destina gli indiani ad una condizione derelitta. La considerazione della strutturazione personologica culturalmente specifica (personalità etnica) permette all'autore di falsificare almeno in parte una prognosi eccessivamente infausta, attraverso una riconsiderazione di alcuni atteggiamenti e/o comportamenti appresi dal personale medico come sintomi preoccupanti, sulla base di un modello di sé ricalcato sugli assunti della cultura dominante. Da questo punto di vista, il ripiegamento su di sé e la chiusura verso l'esterno, mostrati dal paziente, vengono ridefiniti come reazioni tipiche dell'indiano "normale", mentre viene mostrata la natura culturalmente conforme di sintomi come la fobia dell'acqua. Questo movimento verso la specificità culturale dell'altro permette di attenuarne la bizzarria percepita, in misura maggiore o minore derivante dalla perdita di sincronia e compatibilità fra la personalità etnica e un ambiente circostante diverso da quello originario (per dislocazione geografica dell'individuo e/o per una mutazione pervasiva della cultura e dell'organizzazione sociale di provenienza).

Devereux sottolinea come la strutturazione di un'alleanza terapeutica e di un rapporto di conoscenza richieda l'acquisizione delle conoscenze etnologiche relative alla cultura del paziente in modo da poterne convocare il mondo di provenienza: sistemi di pensiero, modalità di esperienza e comunicazione emotiva, forme di socialità e modalità di relazione interpersonale, ecc. Tale convocazione è resa possibile dall'assunzione da parte del clinico di un ruolo e

di modalità terapeutiche conformi a quanto previsto dai sistemi terapeutici del sistema sociale originario del paziente. Si rende possibile in tal modo una comprensione dei fattori sovraindividuali nella determinazione dei processi psicopatologici e l'utilizzo di significanti culturali come leve terapeutiche capaci di promuovere una trasformazione sintomatica ed una ricostruzione personologica. Nel caso specifico, ad esempio, la conoscenza approfondita delle concezioni relative al sogno e della specifica esperienza onirica nell'area culturale degli Indiani delle Pianure (cfr. Devereux, 1957 e 1937) permette a Devereux di ricorrere ad una tecnica di induzione dei sogni cui il paziente risponde con una produzione onirica conforme. Il senso è quello del rinforzo della forma e della funzione tradizionali del sogno accompagnata dall'adozione, da parte del clinico, del doppio ruolo di "spirito guardiano portatore di sogni" e di "specialista indigeno della loro interpretazione" che permette un sostegno delle funzioni egoiche. Mutano, conformemente alle concezioni culturali ed alle finalità espressivo-supportive della terapia, le modalità di utilizzo del materiale onirico. Questo non viene sottoposto ad interpretazione dei contenuti latenti. L'attenzione è portata invece al contenuto manifesto. Nei sistemi interpretativi tradizionali del mondo di provenienza del paziente, il sogno – concepito come evento extrapsichico reale – viene generalmente letto come indicazione di successi o fallimenti nella vita, da cui vengono tratte indicazioni sulla linea di condotta da tenere, sull'adozione di particolari tabù, o sulla necessità di farsi adottare da un essere sovranaturale. Nel suo complesso, il lavoro onirico (forma, contenuti, modalità di racconto) viene strutturato dalla logica e dall'*ethos* culturali e l'azione stessa di sognare viene a configurarsi come meccanismo di difesa culturalmente privilegiato. Il trattamento delle produzioni oniriche, indotte da Devereux stesso, segue dunque la possibilità di considerarle come luoghi in cui saggiare e fare propri gli apprendimenti avvenuti nel corso della terapia e come visioni capaci di orientare il soggetto sulle azioni da compiere nella realtà, sui suoi rapporti con il mondo esterno e con quello interno. È questo movimento di collocazione reciproca, culturalmente informata, fra terapeuta e paziente a permettere lo sviluppo del processo terapeutico, adeguando gli interventi tecnici

della psicoterapia (confrontazioni, interpretazioni, ecc.) ai tempi e modi culturalmente comprensibili dal paziente.

L'esempio appena riportato mostra la modalità devereuxiana di mettere in tensione due saperi distinti (psicoanalisi ed etnologia) e permette di approfondire ulteriormente le possibilità, ed i limiti, del principio di complementarità nelle scienze del comportamento.

Nella produzione scientifica di Devereux si possono riconoscere due modalità di utilizzo complementare della "seconda" teoria. Nella prima modalità, essa viene fatta intervenire "in astratto", elaborando a posteriori una possibilità interpretativa ed esplicativa alternativa a quella prodotta sulla base della "prima teoria" (ad esempio, l'interpretazione psicologica del suicidio di Cleomene II, contrapposta a quella culturale, cfr. Devereux, 1995). La psicoterapia di Jimmy Picard offre un esempio concreto della seconda modalità. In questo caso la seconda disciplina (l'etnologia in possesso di una conoscenza sull'esperienza onirica degli Indiani delle Pianure) viene fatta intervenire "in concreto". Tuttavia ciò che sembra prodursi non è un influenzamento diretto del fenomeno (i sogni) da parte della seconda prospettiva disciplinare, ma un'azione indiretta che passa attraverso una modifica apportata all'"apparato sperimentale" che dovrebbe permettere l'applicazione della prima teoria (psicoanalisi). Le conoscenze etnologiche illuminano le possibili modalità di esperire la dimensione onirica da parte di un Indiano delle Pianure; la consapevolezza che ne discende spingono il terapeuta ad utilizzare la teoria antropologica non per interpretare i sogni del paziente, ma per individuare le necessarie modifiche da apportare alla tecnica interpretativa psicoanalitica. Alla fine non si ha più l'apparato sperimentale originario che dovrebbe "forzare" il sogno in senso psicoanalitico, ma un nuovo apparato sperimentale che richiede una terza teoria (che non è più né esclusivamente psicoanalitica, né meramente antropologica, ma tendenzialmente "tradizionale"). Di fatto, l'etnologia non si configura come una possibile tecnica di intervento (ad esempio, come modalità di interpretazione dei sogni), ma come teoria e metodologia di indagine sui sogni, sulla dimensione onirica e sulle eventuali tecniche interpretative di specifici gruppi umani.

Le possibilità di costituire un parallelismo fra la fisica e le scienze del comportamento, da questo punto di vista, mostra i suoi limiti: psicoanalisi ed etnologia non sono fra loro nello stesso rapporto riscontrabile fra teoria ondulatoria e teoria corpuscolare della luce.

È una prospettiva di questo tipo che porta Nathan (2005) a sostenere come non vi sia affatto rapporto di complementarità fra i suddetti saperi disciplinari e come invece esso vada rintracciato fra le teorie del clinico occidentale e quelle che guidano l'azione dei cosiddetti terapeuti tradizionali: "... quando incominciamo ad occuparci di fenomeni come quelli osservabili nella clinica non si vede nessuna ragione per cui l'antropologia sia complementare alla psicologia... la misura della velocità e l'analisi della posizione dell'elettrone sono pratiche sperimentali che appartengono ambedue alla fisica e possono essere compiute da uno stesso ricercatore... L'antropologia e la psicologia non abitano simultaneamente lo stesso ricercatore fino a frammentarlo e costringerlo all'incertezza... L'etnopsichiatria potrebbe realmente sviluppare una multidisciplinarietà complementarista a condizione che uno stesso ricercatore riuscisse a dar conto, in modo ugualmente convincente, di una spiegazione indigena (etnoscienza) e di una spiegazione scientifica (scienza) dello stesso fenomeno" (Nathan, 2005, p. 168-169).

4.3.1 Il dispositivo clinico etnopsichiatrico

Il passaggio dalla proposta di Devereux a quella di Tobie Nathan segna un mutamento significativo di prospettiva. I prossimi capitoli permetteranno di prendere in considerazione alcuni degli aspetti puntuali di un simile cambiamento, ma prima è necessario precisare il senso generale lungo il quale è andato sviluppandosi.

Come si è messo in evidenza in precedenza, Devereux mantiene ferma l'idea che sia essenzialmente il terapeuta, per ciò che è in quanto essere umano, a costituire il principale fattore terapeutico, prima ancora di qualsiasi teoria o tecnica di riferimento. Prima della teoria, della tecnica o anche

dell'esperienza clinica, a qualificare e denotare tale condizione soggettiva del terapeuta è la sua posizione epistemologica. Il metodo diviene la via attraverso cui placare l'angoscia che l'incontro con l'altro produce ed attenuare di conseguenza gli effetti derivanti da una simile condizione affettiva nel e sul rapporto di conoscenza. Da questo punto di vista si può caratterizzare l'angoscia come ciò che determina una mutilazione della peculiarità dell'altro, che ne vincola e limita l'umanità: l'essere dotato di coscienza (o per meglio dire di una coscienza della coscienza) e dunque di poter contro-osservare l'osservatore. Il che significa essenzialmente che il soggetto osservato ha una propria volontà ed ha una propria idea di sé, del mondo e degli altri, di ciò che sperimenta e vive. Le radici dell'angoscia si ritrovano nella dimensione inconscia della psiche che si pone dunque come vincolo e limite conoscitivo. La formazione psicoanalitica diventa lo strumento privilegiato – benché non l'unico per Devereux (1984 [1967]) – attraverso cui il terapeuta può limitare l'influenza negativa dell'inconscio, nella misura in cui questo si costituisce come “parete glaciale” contro cui rimbalzano le perturbazioni provocate dall'interazione con l'altro, determinando reazioni che vincolano quest'ultimo fino al punto di annientarlo. Si può conoscere l'altro solo attraverso la comprensione delle perturbazioni che l'incontro produce in se stessi. È una sorta di libertà interiore la condizione per la conoscenza dell'altro, nel senso della possibilità che le perturbazioni possano essere ricevute ed accolte senza reagire “troppo presto”, lasciando che attivino il maggior numero possibile di funzioni psichiche.

Gli sviluppi della fisica quantistica hanno permesso a Devereux di derivare una prospettiva complementarista capace di risolvere il problema della verità dell'altro e della follia. Risoluzione nel senso dell'impossibilità di definire la verità una volta per tutte: l'incertezza è la condizione non aggirabile dell'osservatore che non può mai definire e determinare la natura dell'altro, ma solo produrne molteplici sfaccettature tutte parziali e tutte essenziali. Si potrebbe anche dire che non si pone più per le scienze del comportamento un problema di verità, quanto un problema di libertà. Oppure, per meglio dire, si determina una riduzione del problema delle verità sempre plurali, a quello della libertà: libertà del clinico e libertà della metodologia di osservazione – per altro

mai raggiungibili completamente – dai vincoli inconsci che limitano le potenzialità conoscitive dell'uno e dell'altra.

Devereux è anche un pensatore singolare, nel senso di individuale. In lui la multidisciplinarietà si ritrova come sforzo e tentativo di comprenderla in *un* pensiero, e cioè in *un* pensatore.

Il passaggio all'etnopsichiatria clinica si gioca soprattutto in un processo di de-soggettivazione del pensiero e dell'agire terapeutico. Al centro non c'è un soggetto (terapeuta) che incontra un altro soggetto (paziente), presi entrambi nella loro singolarità indifferenziata come *esseri qualunque*. Il problema della cura non si gioca più semplicemente attorno alla figura del clinico ed alle sue qualità di essere umano che “osserva”, definite epistemologicamente. Entrambi sono, in molti modi, rappresentanti di gruppi, sono inseriti in reti sociali concepite come dispositivi foucaultiani (cfr. Deleuze, 2007 [1989]) che rendono possibile: vedere alcune cose mentre ne celano altre (linee di luce); parlare secondo una lingua specifica di queste stesse cose e quindi permettersi alcune possibilità proposizionali interdicendosene altre (linee di enunciazione); riconoscendo le dimensioni di potere – e di sapere – che le attraversano connettendole in modo variabile (linee di forza) ed arrivando così a determinare specifici processi di individuazione (linee di soggettivazione).

Il dispositivo clinico nathaniano è, innanzitutto, *concretamente* un incontro fra gruppi e non fra due individui (Nathan, 1996a e 1996b). Il modello proposto è di tipo parlamentare e non confessionale (incontro di un terapeuta singolo e di un paziente singolarizzato). È un sistema paziente – inteso come persona in sofferenza accompagnato eventualmente da tutti coloro che sono interessati o che lui vuole interessare al problema – che incontra un macchinario complesso (multiculturale, multilinguistico e multidisciplinare). Il sistema terapeutico è formato infatti da diversi professionisti: certamente da psicoterapeuti e psichiatri, ma anche antropologi, filosofi, ecc., e soprattutto da mediatori etnoclinici di diversa origine e provenienza.

In secondo luogo, è anche *teoricamente* un incontro fra gruppi convocati per mezzo e attraverso le lingue che il dispositivo è in grado di far parlare. È il problema della lingua e quindi della necessità della *traduzione* ad imprimere un

movimento laterale, uno scarto ed un salto, all'evoluzione dell'etnopsichiatria clinica (Nathan, 1995; Inglese, 2009). La lingua non ha mai costituito un problema scientificamente e tecnicamente rilevante nella pratica psicoanalitica, benché fin da subito sia i pazienti che gli psicoanalisti fossero soggetti migranti, provenienti da mondi assai diversi fra loro e parlanti molte lingue (Amati Mehler, Argentieri, Canestri, 1990)⁶³. Lo stesso Devereux non l'ha mai presa in esame, da poliglotta impegnato in un confronto clinico transculturale con un gruppo umano per volta, di cui conosce l'idioma, o comunque con persone provenienti dalla medesima area culturale. Il disinteresse per le possibilità tecniche e per i nodi teorici inscritti nell'utilizzo della lingua del paziente può essere in lui riconosciuto in passaggi rapidi e liquidatori: "Non si 'indottrina' un Ottentotto insegnandogli l'inglese, se gli si permette di dire in inglese tutto quel che vuole. Si fornisce semplicemente una base alla comunicazione. Si potrebbe obiettare che ogni lingua prestruttura sia il pensiero che la realtà [il riferimento è alla posizione teorica del linguistica B. L. Whorf]... Ciò è assolutamente vero, oltre che assolutamente non rilevante, visto che le specifiche abitudini 'linguistiche' dei pazienti nevrotici si manifestano nel modo più chiaro quando li si fa parlare l'"inglese", piuttosto che il natio ottentotto" (Devereux, 1984 [1967], p. 487). In altre parole: il processo morboso si rivela tanto in una lingua quanto nell'altra ed in qualche modo indipendentemente da entrambe.

Si potrebbe dire che il problema della lingua del paziente non è stato posto da un clinico/ricercatore ma si è a lui imposto per ragioni che travalicano la mera volontà, gli interessi od i gusti personali. Sono stati i cambiamenti geopolitici conseguenti e connaturati ai processi di decolonizzazione, alle lotte di indipendenza e costituzione di nuovi stati nazionali, ai tentativi di rivalutazione del patrimonio di saperi locali e "tradizionali" se, soprattutto, alla ripresa intensiva e generalizzata dei flussi umani transnazionali, che hanno disseminato ovunque i "dannati della terra" (Fanon, 2000 [1961]). Non sono più membri di élite intellettuali ed economiche ad abitare consensualmente la scena

⁶³ Correndo il rischio dell'irriverenza, si può sottolineare come in Freud il problema della lingua si sia posto come mal di testa alla fine di una lunga giornata di lavoro analitico in cui era costretto a parlare in inglese coi suoi pazienti (Amati Mehler, Argentieri, Canestri, 1990).

clinica, ma membri di masse in movimento che incontrano rappresentanti di istituzioni statuali e di gruppi professionali, i cui saperi disciplinari dispiegano immediatamente un effetto di potere. Il problema del potere/sapere della psichiatria (e della psicologia), oggetto delle critiche antiistituzionali ed antipsichiatriche della seconda metà del Novecento, si coniuga così immediatamente non solo con la necessità della critica all'organizzazione politica ed economica, ma anche con quella di un ripensamento dei rapporti geopolitici che tracciano confini e ridisegnano le asimmetrie fra gruppi umani (cfr. Brambilla, 2009). I saperi disciplinari si ritrovano presi in un movimento che li travalica ed in cui si riconosce, parallelamente ad una crisi del "soggetto occidentale" preso nei dubbi della sua post-modernità (Deleuze, Guattari, 2006 [1980]; Inglese, Zorzetto, Cardamone, in corso di stampa), una volontà dell'altro di rifuggire da una semplice sussunzione in una posizione subalterna, per reclamare e dichiarare a sua volta un desiderio di egemonia non solo culturale (Inglese, 2008 e 1997).

È in questo senso che si può dire che il transfert diventa appercezione immediata da parte del paziente delle reti reali in cui il clinico che incontra è inserito (Nathan, 1998). In questo stesso senso, si può aggiungere, il controtransfert diventa il segno profondo, che si iscrive nel clinico, di un mondo da cui il paziente proviene e che gli presenta con le sue parole e la sua lingua, compresa la peculiare lingua sintomale attraverso cui la sofferenza si incarna (Inglese, 2009). Il rischio è rappresentato da un vissuto xenopatico prodotto dal segno, sempre passibile di trasformarsi in reazione xenofobica.

La traduzione diventa lo strumento diplomatico fra mondi, capace di far emergere le teorie che il mondo del paziente ha elaborato (archivio foucaultiano) sulla persona e sulla malattia e di dipanare i fili e le vie di fuga possibili di quella "guerra concettuale" in cui consiste la psicoterapia (Nathan, 1998).

5. Eziologie tradizionali

Nella stanza dell'ambulatorio, mentre la bambina gioca con qualche giocattolo, i genitori – di origine maghrebina – ascoltano con attenzione la conferma della diagnosi di Sindrome di Down per la figlia. La neuropsichiatra infantile ha chiesto la presenza del gruppo di mediazione linguistico-culturale perché vuole riuscire a capire cosa pensino esattamente i genitori, come vivano la situazione della figlia e come sia possibile instaurare con loro un'alleanza e una visione condivisa della problematica al fine di poter creare le migliori condizioni possibili per la presa in carico. Appena la dottoressa finisce di spiegare, con parole semplici, l'origine genetica della malattia della figlia, il padre⁶⁴ della piccola inizia ad esplicitare la propria ipotesi basata su un'interpretazione eziologica tradizionale, quella del *luham*: la visione, da parte sua, di un bambino con sindrome di Down, durante la gravidanza della moglie, avrebbe provocato in lui un'impressione – quasi un desiderio – tale da produrre un effetto plastico sul feto in formazione. L'ipotesi, nella spiegazione fornita dal padre e dall'interprete, troverebbe una corrispondenza nella concezione popolare, anche da noi presente, delle “voglie” delle donne in gravidanza e cioè nel collegamento che viene istituito tra specifici segni sul corpo del figlio e desideri della madre rimasti insoddisfatti nel corso della gravidanza. Propriamente, il *luham* corrisponderebbe a tali “voglie”. Un approfondimento successivo, sia con l'interprete che con una persona proveniente da un'altra regione del Maghreb, ha tuttavia posto in evidenza come il *luham* sia uno stato prettamente materno. Al di là della possibilità di varianti locali, sembrerebbe che il padre abbia modificato la linearità della logica eziologica sancita, assumendosi il ruolo di agente causativo. Si può osservare come la nascita della figlia, segnata da una patologia genetica, abbia prodotto un effetto perturbativo sull'equilibrio soggettivo del padre. Il problema è tuttavia quello di comprenderne la qualità e le caratteristiche. La nascita ha richiesto il ricorso ad

⁶⁴ Per una introduzione alle teorie sul corpo e sull'anima nel contesto maghrebino, e su come queste teorie possano essere uno strumento indispensabile dell'interazione clinica, si rinvia a Adohane (1998).

un quadro esplicativo capace di conferirle un senso. Tale senso tuttavia non può essere ridotto ad una produzione soggettiva irrelata e autoformata. Quando il padre comunica la sua spiegazione, il clinico non ha “tra le mani” semplicemente e meramente un dato psichico. Il considerare la comunicazione come prodotto dell’apparato psichico preso in sé, come macchinario separato, è frutto di un particolare taglio metodologico (Ceruti, 2009) dotato di una capacità esplicativa mai esaustiva del fenomeno. Applicando un altro taglio, che viene a trovarsi in una posizione di complementarità rispetto al precedente, si può considerare la comunicazione come un dato culturale. Il clinico, da questo punto di vista, ha fra le mani l’esemplificazione di una certa logica pertinente al mondo di provenienza del padre. Il *luham* preesiste al padre come prodotto di una data cultura che si attualizza e si singularizza nella comunicazione. L’analisi deve perciò fare i conti con una biforcazione: da una parte il prodotto culturale preesistente e dall’altra la sua attualizzazione singularizzata. Il *luham* in quanto prodotto culturale obbedisce ad una logica che non è individuale, ma si iscrive in una data costruzione della realtà, in una certa metafisica (che comprende anche una metafisica del male). In questo senso esso non è un contenuto del pensiero, ma in quanto eziologia tradizionale viene a configurarsi come un contenitore del pensiero: dispositivo logico che permette di creare legami e cioè di pensare (Nathan, 1996). Il *luham* in quanto materiale clinico grezzo (di tipo individuale) rappresenta la singularizzazione della teoria eziologica culturale. L’appropriazione individuale di tale teoria di per sé indica l’appartenenza della persona ad un certo mondo – ed alla definizione di realtà che lo contraddistingue – cosicché all’interno della scena clinica si vengono a moltiplicare i mondi presenti: non solo quello del clinico, ma anche quello del paziente. Conseguentemente, la teoria che guida il clinico viene a rappresentare uno dei possibili vertici. Complementarmente, diviene possibile (e necessaria) una valutazione dal punto di vista della teoria (non scientifica) di riferimento del paziente, in particolare delle modalità attraverso cui il singolo se ne appropria (Devereux, 2007 [1973]). Questo movimento verso la teoria di riferimento del paziente permette l’attenzione ai contenitori del pensiero: il loro mantenimento è, in questo senso, indispensabile affinché dei contenuti possano

emergere all'interno dell'interazione clinica. Trattare l'emersione di eziologie tradizionali come contenuti costituisce di per sé un tentativo di "colpo di stato": le comunicazioni del paziente vengono strappate ai loro contenitori ed assegnate ad altri (e cioè alla teoria del clinico). Ciò che si realizza, dal punto di vista antropologico, è un tentativo (traumatico) di affiliazione dell'altro e, da un punto di vista clinico, il rischio di una sua esposizione all'angoscia prodotta dalla sottrazione dei suoi contenitori (Bion, 1970).

Nella stanza del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura dell'ospedale, una donna proveniente dall'Africa Occidentale è in pieno scompenso psicotico. Poco tempo prima ne aveva avuto un altro, rientrato in pochi giorni, ma poi alla visita all'ambulatorio territoriale si era mostrata gentilmente reticente. Durante il precedente ricovero aveva urlato la sua disperazione per essere attaccata, vedeva "diavoli" che l'assedivano, aveva risposto con violenza alle aggressioni subite. Questa volta si rifiuta di entrare, chiede di essere portata nella chiesa più vicina, protesta e si dimena con vigore, poi accetta l'incontro, ma alterna le lingue che conosce in modo incomprensibile, si muove in modo seduttivo verso il compagno presente, compie gesti all'apparenza bizzarri verso i presenti, alternando benedizioni a quelli che sembrano attacchi a distanza. Il tutto, ci racconta il compagno, è iniziato dopo il suo ritorno da un viaggio nel suo paese, in cui sembra essersi verificato un conflitto familiare in seguito ad un raggio da lei subito, e soprattutto dopo che dal paese è arrivato un pacco contenente strani oggetti. Alla vista di tali oggetti, la donna ha iniziato ad angosciarsi sempre più e nel giro di poco tempo è avvenuto il crollo e le conseguenti ospedalizzazioni.

Questi due bozzetti ci permettono di introdurre la discussione mettendo al centro alcune polarità del modo di darsi dell'alterità culturale nell'incontro clinico. In particolare alludono ad alcune modalità di infiltrazione del male e della malattia nella vita delle persone, modalità che non possono prescindere dalla cultura al cui interno si producono.

In effetti, come ci informano Diop, Martino e Collomb, “La persecuzione colora tutta la psichiatria africana. Vissuta in modo delirante, interpretativo o culturale, essa è la spiegazione di tutto ciò che disturba l’ordine, disorganizza le relazioni, attenta all’individuo nel suo essere fisico, mentale o spirituale. Essa è prova dall’individuo malato, proposta dalla sua famiglia o dal suo entourage, messa in forma dal guaritore o marabutto. I temi di persecuzione frequentemente supportati da allucinazioni visive o verbali sono al centro di tutte le psicosi croniche o acute (compresi gli stati maniacali). Sono sempre esplicitati nelle nevrosi, spesso nelle malattie psicosomatiche e in qualsivoglia situazione vissuta in modo doloroso o sgradevole” (Diop, Martino, Collomb, 1964, citato in Ortigues, Ortigues, 1966, p. 225).

Come mostra Sow (1977) si tratta più ancora di un’etica delle relazioni, che invita alla prudenza e al mantenimento dell’equilibrio all’interno degli assi che strutturano la costituzione personologica in Africa (quello che collega agli antenati, quello che collega ai gruppi di alleanza e quello che collega alla famiglia e al lignaggio). Così, ad esempio, “Gli affetti antisociali sono condannabili e cattivi semplicemente perché suscettibili di riattivare l’organo a stregoneria specifico degli stregoni: ma chi sa se lui [la persona che ci sta di fronte]... non lo è? Da qui la prudenza e la moderazione nei rapporti sociali.... Così, la gelosia, l’odio, il rancore, la cupidigia, devono essere rigettati non in nome di una meta-morale, ma per il fatto che possono provocare il malessere in seno alla comunità” (Sow, 1977, p. 148).

Tutto ciò solleva un certo numero di domande. Cosa pensare delle spiegazioni che vengono dai pazienti? Che pensare quando i pazienti danno corpo e anima, anche sotto forma di sintomo delirante, a quella che per altri versi è una vera e propria teoria del male condivisa da tutti? Che pensare degli oggetti che vengono evocati? Come rapportarsi a tutto ciò, quale metodologia di approccio e quali strumenti teorici possono aiutare?

Per interrogarsi intorno a queste domande è possibile ed utile partire da un testo storico che documenta l’approccio psicoanalitico e psicoterapeutico in

contesti tradizionali. La sua analisi permette di comprendere alcuni aspetti, importanti dal nostro punto di vista, della relazione con l'alterità culturale in generale e specificatamente con quella serie di fenomeni e processi inerenti il male, nella sua dimensione metafisica e nelle sue concretizzazioni esperienziali.

Nell'*Œdipe africain*, Marie-Cécile e Edmond Ortigues (1966), iniziano la loro analisi con una serie di notazioni metodologiche relative al lavoro clinico in un contesto culturale estraneo a quello in cui ha avuto origine la loro matrice teorica di riferimento (la psicoanalisi).

Si tratta, in effetti, di indicazioni preziose per comprendere le difficoltà di una simile impresa. Se ne possono riportare alcune in estrema sintesi.

Vi è, in primo luogo, la frequente necessità di introdurre l'interprete, per comunicare con i pazienti, con il vantaggio di poter ottenere da loro un commento sulle informazioni ricevute, ma con gli svantaggi di ricavare solamente gli aspetti oggettivi della comunicazione dei pazienti, per giunta in modo sintetizzato e riassuntivo.

Problematici, in secondo luogo, sono i diversi codici di comportamento che regolano l'incontro e la comunicazione fra persone, con la conseguente necessità di dare spazio e tempo a modalità di accoglienza e di scambio culturalmente convenienti. Non si tratta solamente di tattica dell'incontro o, se si vuole, di buona educazione. Tali codici minano in profondità la struttura stessa dell'incontro clinico, la sua necessità epistemica di conoscere la persona che domanda la cura. Il fatto stesso di porre domande personali, al di là di quelle relative allo statuto ed alle coordinate spazio-temporali della persona sono contrarie agli usi: "le domande dirette sono tradizionalmente indiscrete, scorrette, ossia percepite come aggressive" (Ortigues, Ortigues, 1966, p. 28). Le domande non possono essere poste in modo diretto, poiché quelle rivolte ad ottenere informazioni sulla salute, l'intelligenza, la prosperità, e simili, sono considerate come pericolose, potendo suscitare invidia, gelosia, rancore e simili e dunque potendo attivare processi sociali incombenti (maraboutaggi, stregoneria, ecc.). Del resto, non si riscontra una temporalità orientata secondo

i modi “europei”, cosicché la stessa raccolta di un'anamnesi risulta un'impresa ardua.

Ancora, è difficile inquadrare un certo sintomo, poiché difettano le conoscenze relative alla personalità modale all'interno di una certa cultura, i riferimenti alle norme sociali, soprattutto quelle che segnano il confine fra comportamento normale e anormale, fra ciò che è tollerato e ciò che non lo è.

Questi e altri sono i nodi metodologici che gli Ortigues documentano e discutono: nodi che per altro si possono spesso facilmente riconoscere nella pratica quotidiana odierna, ogniqualevolta che si incontrino persone provenienti da altre culture.

Ma ve ne è un altro, particolarmente pertinente, che permette un avvicinamento all'oggetto delle riflessioni proposte.

Si tratta della differenza metodologica che gli autori istituiscono fra clinico ed etnologo, una differenza che non solo distingue queste due figure, ma che più radicalmente le oppone. Mentre quest'ultimo pone domande alle popolazioni che cerca di studiare, il primo non può prescindere dalla domanda che proviene dal soggetto che ad esso si rivolge. È questa, sottolineano gli autori, la condizione ineliminabile affinché si stabilisca una situazione analitica o anche “semplicemente” psicoterapeutica, e cioè che il soggetto ponga una domanda di cura al clinico. Il lavoro di arricchimento reciproco fra le due discipline può avvenire prima, nella conoscenza della realtà culturale e sociale che abitano i pazienti o in un secondo tempo, dopo che l'azione tecnica è stata condotta secondo i propri parametri.

Ben più problematica, seppure puntualmente sottolineata, l'opposizione con un'altra figura, quella del terapeuta tradizionale, anch'essa segnalata nell'iniziale trattazione metodologica, ma sempre ribadita nel corso del testo, dove i casi clinici descritti sono puntellati dal ricorso del paziente e/o della sua famiglia a simili risorse.

Queste due opposizioni delimitano il campo d'azione degli autori, così come gli elementi strutturali dell'incontro: posizione e ruolo del clinico, del paziente e delle risorse terapeutiche dei mondi di provenienza dei pazienti.

In tutto ciò non vi è niente di particolare. Ma il vero problema che traspare nel testo sembra ben più fondamentale, rinviando a due teorie antitetiche che si trovano ad interagire. Gli autori pongono questa antitesi nella localizzazione del “male” adottata dai due interlocutori della situazione clinica (terapeuta e paziente): mentre “... l'invito ad una maggiore interiorizzazione è *una esigenza della situazione clinica e della psicoterapia*” (Ortigue, Ortigue, 1966, p. 16, corsivo nel testo), gli interlocutori che si trovano di fronte si posizionerebbero sul polo esattamente opposto dell'esteriorizzazione.

Si tratta di un nodo teorico e tecnico altamente sensibile, visto che gli autori, rispetto al caso di un quattordicenne la cui presa in carico si avvicina maggiormente dal loro punto di vista ad una psicoanalisi classica, sottolineano che “... si può prevedere... che Samba, dopo il trattamento, avrà risolto le sue tensioni interiorizzandole, e in ciò sarà diventato radicalmente diverso dalla sua famiglia” (p. 130) e, più in generale, “Romper con la medicina dei marabut e dei guaritori pone alle famiglie dei problemi religiosi. Ciò è vissuto dall'entourage... come mancanza di fede, di rispetto, come abbandono delle tradizioni” (Ortigue, Ortigue, 1966, p. 33).

Una simile affermazione – la cui assolutezza sembra riguardare più alla posizione degli autori, che non a quella dei loro paziente⁶⁵ – permette di

⁶⁵ È un passo, questo degli Ortigue, che ha già attirato un'attenzione critica (Deleuze e Guattari, 1975) e sollevato un'infinità di domande: “Perché pensare che le potenze sovranaturali e le aggressioni magiche formino un mito meno efficace dell'Edipo? Non spingono al contrario il desiderio a investimenti più intensi e più adeguati del campo sociale, nella sua organizzazione come nelle sue disorganizzazioni?... E con quale diritto giudicare che il soggetto non ha nulla da dire a suo nome finché non aderisce alle norme tradizionali? La cura ndembu non mostra forse tutto l'opposto? [gli autori fanno qui riferimento a Turner, 1974 (1964)] Edipo stesso non sarebbe per caso una norma tradizionale, la nostra? Come si può dire che ci fa parlare a nome nostro, quando si precisa d'altra parte che la sua soluzione ci insegna 'l'incurabile insufficienza d'essere' e l'universale castrazione? ... D'accordo, il soggetto chiede e richiede papà-mamma: ma quale soggetto, e in quali condizioni? È questo il modo per 'situarsi personalmente nella propria società'? E che società? La società neocolonizzata che gli si prepara, e che riesce infine in ciò che la colonizzazione aveva saputo solo abbozzare, un effettivo ripiegamento delle forze del desiderio su Edipo, su un nome di padre, nel grottesco triangolo?” (Deleuze e Guattari, 1975, p. 191)

comprendere le poste in gioco della cura, la battaglia che per loro si combatte in filigrana allo scambio clinico. Per rimanere aderenti alla propria professione e formazione, per restare all'interno del proprio gruppo professionale, gli Ortigues devono fissare le condizioni minime affinché si possa costituire un campo analitico.

Ma la cura che viene così offerta presenta dei vincoli (il grado di interiorizzazione dei conflitti) ed impone dei vincoli (la de-affiliazione tendenziale del soggetto).

Se ci si può interrogare sui risvolti etici, politici e sociali dell'imporre dei vincoli (de-affiliazione tendenziale), certamente il porsi costituisce una scelta epistemologicamente corretta. Si tratta di verificare, però, quali vantaggi conoscitivi e performativi essi producano o al contrario di saggiarne gli svantaggi ed i limiti, soprattutto rispetto a nuove situazioni cliniche ed a nuovi contesti socioculturali. Si tratta anche di verificare se tagli metodologici differenti possono costituire un diverso contesto dell'interazione, evitando imposizioni all'altro e favorendo un nuovo sguardo nel clinico.

I vincoli posti dagli Ortigues, di diretta derivazione psicoanalitica, come detto, sono relativi alla formulazione in prima persona della domanda di cura e dunque alla sua costituzione come soggetto autonomo. Al clinico il compito di ricevere ed ascoltare tale domanda in modo da giungere dalla domanda manifesta al desiderio latente. Ora, a partire da tale momento ogni comunicazione del paziente sarà considerata in quanto prodotto del suo apparato psichico.

Che cosa ne è di tutti gli esseri culturali (spiriti, antenati, divinità, stregoni antropofagi, e così via) descritti dall'etnologia, presenti nelle mitologie, venerati o temuti nelle pratiche quotidiane e incontrati continuamente nei racconti dei pazienti, presentificati da oggetti portati al clinico? La risposta degli autori è chiara ed esplicita: "Qui [in Senegal, e in generale nei contesti tradizionali] la tendenza è di proiettare su degli spiriti o degli umani le pulsioni [aggressive] colpevolizzate" (Ortigues, Ortigues, 1966, p. 128). In tal modo, l'aggressività si esprimerebbe principalmente sotto forma di reazioni persecutorie: proiettata, ritornerebbe sul soggetto secondo specifiche messe in forma tradizionali:

marabouttaggio, l'attacco stregonesco, la possessione da parte dei *rab* (spiriti ancestrali).

In questo, non vi è alcuno scostamento da *Totem e tabù* (1912-13), in cui Freud afferma che "Spiriti e demoni, non sono che le proiezioni dei suoi [dell'uomo primitivo] impulsi emotivi. Egli trasforma i propri investimenti affettivi in personaggi con i quali popola il mondo, e ritrova poi al di fuori di sé i propri processi psichici interni, in modo del tutto analogo a quello seguito da quell'intelligente paranoico, Schreber, che vedeva riflettersi nella sorte dei 'raggi di Dio' di cui andava discorrendo, i legami e i distacchi della propria libido" (p. 97, Vol. VII).

In effetti, nel caso clinico del *Presidente Schreber*, la proiezione è posta come la caratteristica più vistosa del processo di formazione del sintomo paranoico, sia esso il delirio persecutorio (contraddizione del verbo della proposizione "lo amo lui"), il delirio di gelosia (contraddizione del soggetto), il delirio erotomanico (contraddizione dell'oggetto) o, infine, il delirio di grandezza (rifiuto globale della proposizione nel suo insieme). Questo, anche se la proiezione non viene considerata, da Freud, di per sé completamente esplicativa, essendo un processo che non svolge le stesse funzioni in tutte le forme della paranoia e che si riscontra anche in altre manifestazioni della vita psichica – intervenendo anche quotidianamente allorché si collocano nel mondo esterno le cause di sensazioni interne. Tuttavia l'approfondimento del ruolo della proiezione nel meccanismo di formazione dei sintomi paranoici viene rinviato *sine die*.

Un'ultima notazione rispetto a questo testo ci è utile per il tentativo di ragionamento che si sta conducendo. La notazione riguarda la valenza ricostruttiva del delirio. Il delirio costituirebbe un tentativo, mai completamente riuscito, di ricostruire e recuperare un mondo ed una realtà sociale, susseguente ad un sentimento intenso di fine del mondo (essenzialmente derivante dal distacco dell'investimento libidico dalle persone e dalle cose, in conseguenza del processo di rimozione).

Si potrebbe dire che un simile taglio conoscitivo e di “presa dell’altro” costituisce un macchinario che tramuta ogni dato clinico in una produzione del mondo interno del soggetto. Certo in psicoanalisi ci sono stati sviluppi teorici anche consistenti, ma si può dire che sostanzialmente questa prospettiva è rimasta coerente e salda. Si tratta di ciò che Nathan (1996) denomina “saldatura del sintomo alla persona”, strategia questa del resto condivisa da buona parte, se non da tutte, le prospettive psicologiche e psichiatriche.

Un simile macchinario determina tuttavia il misconoscimento di un buon numero di dati clinici, se non il disconoscimento e finanche la derisione di ciò che il sistema paziente dice e fa e con esso gli altri professionisti della cura cui si rivolge. Si tratta di capire se un simile modo di affrontare l’incontro con l’altro riesca a risolvere, ed in che modo e a quale prezzo, tutte le questioni che si pongono in ambito clinico e che sono state sollevate soprattutto dagli studi transculturali ed etnopsichiatrici.

Un buon esempio dei misconoscimenti e dell’ironia che il macchinario psicoanalitico produce rispetto ad alcuni dati clinici e del dubbio che getta sui pazienti e su coloro ai quali questi si rivolgono, è costituito da *Una nevrosi demoniaca nel secolo decimosettimo* (1922c) di Freud. Sinteticamente si può dire che in tale testo viene descritto il caso di Christophe Haizmann, pittore bavarese, che, mentre si trovava nella chiesa di Pottenbrunn, venne colto da “terribili convulsioni” per alcuni giorni di seguito. Interrogato dal parroco insospettito, confessò di aver stipulato un patto scritto col sangue con il diavolo nove anni prima, dopo svariati rifiuti, al fine di porre rimedio alle difficoltà materiali in cui versava, all’inibizione della capacità lavorativa e alla preoccupazione per il proprio futuro, che lo assediavano a partire dalla morte del padre. Patto che stava per scadere. Condotta al monastero di Marziel, fu liberato dai tormenti del maligno grazie ad un esorcismo, al termine del quale ricevette indietro il foglio su cui era redatto il contratto. Liberato, trascorse alcuni mesi in serenità presso una sorella, fino a che il diavolo lo assalì nuovamente con tormenti, dolori, visioni terrificanti, assenze ma anche con tentazioni

allettanti. Tornò dunque a Marziel dove chiese un nuovo esorcismo sostenendo l'esistenza di un precedente e simile patto, scritto questa volta con l'inchiostro, che non gli era stato restituito la volta precedente. Dopo un secondo esorcismo e la seconda restituzione, Haizmann si sentì completamente libero ed entrò nell'Ordine dei Fratelli della Misericordia, fino alla sua morte di tisi nel 1700. L'inchiesta condotta presumibilmente nel 1714 accertò che Haizmann fu tentato altre volte dallo Spirito Maligno che voleva indurlo ad un nuovo patto, riportando anche la notazione di un superiore che ciò accadeva solo nelle occasioni in cui eccedeva nel bere.

Anche in questo caso la conduzione dell'analisi da parte di Freud avviene secondo la prospettiva più su esposta: "I demoni sono, a nostro avviso, desideri cattivi, ripudiati, che derivano da moti pulsionali che sono stati respinti e rimossi. Noi non facciamo nulla di più che eliminare la proiezione nel mondo esterno ipotizzata dal Medioevo a proposito di tali entità psichiche; noi riteniamo che esse abbiano avuto origine nella vita intima dei malati dove in effetti dimorano" (Freud, 1922c, p. 525-26). Coerentemente Freud, focalizzandosi sul senso del loro testo, interpreta i due patti (che prevedevano, entrambi, l'impegno di Haizmann ad essere figlio e servo per nove anni di Satana), come desiderio del pittore di ottenere un sostituto paterno al fine di liberarsi da uno stato di depressione psichica, che aveva riattivato una fantasia rimossa di generare un figlio al padre.

Ma Freud compie anche un'operazione ulteriore. Dedicando un intero paragrafo dello scritto a sottrarre un qualsiasi fondamento di affidabilità, se non proprio di esistenza, ai patti sottoscritti dal pittore e conservati dal clero. Perché compie un simile passo, che appare specioso? Ha già risolto l'enigma del caso di nevrosi demoniaca, riconducendolo ad una fantasia di desiderio, spiegato il senso contenuto nel testo di tali patti, interpretato un particolare della figurazione di satana nella seconda apparizione. Si potrebbe ipotizzare che abbia precisamente bisogno di far perdere di consistenza a quella materialità residua che resta presente, una volta che lui ha risolto il tutto, riconducendo tutti gli accadimenti alla vita intima del pittore Haizmann. In effetti, dal suo punto di vista, Haizmann deve essere riuscito a far comparire i due patti satanici con un

gioco di prestigio, forse li ha addirittura sostituiti perché un patto doveva essere datato 1668, mentre tutti e due riportano la data 1669. Il pittore, oltre che nevrotico, doveva essere anche un po' simulatore, ed in effetti Freud sottolinea che "... come è noto, le frontiere fra la nevrosi e la simulazione sono labili. E non ho alcuna difficoltà a supporre che il pittore abbia scritto e portato con sé questo biglietto, così come quelli successivi, in uno stato particolare, paragonabile a quello delle sue visioni. Se voleva realizzare la sua fantasia del patto col diavolo e della liberazione da esso non poteva comunque fare diversamente" (Freud, 1922c, p.553). Gli stessi prelati se non sono inaffidabili, come lui stesso riconosce, forse sono un po' ingenui. Ma i patti conservati presentano una materialità pervicace che fa problema. Così come quel pacco e quegli oggetti che, arrivati dall'Africa, sono considerati dai protagonisti all'origine dello scompensamento psicotico descritto all'inizio del capitolo.

È una materialità che o viene distrutta definitivamente, senza residui, oppure che ci interroga e che spinge ad interrogarsi su quello che avviene laggiù, nei mondi originari dei pazienti.

Ed in effetti "laggiù" è anche il luogo dove gli Ortigues confinano i terapeuti di cui i loro pazienti gli parlano.

Tuttavia, la persecutorietà – se così si può dire – non è soltanto un prodotto dell'apparato psichico delle persone. Come si è cercato di mostrare, seppure sinteticamente, si può dire che essa è: a) una forma di regolazione delle relazioni sociali effettivamente attuata e vissuta da gruppi umani; b) una teoria del male e della malattia condivisa e riconosciuta e congruente con una specifica forma di costruzione personologica; c) una teoria che rinvia a delle tecniche e a dei professionisti che le attuano (sia nel senso dell'attacco, che in quello della protezione e della cura); d) eventualmente può essere anche un sintomo (interpretativo o delirante), ma ancora di più una sintomatologia complessiva che si riscontra coerente – o che comunque si costruisce come tale – con le conoscenze tradizionali e le eziologie evocate (possessione, fattura, stregoneria antropofagica, ecc.) – si veda al riguardo Zempleni, 2005 e 1968).

Gli Ortigues nel loro volume concludono con la dichiarazione di un'alterità radicale fra psicoterapia/psicoanalisi e terapie tradizionali: dal loro punto di vista l'adesione alle norme tradizionali non lascia scelta e soprattutto non lascia spazio di manovra. Eppure nelle ultime righe sottolineano che "Qualche volta, il fatto che [un paziente] desiderasse di parlarci dei trattamenti tradizionali corrispondeva ad un inizio di psicoterapia e diventava per lui un mezzo di situarsi in prima persona nella sua società" (Ortigues, Ortigues, 1966, p. 305).

L'etnopsichiatria clinica ha imboccato in maniera coraggiosa questa strada, solo vagamente accennata dagli Ortigues. Essa spinge a prendere sul serio quanto i pazienti, le loro famiglie ed i terapeuti tradizionali dicono e fanno, mostrando come il mettersi in una posizione di apprendimento possa arricchire la clinica e aumentare le nostre capacità di comprensione e di intervento (Nathan, 2003).

Il prendere sul serio quanto i pazienti dicono (interpretazioni eziologiche) o quanto vivono (deliri persecutori e processi psicopatologici connessi), può aiutare il processo diagnostico e terapeutico. In primo luogo, il livello psicopatologico (nevrosi vs. psicosi) a cui ricondurre le produzioni del paziente può dipendere dal loro grado di congruenza culturale (sia nei contenuti, che nelle modalità di formulazione). Così ad esempio, Devereux (2007 [1973]) ha salvato due indiani pueblo dalla sedia elettrica, mostrando come i contenuti culturali "corretti" – in base ai quali avevano motivato il delitto – fossero palesemente fuori norma dal punto di vista delle modalità di comunicazione, rinviano dunque ad un processo delirante in atto. In secondo luogo, le interpretazioni causali (persecutorie) possono fluttuare e modificarsi anche molto rapidamente, facendo scivolare le valutazioni del clinico verso un'eccessiva bizzarria e stravaganza (versante schizofrenico), mentre tale oscillazione fa parte normalmente di un processo di ricerca delle cause, di individuazione del nome da assegnare al persecutore. Processo che trova punti

di solidificazione intorno a procedure tecniche specifiche (ad esempio, divinatorie), ma che è comunque sempre soggetto ad una costante negoziazione fra tutti gli attori in gioco. Infine, il delirio può avere una funzione ricostruttiva, come sostenuto da Freud. Ma forse non è solo una funzione condotta in termini solipsistici ed idiosincratici. Come argomentato da Nathan (1990), il delirio rinvia sempre ad una struttura che prevede la presenza del paziente, del medico e, infine, di una teoria della malattia. Cosicché il paziente viene a dare anima e corpo (dunque vivendola) ad una teoria che il medico conosce.

5.1 Trasformazioni della clinica e trasformazioni nella clinica

Benché l'origine culturale della paziente conduca in luoghi distanti da quelli presi in considerazione nelle precedenti pagine, di seguito viene presentato un caso clinico che permette di apprezzare i mutamenti di prospettiva clinica cui può condurre la presa in considerazione delle eziologie tradizionali utilizzate dalle persone per pensarsi e per pensare la situazione problematica sperimentata. Si potrà apprezzare come muti radicalmente lo sguardo degli operatori nella presa in carico terapeutica ed assistenziale e conseguentemente anche i possibili obiettivi da perseguire, le scelte strategiche che si possono operare e, in ultima analisi, il senso della relazione. In questo mutamento viene catturata la natura stessa del male che affligge la paziente e la posizione da questa assunta rispetto al processo morboso.

La migrazione, da questo punto di vista, si configura non solo come una traslocazione di corpi, né di soli corpi/menti. Essa conduce interi mondi culturali nei contesti adottivi, sebbene essi seguano le peripezie migratorie in modi niente affatto lineari. La clinica permette di entrare in contatto, attraverso l'esperienza di sofferenza somatopsichica, con il funzionamento dei sistemi di pensiero propri di tali mondi: con le continuità che questi riescono a mantenere, ma anche con gli strappi, i salti, le ricombinazioni cui sono soggetti (Morin, 2008 [1986], p. 162).

La migrazione della coppia strutturale persona/mondo incontra fatalmente, nel suo entrare in crisi, il sistema istituzionale di cura a sua volta vettore e fattore di pratiche e tecnologie del Sé (Foucault, 1992) oltre che di una specifica visione del mondo. Diventa perciò necessaria un'interrogazione sul complesso interattivo che si viene a creare fra questi mondi, che arrivano ad incontrarsi attraverso le loro occasionali incarnazioni in un clinico ed in un paziente specifici. Se uno dei due mondi rimane silente, ciò che si produce, l'effetto che si crea, non è la produzione di un malinteso – nel senso comune del termine – che rende poi difficile il raggiungimento di un accordo, mettendo a rischio la possibilità di ottenere la *compliance* del paziente, la sua adesione al trattamento – benché certo questo possa costituire un problema per il clinico ed anche, per certi versi, per il paziente. In questo caso, si incorrerebbe nella critica che Taussig (2006 [1980]) ha mosso alla psichiatria transculturale, nel suo concepire ed utilizzare la distinzione fra *disease* e *illness*: va bene tutto, anche far finta di credere alle cose più strane e poter così manipolare l'altro, l'importante è riuscire ad evitare che la divergenza culturale produca *non compliance* nel paziente⁶⁶. Se uno dei due mondi rimane silente, il problema diventa, propriamente, ciò che non si produce e cioè il malinteso, nel senso

⁶⁶ Mentre si rinvia al cap. 2, per una maggiore esplicitazione della critica mosso da Taussig alla psichiatria transculturale, si può in questo contesto riportare il brano che spinge il primo a prendere posizione: “[il clinico] opera una mediazione tra differenti orientamenti cognitivi e di valore. Egli negozia attivamente col paziente come in un'alleanza terapeutica... Per esempio, se il paziente accetta di usare antibiotici, ma crede che bruciare incenso, o portare un amuleto, o consultare una chiromante sia altrettanto necessario, il medico deve comprendere questa credenza e non tentare di cambiarla. Se, comunque, il paziente riconosce che la penicillina è un rimedio 'caldo', inappropriato per una patologia 'calda' [poiché, nelle teorie umorali, la terapia deve avere natura opposta a quella della malattia], e si rifiuta perciò di prenderla, si possono negoziare dei modi per 'raffreddare' la penicillina, o si può tentare di persuadere il paziente della scorrettezza della sua credenza, un compito estremamente difficile” (Kleinman, Eisenberg, Good, 1978, p. 257). Di nuovo, si può notare come la *illness*, con il suo corredo di modelli esplicativi e di reti semantiche di malattia, finisca troppo spesso per ricadere nell'antica definizione di patoplastico, senza aggiungere molto dal punto di vista operativo e terapeutico. Il consiglio, in fondo, è quello di usare del buon senso e di non provare ad indossare i panni dell'apostolo della modernità e della scienza.

attribuito a tale parola dall'etnolinguista Sibille de Pury: una situazione di interlocuzione al cui interno un enunciato pone un problema di comprensione inaggrabile attraverso il gioco delle trasposizioni metaforiche o simboliche – e al limite, attraverso il lavoro di trasformazione simbolica (Deleuze e Guattari, 2006 [1980]) – ma risolvibile solo attraverso la ricostruzione del mondo che ha reso quell'enunciato linguistico non solo possibile ma assolutamente necessario (De Pury, 1998). È attraverso una simile modalità di lavoro clinico, e di traduzione interlinguistica nella clinica, che si rende possibile la produzione del malinteso e la sua instaurazione come origine e fonte della comprensione dell'altro. Risulta così possibile evitare di incorrere nell'errore di degradare a mera credenza, il pensiero che l'altro esprime. Da questo punto di vista Devereux aveva torto: ciascuna lingua – in quanto prodotto umano che a sua volta fabbrica umani linguisticamente e culturalmente specifici – permette di dire alcune cose e non altre (De Pury, 1998). Ciascuna lingua partecipa ai dispositivi culturali che compongono mondi incommensurabili e peculiari processi di soggettivazione.

La questione, come si è cercato di argomentare nel secondo capitolo, riguarda sempre gli effetti che si fabbricano a livello dello "oggetto" dell'intervento e, si può aggiungere, anche quelli che ricorsivamente ritornano sul soggetto che lo attua. La clinica è sempre un campo relazionale attraversato da forze i cui vettori prevedono sia una direzione che quella contraria ed al cui interno non si dà una causalità lineare e unidirezionale, ma circoli causali di tipo ricorsivo. Diventa centrale la modalità attraverso cui rapportarsi alle eziologie tradizionali che il paziente introduce nello scambio clinico, senza ricorrere a concezioni che le stendano sul letto di Procuste della rappresentazione persecutoria derivata da processi proiettivi imputati al funzionamento dell'apparato psichico del paziente.

Se la produzione del malinteso può essere vista come fattore capace di destabilizzare l'alleanza terapeutica e la possibilità di condurre il processo terapeutico (malinteso = paziente *non compliant*), la non produzione del malinteso si costituisce come *maltrattamento teorico* (Sironi, 2003). Con questo termine l'autrice indica una forma di maltrattamento del paziente derivante

direttamente dall'applicazione di teorie cliniche e pratiche conseguenti inadeguate rispetto all'oggetto su cui vengono applicate e che gettano discredito su di esso. Non è una questione puramente teorica o morale: inadeguatezza e discredito provocano effetti iatrogeni nel paziente e nel sistema sociale in cui è inserito⁶⁷.

Ancora una volta, e per questioni terapeutiche e non ideologiche o derivanti da intenzioni esotizzanti, si pone la necessità di installare il paziente in una posizione di esperto rispetto al proprio mondo di provenienza – di cui diviene un rappresentante legittimo – ed alla propria sofferenza. Si pone la necessità, anche, di non gettare discredito sul paziente e sul mondo da cui egli proviene, attraverso trasposizioni metaforiche o simboliche delle sue parole o la loro riduzione a credenza, e di integrarle – al contrario – nella teoria che il clinico si forma al suo riguardo (Devereux, 1984 [1967]).

Z.⁶⁸ è una donna di circa cinquanta anni, proveniente da una grande città del Pakistan, del gruppo punjabe e di religione cristiana. È in Italia ormai da alcuni anni, grazie ad un ricongiungimento familiare chiesto dal marito. Quest'ultimo, suo coetaneo, è emigrato in Europa subito dopo il matrimonio, e comunque quando la moglie era già incinta, girando vari paesi per fermarsi poi in Toscana, dove ha trovato lavoro come operaio. La donna, rimasta in patria, ha lavorato come infermiera professionale in un ospedale della sua città e, in occasione dei ritorni del marito, sono stati concepiti altri tre figli.

⁶⁷ L'autrice, in particolare, segnala le situazioni di "paranoia reattiva o iatrogena" prodotte in persone vittime di violenza politica dalla non adeguata presa in considerazione e dal non riconoscimento, da parte del clinico, dell'esistenza di un traumatismo intenzionale e deliberatamente indotto (ad esempio, la tortura) cui la persona è stata sottoposta e da cui derivano le configurazioni della sua attuale sofferenza (al riguardo, si veda anche Sironi, 2007). Per un'analisi dettagliata dei problemi teorici e tecnici derivanti dalla presa in considerazione dei traumi intenzionali, si rimanda al cap 6.

⁶⁸ Tutte le informazioni sensibili e personali sono state modificate o eliminate in modo da non rendere riconoscibili gli interessati alla vicenda descritta.

In seguito all'ottenimento del ricongiungimento familiare, Z. arriva in Italia con tutti i figli ed il nucleo familiare per la prima volta si riunisce in modo stabile.

La convivenza ed il clima familiare risultano tuttavia difficili, per i maltrattamenti che Z. subisce dal marito e dal figlio minore su istigazione paterna. In questo clima, Z. si dedica completamente alla cura della casa, rifiutandosi di intrattenere qualsiasi rapporto con il contesto adottivo: non impara mai l'italiano ed i figli diventano i suoi mediatori con il mondo circostante. Le uniche interazioni con il contesto sociale si limitano alla partecipazione assidua ad una chiesa evangelica, nonché al contatto con un centro antiviolenza per donne maltrattate cui la famiglia è stata riferita da un'altra fedele della stessa chiesa.

La situazione familiare si delinea progressivamente come caratterizzata da un clima altamente conflittuale e violento. Mentre il marito si rifiuta di adempiere alle sue funzioni di mantenimento della famiglia, il resto della famiglia si costituisce in una sorta di sotto-nucleo a sé stante, emarginandolo progressivamente dalle decisioni e dalla vita di gruppo. I due figli maggiori, inoltre, grazie a lavori più o meno stabili cercano di sostenere economicamente la madre ed i due fratelli minori impegnati nello studio. È in conseguenza di questa situazione che il centro antiviolenza invia Z. al Servizio sociale del Distretto socio-sanitario di appartenenza per un sostegno economico e per la situazione di abuso sul minore sopra riferita.

La vita della famiglia prosegue in questo modo per alcuni mesi, finché il marito di Z. scompare e la famiglia denuncia il fatto. È solo in un secondo momento che quest'ultima apprende da connazionali del trasferimento dell'uomo in un altro paese europeo.

Dopo alcune settimane dalla scomparsa, tuttavia, senza preavviso ed in conseguenza di un provvedimento di espulsione ricevuto dalle autorità del paese straniero, l'uomo si ripresenta alla porta di casa. A quel punto, però, la famiglia reagisce e si rifiuta di accoglierlo.

Il Servizio sociale accoglie l'allontanamento del padre con favore: le assistenti sociali sono soddisfatte e pensano che, "risolto" il problema della

violenza con l'espulsione paterna, si possa passare ad un percorso assistenziale finalmente indirizzabile verso l'autonomia e l'emancipazione della famiglia in generale e della madre in particolare (con la sua iscrizione ad un corso di italiano, avviamento al lavoro, ecc.). La famiglia, invece, e per contrasto, su notazione delle stesse assistenti sociali, diviene progressivamente più "depressa", per un senso di umiliazione e vergogna legati all'abbandono subito.

Passano altri mesi, sino a quando il Servizio sociale, appresa la notizia che Z. è in trattamento con antidepressivi prescritti dal medico di famiglia e constatate le precarie condizioni di salute psichica della donna, effettua un invio al locale servizio di salute mentale. Il medico di famiglia accoglie favorevolmente l'intervento specialistico, constatando le sempre più gravi condizioni della donna.

Z. viene ricevuta ed accolta dal servizio psichiatrico ed il clinico incaricato procede a raccogliergli l'anamnesi, promuovendo una presa in carico il più possibile attenta alle sue richieste (colloquio e visita psichiatrica in lingua inglese e domanda di un trattamento farmacologico per la predominanza della sintomatologia depressiva).

Nel corso del primo incontro, Z. assume un atteggiamento dimesso e caratterizzato da una attitudine minore e fortemente angosciata. Presenta la sua sofferenza, sia descrivendo i sentimenti di insufficienza ed inadeguatezza, che raccontando della propria angoscia di morte e di preoccupazione per quanto accaduto e potrebbe ancora accadere a lei e, soprattutto, ai suoi amatissimi figli. Parla poco del marito facendo intendere che, nonostante tutto, sarebbe stata disposta ad accettarlo nuovamente in casa, se i figli non avessero assunto una posizione così decisa e ferma. All'osservazione clinica si annotano imponenti segni di depressione dell'umore, disturbi corporei non ben specificati (gastro-intestinali e genito-urinari), difficoltà del sonno e un corteo di sintomi ansiosi compositi. Al momento di congedarsi, Z. annuncia la propria disponibilità a concordare da subito un altro appuntamento, se possibile ravvicinato.

Alla luce di questa prima osservazione, lo psichiatra procede a riformulare il trattamento psicofarmacologico ed a concordare tempi e modi della presa in carico. In particolare, propone alla donna di includere nell'intervento la possibilità di far ricorso ad un dispositivo multiprofessionale e multilinguistico di mediazione, come risorsa sperabilmente utile e capace di contribuire alla comprensione della sua situazione.

Dopo circa una settimana viene effettuato il secondo intervento, che da dato modo a chi scrive di partecipare all'interazione clinica in veste di psicologo e di ricercatore. La donna, accompagnata dalla terzogenita, una ragazza diciassettenne dallo sguardo acuto, inizia un dialogo intenso, alternando una comunicazione in urdu per il tramite della mediatrice, ad una in inglese attraverso cui si rivolge direttamente ai clinici presenti. Inizia così progressivamente a dipanarsi una storia parallela a quella che i servizi e le agenzie sociali avevano, nel corso del tempo, raccolto e costruito. In questa storia parallela, la famiglia viene presentata come da sempre ingaggiata in una battaglia poiché oggetto di attacchi che, in un primo momento, vengono lasciati imprecisati e vaghi. La prima vittima di questi attacchi è stato il capofamiglia, che durante la sua vita migrante ha più volte sperimentato situazioni di crisi – definite da Z. come crisi di possessione. Queste crisi sono ripetutamente state tamponate con sessioni di preghiera (a quanto riferito dalla donna), senza tuttavia che queste mostrassero un valore risolutivo. Progressivamente, e soprattutto dal momento del ricongiungimento familiare in Italia, questi attacchi si sono estesi all'intera famiglia, con sintomatologie riferite ai vari figli (ad esempio, periodi di anoressia di una delle figlie). Per quanto riguarda sé, Z. riferisce di essere vittima di attacchi da parte di un *bad ruh*, un'anima cattiva. La notte costituisce il momento in cui più intensa e angosciante si fa la sua presenza, impedendole di dormire o rendendo tormentati i suoi sonni. La notte può sentirne i passi nella casa e la voce che costantemente la chiama pronunciando il suo nome. Rispetto a quest'ultimo punto "sintomatologico", la clinica mostra e rende evidente a livello dell'esperienza umana singolare, un principio antropologico generale relativo al rapporto che si instaura fra nome proprio e persona (cfr. Mauss, 1991 [1950]). Il nome proprio non rappresenta un

etichetta puramente convenzionale e arbitraria utilizzata a soli fini pragmatici, ma si costituisce come costituente specifica della persona, attraverso riti di battesimo variamente configurati che saldano nome e identità. Da questa connessione stabile, benché revocabile ritualmente, deriva la possibilità di esercitare una presa di possesso sulla persona attraverso una manipolazione del suo nome (cfr. Rymes, 2001). In questo senso si possono comprendere le procedure terapeutiche che consistono nel cambiamento di nome, in modo da sottrarre l'individuo dall'influenza malefica che lo perseguita, così come quelle che riconoscono uno dei momenti cardine del loro procedere nella nominazione dello spirito impossessatosi della sua vittima umana. Questa rivelazione del proprio nome da parte dello spirito si configura allora come un rovesciamento dei rapporti di forza per cui è l'elemento umano che arriva ad esercitare il suo potere di influenzamento su quello sovrumano (cfr. Stoller, 1989; De Heusch, 1971; Hell, 1999).

L'accesso all'eziologia tradizionale permette l'avvio di un processo relazionale al cui interno la paziente si posiziona come prima ricercatrice, come agente attivo del processo di scoperta delle cause della sua sofferenza e dei mezzi attraverso cui cercare di risolverla. Consentito al mondo che l'ha generata di entrare nel campo interattivo della clinica, di installarvicisi in un rapporto sempre ambivalente, ma pur sempre produttivo, con le teorie che informano l'agire terapeutico, le eziologie tradizionali si vengono a configurare come veri e propri contenitori di pensiero (Nathan, 1996). In tal modo, la paziente non viene fissata ad una credenza, immortalata in una posizione statica in cui aderirebbe acriticamente e *a priori* ad un mondo fantastico e irreali. Al contrario, si avvia un processo di ricerca sfaccettato, articolato e soggetto anche a repentini mutamenti, in cui vengono esplorate una serie di possibilità interpretative ed esplicative della sofferenza. È così che, per quanto riguarda la natura degli attacchi subiti dalla famiglia, nel corso dell'incontro sono emerse diverse possibilità. Da una parte, come più sopra accennato, gli attacchi sono attribuiti genericamente ad una "anima cattiva": entità sovranaturale malefica, non altrimenti specificata o specificabile da parte della donna, che perseguita la famiglia. Dall'altra, gli attacchi avrebbero all'origine un atto

stregonesco, la cui provenienza rimane incerta e oscillante. Per un verso, viene esplorata la possibilità di chiamare in causa, più o meno velatamente, la suocera come agente malefico primigenio. Per l'altro, collocando l'origine del disturbo al periodo di vita in patria, vengono chiamati in causa i vicini musulmani, configurando così l'attacco come uno degli strumenti attraverso cui si palesa uno dei conflitti religiosi e politici che attanaglia il paese di provenienza. L'eziologia tradizionale, poiché assunta in un modo culturalmente conforme e nella misura in cui è "seguita" nei modi prescritti, diviene l'operatore concettuale attraverso cui è possibile non solo valutare il rapporto che intercorre fra Z. ed i sintomi che presenta – evitando di percorrere necessariamente la via per cui il primo elemento è saldato ai secondi (Nathan, 1996 a) – ma anche articolare questi stessi sintomi rispetto alla storia familiare e del gruppo sociale a cui lei appartiene. L'eziologia tradizionale, in altri termini, permette di seguire le connessioni rizomatiche esistenti fra persona, famiglia, campo sociale (originario e attuale), cultura...

Benché si tratti di una presa in carico ancora in divenire, è possibile avanzare alcune ulteriori considerazioni. L'accesso alla storia ed al mondo da cui proviene Z., al suo vissuto complesso e articolato nel tempo, è avvenuto – in questo caso – in modo apparentemente "semplice", a partire da una domanda sulla sua esperienza notturna ed onirica. L'accesso a questo mondo ha tuttavia prodotto una decisa trasformazione di prospettiva rispetto a diverse dimensioni.

In primo luogo, una trasformazione relativa ai possibili giudizi su chi sia la vittima e chi il carnefice. Alla luce di quanto raccontato dalla donna, il carnefice non sembra più il marito, ma tutto il nucleo familiare appare sovrastato da forze che lo trascendono. L'allontanamento del marito, salutato come risolutivo dal Servizio sociale e considerato capace di ingenerare una dinamica evolutiva, si rivela come una ulteriore ferita arrecata alla famiglia: ennesimo suggello delle sconfitte patite. Da questo punto di vista, è come se si realizzasse una sorta di "collusione" fra il funzionamento dell'istituzione e la logica dell'interferenza malefica: l'uno e l'altra andando procedendo nel senso della separazione della famiglia e del suo disfacimento.

In base a quanto ci è dato sapere al momento, l'azione della Chiesa evangelica, a cui Z. aderisce, è stata ambivalente. Da una parte, ha indirizzato la donna verso una soluzione di tipo ufficiale ed istituzionale promuovendo il contatto con i servizi, seguendo la logica dell'opposizione alla violenza paterna nei confronti dei figli. Dall'altra, è andata nel senso del contrasto al disfacimento familiare, ma ancora una volta con mezzi inadeguati: al marito è stato fornito una sorta di decalogo comportamentale cui attenersi per conquistare il diritto alla riammissione nella famiglia. Decalogo che, tuttavia, l'uomo non è stato in grado di rispettare. In altri termini, all'azione malefica di ordine sovranaturale, la Chiesa ha cercato di interporre una sorta di pedagogia morale.

L'apparizione delle diverse articolazioni eziologiche del disturbo ed un ascolto attento alla loro logica hanno permesso il dipanarsi di una storia familiare intricata e di un vissuto soggettivo complesso ad essa connesso, all'interno di una scena clinica altrimenti saturata dalla condizione psicopatologica della donna. Si registra così una ulteriore trasformazione, relativa all'immagine di Z. che, dal versante istituzionale, era possibile farsi. Se in precedenza emergeva come donna isolata, sottomessa, remissiva e vittima della violenza del marito; un incontro clinico fondato etnopsichiatricamente ha restituito una donna impegnata nella difesa strenua della propria famiglia e capace di una certa opposizione agli attacchi provenienti dall'esterno. I mezzi sono effettivamente inadeguati rispetto ai fini e, tuttavia, Z. riesce almeno a tamponare il problema. Tutto ciò però richiede il dispendio di una enorme quantità di energia da parte sua, da cui derivano almeno alcuni dei numerosi sintomi somatici di cui si lamenta. In ogni caso, parallelamente al dipanarsi del suo racconto e della sua ricerca, Z. cambia postura, divenendo progressivamente più competente e attiva all'interno della relazione clinica.

Il caso descritto permette di avanzare la seguente considerazione: il sintomo, dal punto di vista etnopsichiatrico, costituisce un *idioletto* sempre oscillante fra *idioglossia* ed *eteroglossia* (cfr. Bachtin, 1979). Tuttavia, l'attribuzione ad esso di un'assenza di significato rischia sempre di costituire un artefatto derivante dalla sua mancata collocazione all'interno del mondo

(culturale, linguistico, storico, politico...) che lo rende necessario e che gli conferisce un senso. Tale collocazione permette, al contrario, di verificare come esso sia espressione simultanea di una pluralità di regimi discorsivi e di discorsi, sempre in tensione fra loro.

Infine, è da sottolineare come si sia cercato di integrare le conoscenze maturate in sede clinica con una parallela ricerca di terreno condotta presso persone provenienti dallo stesso contesto culturale della paziente, in modo da arricchire ulteriormente ed approfondire la comprensione dei significati connessi ad espressioni e configurazioni esplicative comparse nella scena clinica. Seguendo una simile strategia, l'azione delle discipline cliniche (psichiatria e psicologia) diviene una pratica capace di estendersi effettivamente alla dimensione comunitaria, arrivando a riconoscere come risorse culturalmente competenti i gruppi sociali reali che la costituiscono. Si tratta di un movimento che caratterizza la salute mentale di comunità (Cardamone, Zorzetto, 200) in quanto orizzonte operativo in cui inserire ogni attività clinica.

6. Sulla violenza collettiva

Non si chiama altrimenti che così, Zero Diciotto, le ultime tre cifre del suo numero di matricola: come se ognuno si fosse reso conto che solo un uomo è degno di avere un nome, e che Null Achtzehn non è più un uomo. Credo che lui stesso abbia dimenticato il suo nome, certo si comporta come se così fosse. Quando parla, quando guarda, dà l'impressione di essere vuoto internamente, nulla più che un involucro, come certe spoglie di insetti che si trovano in riva agli stagni, attaccate con un filo ai sassi, e il vento le scuote.

Primo Levi, "Se questo è un uomo"

6.1 Ulteriori proposizioni sull'etnopsichiatria

L'etnopsichiatria può essere definita anche come "... un sistema di intervento sul reticolo delle appartenenze (affiliazioni) dell'individuo ai gruppi sociali che ne generano le proprietà singolari e modali; un sistema intelligente, sensibile, mobile, dotato di un'intenzionalità che mira all'intreccio coerente di teorie e pratiche di cura e trasformazione della persona (sia quelle utilizzate dal professionista che dal paziente)" (Harrag, 2007, p. 157; corsivo nel testo).

La definizione proposta mostra come il punto di applicazione di un qualunque intervento ispirato al metodo etnopsichiatrico si trovi nell'articolazione tra l'individuo e il gruppo da cui esso proviene. Da questo punto di vista, l'altro non appare solo come sorgente (psicologica) di un'intenzionalità singolare, ma anche come bersaglio di forze afferenti al suo mondo sociale e culturale, di cui diventa vettore all'interno dei contesti nei quali agisce. Proprio per la qualità di vettore culturale che possiede la persona, la clinica etnopsichiatrica obbliga ad un confronto serrato e sistematico con i saperi sviluppati nei mondi altri, soprattutto con le tecniche e le prassi operative deputate alla cura e alla guarigione dei disordini individuali e collettivi. Tuttavia occorre ogni volta risalire la china di un difetto conoscitivo relativo a tali saperi e tecniche, anche perché rappresentano fenomeni in continuo movimento, talvolta soggetti a rapide trasformazioni: un passaggio generazionale è talora

sufficiente a produrle. La storia infatti mantiene sempre la propria presa sui sistemi sociali e culturali, imprimendo su essi una spinta che li inclina al cambiamento, anche attraverso il contatto e lo scambio con altri sistemi. Sottolineando la rilevanza del reticolo di appartenenze nel generare le proprietà singolari e modali degli individui, non si consegnano questi ultimi, e neppure i sistemi da cui provengono, all'immobilità, né tanto meno li si colloca fuori dal tempo. Anzi, si scongiura in tal modo il rischio di considerare mere finzioni, o addirittura imbrogli, i prodotti della storia. Considerare la storicità dei sistemi collettivi non può far perdere di vista la loro realtà, per quanto costruita essa sia, o la loro effettualità sul piano operativo, o la loro capacità di resistenza anche a fronte di urti massimali. Questa resistenza è tale da spingersi fino al punto in cui un intero gruppo umano (i *Bamana*) arriva ad essere definito, e a definirsi esso stesso, come composto da coloro che non si sottomettono (Nathan, 1998; De Heusch, 2000).

Non mancano, del resto, all'interno dell'antropologia, autorevoli posizioni critiche rispetto alla fretta con cui si cerca di squalificare ed eliminare il concetto di *etnia*. De Heusch (2000, 1995), che pure concorda con l'affermazione che le "etnie hanno una storia", esamina le obiezioni che tale concetto ha subito nel tempo, e attraverso l'analisi di specifici casi storici arriva a domandarsi come sia possibile dichiarare l'etnia una mera invenzione coloniale (ad esempio perché frutto di tentativi frettolosi di classificazione operati sulla base di informazioni incomplete o errate, al fine di nominare un gruppo di potere con cui l'amministrazione coloniale potesse interagire). L'autore nota infatti come sistemi di classificazione dei gruppi umani fossero già presenti prima di qualsivoglia pratica burocratica volta al dominio o al controllo delle colonie⁶⁹.

Nel suo saggio sulle vicissitudini incorse dal concetto di etnia, De Heusch giunge a concludere che "... nonostante le forti critiche di cui è di recente

⁶⁹ Proseguendo il ragionamento, si può sostenere la difficoltà di stabilire il momento in cui una distinzione, considerata arbitraria, sarebbe stata istituita e da chi, salvo decidere di arrestarsi, nel retrocedere lungo la storia, ad una determinata epoca sulla base di motivazioni essenzialmente ideologiche, oppure di rimontare fino ai tempi mitici dell'origine in cui l'uniformità del genere umano sarebbe stata frantumata e dispersa (mito della torre di Babele).

divenuta oggetto, io credo che l'*etnia*, in quanto unità culturale e al di là di qualsiasi modalità di formazione, rimanga un elemento antropologico di base che non può essere ignorato. Dicendo questo, sposo prontamente la posizione assunta da Françoise Héritier che [...] nota come 'la cultura sia nonostante tutto una realtà di cui i suoi attori sono consapevoli, e attraverso cui riconoscono una comune identità a cui si conformano'..." (De Heusch, 2000, p. 113; corsivo nel testo).

Quando si fa riferimento al concetto di *etnia*, o di cultura in generale, non è in gioco semplicemente l'iscrizione ad una determinata categoria e dunque una auto- o etero-assegnazione ad una determinata identità etnica o culturale (cfr. Devereux, 1975 [1972]). In tal caso, si tratterebbe semplicemente di un'operazione di incasellamento, scarsamente informativa sia dal punto di vista antropologico, che da quello clinico. Il fatto è che le appartenenze, oltre a costituire delle forze che tendono a riprodurre il gruppo, implicano uno sviluppo *inculturativo* della persona (il suo abitare un mondo, l'assimilare una lingua, l'apprendere modelli di comportamento ecc.). Ciò non toglie, come si è detto, che un processo *acculturativo* – desiderato, casualmente intrapreso o forzato – possa comportare lo slittamento della persona o di interi gruppi umani verso altre appartenenze, altre visioni del mondo e altre lingue (più o meno in conflitto o distanti dalle precedenti). Tale slittamento non è mai neutro, né privo di conseguenze sia rispetto ai destini individuali che a quelli collettivi. È un terreno, questo, in cui i processi culturali e quelli politici si presentano in modo quanto mai intrecciato. Appartenenze precedenti possono dissolversi o, più spesso, divenire recessive sotto la pressione di nuovi equilibri sociali e politici, senza tuttavia scomparire del tutto o perdere in effettualità: le vicende dei collettivi umani si presentano, in questi casi, come strettamente legate ai destini degli oggetti intorno a cui quelle appartenenze ruotano (cfr. Coppo, 2007; Harrag, 2007). In effetti, gli oggetti culturali (anche quelli relativi a culti laici) sono tra i primi bersagli di molte azioni di conquista e assoggettamento o di rivoluzione sociale. D'altra parte sono continuamente in atto processi creativi di nuove appartenenze, ad esempio attraverso il proselitismo delle varie chiese e sette, o la nascita di movimenti millenaristi, frutto spesso dell'ibridazione di

elementi culturali autoctoni ed alloctoni. Si tratta di nuove appartenenze cui singoli o gruppi si rivolgono in cerca di modalità di liberazione dal male (materiale o immateriale, visibile o invisibile) o verso cui sono spinti con la violenza o la cattura (cfr. Wauthier, 2007; Nathan e Swertvaegher, 2003).

L'interesse clinico per simili processi sociali, culturali e politici – che complessivamente disegnano il profilo delle biografie individuali e delle storie collettive – risiede nel fatto che il paziente costituisce un individuo sociale sempre “pensato e costruito dai dispositivi da lui attraversati fin dalla sua nascita” (Nathan, 1998), e nel fatto che l'azione di tali dispositivi sul paziente possa essere rintracciata nella genesi e nella forma della sua sofferenza⁷⁰.

La varietà e la complessità dei dispositivi di cura, così come la loro continua moltiplicazione all'interno di scenari sociali e politici in fermento, producono quel gap conoscitivo a cui si è prima accennato e che il clinico è chiamato a rimontare. Questo movimento ha condotto l'etnopsichiatria a sviluppare una peculiare metodologia clinica (Nathan, 1995, 1997, 2003.). Quest'ultima non lascia l'impresa allo sforzo solitario del clinico, né si consola pensando che il lento confluire di molti sforzi individuali (la comunità scientifica e professionale) possa colmare il gap conoscitivo attraverso l'accumulo pacifico e coordinato di osservazioni e teorie. La scelta si orienta invece verso la costituzione di dispositivi clinici di gruppo costruiti attorno all'idea di molteplicità

⁷⁰ Finanche il DSM-IV, oltre a dover riportare in un'appendice intere configurazioni diagnostiche peculiari di altre culture (le cosiddette Sindromi Culturalmente Ordinate; cfr. Inglese e Peccaris, 1997), ha subito modifiche nella composizione sintomatica di alcuni suoi quadri sindromici principali, al fine di poter inglobare fenomenologie morbose incontrate ai quattro angoli del pianeta, anche se nel Manuale il debito contratto verso le psicopatologie di matrice culturale non viene quasi mai ufficialmente riconosciuto (Cardamone, Zorzetto, 2000). Il potere di diffusione che in tal modo si realizza ricorda le modalità di acquisizione della religione cattolica da parte di alcune popolazioni convertite con la forza, che lasciano intravedere dietro le figure dei santi la fisionomia di divinità preesistenti o, ancora, la costruzione di chiese nei luoghi sacri dedicati a divinità pagane, che sotto la nuova pavimentazione lascia intatte le antiche fondamenta (Freud, 1911). In clinica etnopsichiatria è talvolta possibile, seguendo una serie di impronte, tracce, sintomi, compiere uno scavo che da una particolare configurazione afflittiva riporta ai dispositivi culturali di cui essa è il calco, seppure in modo confuso (Harrag, 2007).

(linguistica, culturale, professionale). Ciò che viene proposto è il passaggio da un modello di setting duale di tipo “confessionale”, ad uno collettivo e “parlamentare”, in cui più professionisti e più discipline sono chiamate a confrontarsi su una situazione problematica, ovvero sul sistema-paziente (Harrag, 2007). Al fondo di una simile prospettiva si trova l’indicazione metodologica deveureuxiana di costruire una scienza del comportamento che si impegni in “... un esame sistematico ... del quadro di riferimento cui il soggetto stesso – a ragione o a torto – assegna il suo comportamento e quello degli altri esseri umani... [e nella] costruzione eventuale di un quadro di riferimento generale per lo studio del comportamento, che includa quadri di riferimento scientifici e diversi modelli culturali, concezioni prescientifiche, o non scientifiche... che possano fungere almeno da casi limite” (Devereux, 1984, p. 59). Attraverso un simile dispositivo, l’etnopsichiatria si costituisce come un’istanza ed un metodo di confronto e dialogo fra discipline e fra culture diverse. Non si tratta dunque di una generica sommatoria di sguardi o di procedure operatorie, né di un informe amalgama disciplinare.

Seguendo la tipologia di Bastide (2003), attraverso il lavoro etnopsichiatrico, ciò che muta è il tipo di lavoro multidisciplinare che viene attuato. Con Devereux, infatti, viene messa in atto una “coesistenza egalitaria” delle diverse discipline, attraverso il principio metodologico della complementarità, secondo il quale un fenomeno può essere preso all’interno di una certa prospettiva e trovare in essa una sua spiegazione autonoma ma “ad esaurimento”. Il potere esplicativo di ogni prospettiva teorica presenta cioè un fondo di efficacia ed efficienza che il ricercatore (o il clinico) deve sfruttare totalmente, per poi passare ad un’altra prospettiva, che presenta a sua volta una propria e autonoma potenzialità. Si tratta di un utilizzo consecutivo di apparecchiature interattive e codici interpretativi da applicare fin quasi al limite della scomparsa dell’oggetto, allo scopo di generare una tensione tra visioni complementari (ma anche conflittuali), che di per sé accresce l’intelligibilità del fenomeno ed eventualmente può sfociare in una sintesi ad un livello superiore. Questo avviene soltanto dopo che ciascuna disciplina abbia, per così dire, compiuto fino in fondo il proprio dovere.

Le evoluzioni cliniche dell'etnopsichiatria (Nathan, 1994, 2003) hanno portato alla realizzazione di quella che Bastide chiama "ricerca integrata teorica". Secondo questo autore, "lo scopo della scienza è quello di sostituire ad un oggetto presentato dall'esperienza, un oggetto costruito e ... questa costruzione suppone la sorveglianza di ciascun ricercatore da parte degli altri...Nella ricerca multidisciplinare, la regola non cambia, salvo che i sorveglianti appartengono a diverse discipline" (Bastide, 2003, p. 170). Il processo ipotizzato è quello della sfida teorica continua e della messa in crisi delle costruzioni effettuate, che ciascun ricercatore opera nei confronti degli altri, nel corso di un dialogo scientifico *in vivo*. In tal modo, la critica ed il conflitto funzionano come motori della costruzione di oggetti scientifici nuovi dotati di una natura *sui generis*, non confinabile all'interno di una singola disciplina. Si potrebbe dire che in questo modo il conflitto fra teorie, che nella prospettiva complementarista di Devereux si articola nella diacronia in vista di una composizione futura, si dà nella sincronia e nella polifonia.

Sempre secondo Bastide un simile approccio multidisciplinare può qualificarsi ulteriormente come transculturale nel momento in cui il dispositivo di ricerca integra un qualche tipo di interrogazione delle nozioni che il ricercatore ha acquisito nel corso della propria inculturazione e del proprio addestramento professionale. L'autore elenca essenzialmente tre modalità di attuazione di una simile interrogazione: il confronto dello psichiatra con l'etnologo; lo studio personale, da parte dello psichiatra, della letteratura etnologica; infine il viaggio (e cioè la frequentazione di altre aree culturali e quindi l'interrogazione diretta delle visioni di cui sono latori altri popoli).

Simili modalità di lavoro sono valorizzate dall'etnopsichiatria quando analizza i costrutti della psichiatria e dell'antropologia, promuove le competenze tecniche dei clinici e sviluppa una visione comparativista delle procedure terapeutiche.

L'innovazione principale dell'etnopsichiatria contemporanea è rappresentata dalla costruzione di un dispositivo centrato sulla traduzione interlinguistica svolta da un gruppo multiculturale e multiprofessionale capace di

costituirsì come luogo che permette un lavoro clinico, vincolato all'obiettivo terapeutico e di sostegno.

6.2 Guerra di mondi

È possibile a questo punto approfondire ulteriormente la definizione di etnopsichiatria posta all'inizio di questo capitolo, prendendo le mosse dal tema della violenza politica. A tal fine, è necessario comprendere i flussi umani internazionali in modo più articolato di quanto si è soliti fare. Risulta limitativo pensarli avendo esclusivamente in mente il migrante da lavoro che, di propria iniziativa o su mandato familiare, decide di trasferirsi in un luogo che offra maggiori opportunità economiche, lungo un asse che collega i cosiddetti Paesi in via di sviluppo con i Paesi sviluppati. All'interno dell'ampia categoria di persone in movimento si ritrovano dei soggetti che, sebbene poco numerosi rispetto al totale, interpellano in maniera diretta e stringente i professionisti della salute, in particolare quelli della salute mentale. Essi rientrano in figure giuridico-amministrative specifiche quali i richiedenti asilo politico, i rifugiati e i titolari di protezione umanitaria⁷¹. Rappresentano quella quota di popolazione che immediatamente, anche se non in modo esclusivo, rinvia a situazioni di persecuzione, guerra ad alta o bassa intensità, conflitto civile, religioso o etnico. In altre parole, si tratta di persone che sono bersaglio di *violenza politica*. Con tale espressione intendiamo l'esposizione ad una violenza collettiva

⁷¹ Il Sistema di Protezione, istituito con la legge 189/02 (la cosiddetta Bossi-Fini), è un sistema pubblico per la tutela, l'accoglienza e l'integrazione di richiedenti asilo, rifugiati e titolari di protezione umanitaria, e si articola su tutto il territorio nazionale mediante una collaborazione tra enti pubblici e soggetti del privato sociale. Lo SPRAR, promosso dal Ministero dell'Interno e affidato all'ANCI (Associazione Nazionale dei Comuni Italiani) prevede, durante il periodo di accoglienza, l'erogazione, da parte dell'ente gestore della struttura, di alcuni servizi volti alla valutazione della domanda di protezione da parte dell'interessato e all'instaurazione di un progetto di vita nel nuovo contesto adottivo (vitto e alloggio, assistenza nella preparazione del memoriale destinato alla commissione territoriale che valuta la richiesta d'asilo, corsi di lingua italiana, mediazione linguistica, corsi di formazione professionale, servizi per la ricerca di un lavoro e di una casa e infine assistenza per l'iscrizione al sistema sanitario).

programmata, ovvero intenzionale e pianificata, ad andamento episodico (terrorismo) o sistematico (regimi totalitari), il cui obiettivo è la soppressione del “diverso” e del “dissenziente”, per mezzo di specifiche tecniche (tortura, stupro di massa, massacro, deportazione) ad alto impatto traumatogeno individuale e collettivo. Si tratta, cioè, di azioni volte a stabilire un ordine interno e ad eliminare quanto non può esservi ricondotto (oppositori e avversari politici, confessioni religiose altre, minoranze etniche e culturali, ecc.), oppure a sovvertire un ordine esistente mediante operazioni di destabilizzazione (attentati, sequestri mirati, ecc.). Da questo punto di vista, la violenza verso l'altro rappresenta, anche e contemporaneamente, un'azione di disciplinamento autoritario del “noi”, con l'obiettivo di ridurre la molteplicità e complessità interna. L'eliminazione delle identità irriducibili può arrivare, inoltre, alla distruzione fisica degli individui che incarnano queste identità.

La natura intenzionale della violenza politica impone uno sforzo conoscitivo rivolto all'analisi delle tecniche attraverso cui si cerca di produrre effetti a livello individuale e collettivo, così come dei contesti nel cui ambito vengono messe in atto (Sironi 2007, 2001).

Già Bettelheim (2005) ha messo in evidenza il profondo effetto trasformativo della “semplice” imposizione del saluto nazista in ogni ambito dello scambio sociale, attraverso la creazione di una imponente dissonanza cognitiva negli individui contrari al nazismo e di una frattura fra generazioni in famiglie con cultura socialista, là dove i figli si trovavano costretti a scegliere, a causa della pressione sociale dei pari e delle ritorsioni messe in atto dagli insegnanti, fra la sopravvivenza quotidiana e la fedeltà alla famiglia e ai valori in cui erano stati educati. Lo stesso Bettelheim analizza anche i campi di concentramento, sottolineando le funzioni che essi permettevano di attualizzare: rendere i prigionieri una massa indifferenziata e sottomessa; provocare terrore nelle famiglie dei prigionieri e indirettamente nella popolazione generale, facendo capire a quale sorte andavano incontro gli oppositori; allestire una struttura che permettesse di addestrare (cioè iniziare) i nuovi membri della Gestapo; predisporre una situazione sperimentale per lo studio dell'uomo, ovvero dei mezzi per meglio assoggettarlo e dei limiti di

sfruttamento del suo corpo in condizioni di schiavitù. La sua testimonianza e, ancora di più, quella di Primo Levi (1958) rendono conto degli effetti di trasformazione e di vera e propria demolizione degli individui prodotti da quella speciale tecnologia di tortura e sfruttamento che i campi nazisti hanno rappresentato. Sintetizzando, se ne possono elencare alcuni: la desolidarizzazione dalla propria famiglia (es. risentimento degli internati verso i propri familiari, sospettati di non fare abbastanza per ottenere la loro liberazione; evitamento disilluso di ogni pensiero rivolto ai propri cari, ecc.), rinnegamento di tutti i valori su cui le persone fondavano la propria umanità e soggettività, difficoltà a pensare e ricordare, mutamenti radicali della personalità – fino al caso estremo ma non infrequente del deportato che diventa aguzzino. Nathalie Zajde, che ha dedicato buona parte della sua ricerca e della sua attività clinica alla psicologia dei sopravvissuti alla Shoah e dei loro figli, descrive così gli effetti del genocidio: “I nazisti ed i loro alleati hanno assassinato le persone, hanno spezzato i legami di solidarietà, hanno distrutto le coesioni familiari, hanno isolato gli individui. Essi hanno fatto sparire i loro corpi, i loro beni e i loro oggetti” (Zajde, 2005, pp.25-26)⁷².

Si è chiaramente consapevoli del fatto che i campi di sterminio nazista rappresentano la messa in atto di un'intenzionalità genocidiaria assoluta e unica nella storia, decisa ad eliminare non tanto l'ebraismo, ma gli ebrei in quanto tali e nella loro totalità (Katz, 1981). Ma proprio per questo tale esempio appare ineludibile in una discussione centrata sulle prassi della violenza politica. Non è possibile tuttavia approfondire ulteriormente il tema in questa sede, soffermandosi, ad esempio, sull'organizzazione dei campi di sterminio come sistemi di tortura che prima ancora dell'esistenza fisica mirano a sopprimere il senso di umanità delle persone; oppure confrontando il campo di sterminio con altre forme di campo specializzate nella “correzione” e “rieducazione” degli oppositori politici, talvolta identificati con intere fasce della popolazione (anche

⁷² Sul trattamento dei sopravvissuti alla Shoah vedi, oltre a Zajde (1995 e 2005) – che in particolare ha lavorato con i discendenti degli internati nei campi nazisti – anche Laub, 2002; Shamai e Levin-Megged, 2006. Altri autori mettono in rilievo le capacità degli individui e dei gruppi di superare esperienze traumatiche estreme (Weinfeld, Sigal e Eaton, 1981).

se neppure queste tipologie si astengono dall'omicidio di massa; si veda ad esempio Karklins, 1989, King Whyte, 1973 e Werth, 2006).

Prima di analizzare in dettaglio una delle più frequenti declinazioni della violenza politica – e cioè la tortura – è necessario segnalare come non meno programmata ed intenzionale sia l'attuazione di azioni che debordano dalla sinistra e circoscritta compostezza dei campi, per riversarsi nello scenario sociale allargato. È questo il caso dello stupro etnico di massa, con i suoi effetti immediati sulla vita delle donne (violazione del corpo, paura o certezza del ripudio) e con quelli più a lungo termine sui cosiddetti “figli dell'odio” (cfr. Doni e Valentini, 1993) e sulle famiglie (rottura della continuità generazionale, contaminazione della discendenza). Analisi storiche mostrano come lo stupro etnico possa essere preparato e architettato. In Kosovo, la sua attuazione è maturata almeno dagli anni '80 del secolo scorso, attraverso una retorica della “mascolinità” fomentata dal nazionalismo serbo, a partire da accuse di violenza sessuale su donne e uomini serbi da parte degli albanesi (Bracewell, 2000). Altrettanto preparati nel tempo e ben programmati si mostrano i massacri e gli stermini di massa. La mossa iniziale di simili azioni consiste spesso nella diffusione fra la popolazione di un senso di paura e/o di un desiderio di vendetta, e nella costituzione di una specifica configurazione ideologica del “noi” e dell'altro: il debito ed il legame dei Serbi del Kosovo con i morti in battaglia del 1287 contro l'Impero Ottomano, fomentati da Milosevic (Sironi, 2007); la propaganda contro il “nemico interno” in Rwanda (De Heusch, 1995); l'attribuzione di poteri demoniaci e di qualità sovranaturali alle Tigri Tamil nello Sri Lanka (Spencer, 1990), solo per ricordare alcuni esempi. Ma non è soltanto l'atto di violenza collettiva in sé a presentare una natura tecnica, pertanto aliena da qualsivoglia estemporaneità o esplosività incontrollata. Anche gli strumenti della sua attuazione sono attentamente costruiti. È questo il caso, fra gli altri, del coinvolgimento dei bambini nelle operazioni di repressione o di guerriglia. Il loro arruolamento svolge funzioni precise (ad esempio, la costruzione di una “nuova umanità” che passa evidentemente per l'eliminazione di quella “vecchia”) e viene attuato attraverso pratiche “iniziatiche” codificate miranti a spezzare le precedenti affiliazioni: ad es. tramite denuncia o uccisione dei propri

familiari o di membri del proprio villaggio (cfr. Sironi, 2007; Rosen, 2007; Albanese, 2005; Hiegel e Landrac, 1993)⁷³. Molti di questi scenari regionali di guerra o di conflitto civile prolungato, con la conseguente crisi dei sistemi sociali, pongono l'ulteriore problema prodotto non da un eccesso di potere dei governi, ma da una loro assenza (Desjarlais e Kleinman, 1994). Secondo questi autori occorre rendere più complesso il quadro di riferimento generale tendente ad illuminare simili contesti, affiancando per esempio ad una psicologia e antropologia del conflitto stato/individuo anche modelli teorici capaci di cogliere a livello psicosociale i fenomeni in aree caratterizzate da disintegrazione sociale, predazione selvaggia, violenza generalizzata, ribaltamento degli ordini sociali e morali preesistenti. Interi territori nazionali o loro ampie porzioni si trovano cioè a dover far fronte, anche per quelle che sono le necessità di base della popolazione, all'assenza di qualsiasi capacità di controllo e gestione da parte del sistema statale. Si tratta di situazioni in cui l'esposizione a una pluralità di eventi traumatici si accoppia allo scardinamento dei sistemi di regolazione della vita sociale, con ulteriori effetti negativi sulla salute individuale e collettiva⁷⁴.

Lontano dal clamore suscitato da queste situazioni di crisi (per lo più a posteriori), esiste una realtà che rimane spesso nascosta grazie a strategie di occultamento condotte a vario livello, nazionale e internazionale. Una realtà

⁷³ Come la testimonianza di Primo Levi rispetto alla follia nazista, anche relativamente a questi punti è possibile individuare resoconti autobiografici capaci di illuminare la comprensione clinica. Il racconto di Szymusiak (1986), focalizzato sulla sua esperienza del regime cambogiano di Pol Pot, permette di comprendere gli effetti individuali e collettivi prodotti da un tentativo spietato di trasformazione di un'intera società ad opera delle sue guide rivoluzionarie.

⁷⁴ A titolo di esempio si possono citare due casi focalizzati sulle due fasi estreme del ciclo vitale. Igreja (2003) descrive le conseguenze sullo sviluppo dei neonati (con aumento dei casi di malnutrizione) e sulla salute fisica e psicologica delle madri dello sconvolgimento delle pratiche tradizionali di allevamento dei figli nei primi due anni di vita (*madzawde*) dovuto agli effetti degli anni di guerra conosciuti dal Mozambico. Jourdan (2006) mette in evidenza gli effetti sul piano sociale generale e sullo specifico tema del trattamento dei morti (con conflitti finanche sul possesso del cadavere) conseguenti agli anni di violenza e di politica del terrore sperimentati in Congo.

parallela – quella della tortura – costruita a partire dalle posizioni ideologiche espresse da un potere statale, la cui esistenza dipende dal sostegno dell'apparato burocratico (*mare magnum* in cui le responsabilità vengono scientemente distribuite e, in ultima istanza, volatilizzate), dalla “distrazione” della popolazione civile, così come dal silenzio o addirittura dal supporto di attori politici esterni. Supporto attivo che si sostanzia, ad esempio, nella “formazione” dei torturatori. Lo sforzo necessario per istruire degli individui a diventare carnefici richiede spesso il contributo e la consulenza tecnica di esperti che vengono prestati al regime in questione da governi interessati. Quando poi l'opera di trasformazione è totale, riguarda cioè l'intera società e tutte le strutture dello stato, essa richiede una capacità di coordinamento e un grado di expertise così elevati che non sempre si trovano già *in loco*. “Al fine di mantenere questa realtà, il regime torturatore deve sforzarsi di assicurare che essa sia riflessa in tutti i settori della società e in tutti gli aspetti della vita politica e sociale. Ogni cosa deve essere riformata in accordo al nuovo modello: le leggi riscritte o ... reinterpretate, un nuovo linguaggio e un nuovo vocabolario ideati, le relazioni sociali ridefinite e tutti questi processi di trasformazione trasmessi e amplificati dai mass media. In questo modo, le tecniche usate per preparare i futuri torturatori a fare il loro terribile lavoro non sono che un riflesso di un più ampio processo: la trasformazione della società. Il sistema di tortura stesso ... non è che un microcosmo di questo più generale fenomeno: per far sì che la tortura possa essere praticata *sistematicamente* e di *routine*, non solo si devono formare e preparare i torturatori, ma la società nel suo insieme deve essere preparata e, in un certo senso, formata ad accettare che simili cose accadano” (Crelinsten, 2003, pp. 295-296; corsivo nel testo). Di fatto, la tortura assolve ad una serie di funzioni politiche e terroristiche e ormai solo marginalmente quella dell'ottenimento di informazioni altrimenti inattingibili. Essa, nel suo insieme, si configura come uno strumento di esercizio del potere e di controllo sulla popolazione, che colpendo singoli individui attua una sorta di pedagogia di massa (Mistura, 1978; Sironi, 2001 e 2007). L'azione sul torturato avviene di solito attraverso tecniche pressoché globalizzate ed i cui effetti sono ormai da tempo conosciuti. Françoise Sironi (2007) raggruppa i vari metodi di tortura in

sei categorie: le privazioni (isolamento, privazione di cibo, di luce, soffocazione, ecc.), il terrore (esecuzione simulate, minacce, ecc.), il dolore (colpi o applicazione di elettricità in varie parti del corpo e in particolare nelle zone genitali, ecc.), la violazione dei tabù sessuali e la disumanizzazione (essere stuprati o essere obbligati a stuprare un familiare o un compagno di lotta, accoppiamenti con animali, ecc.), le umiliazioni culturali e le violazioni dei tabù culturali (distruzione o contaminazione di oggetti religiosi, ecc.) e, infine, tutte quelle procedure che comportano una sofisticazione della messa in scena (costruzione di situazioni che implicano una scelta impossibile da parte del torturato o una tale perversione logica da indurre un sentimento di assoluta impotenza). Secondo l'autrice, queste tecniche producono una peculiare situazione psicologica nella vittima, ovvero l'effrazione psichica e somatica da traumatismo intenzionale, attraverso l'azione di alcuni meccanismi di trasformazione: l'inversione, la prevalenza di un ordine binario con perdita della capacità di discriminazione degli spazi logici, la trasgressione dei tabù culturali e la ridondanza. Il primo meccanismo, l'inversione, concerne l'attacco alla distinzione dentro/fuori e alle zone di scambio fra interno ed esterno. Tale attacco va nel senso di una rottura della distinzione o di una alterazione o inversione dei flussi di comunicazione attraverso gli orifici corporei (ad es. far rientrare ciò che normalmente esce: vomito, urina, feci). Tali attacchi riescono a produrre nei torturati vissuti di trasparenza, di assenza di confini e la cancellazione di zone di intimità. Il secondo meccanismo, l'imposizione di un codice binario, riguarda l'alternanza di fasi con qualità opposte durante il periodo di detenzione o durante gli interrogatori (il torturatore "buono" alternato a quello "cattivo") che producono l'interiorizzazione di un codice ossessivo generalizzato e una difficoltà nelle funzioni di discriminazione fra *io* e *non-io*, fra *ora* e *allora* e fra *qui* e *là*. La violazione dei tabù culturali spinge l'individuo all'isolamento dal proprio gruppo di appartenenza, nonché a vissuti di indegnità e impurità. Infine la ridondanza riguarda l'associazione di azioni sul corpo con ingiunzioni verbali che proprio in virtù di questa concomitanza acquistano una speciale capacità di effrazione psichica.

“Allorché il processo è stato efficace, la vittima arriva a pensarsi tal quale il sistema torturatore la pensa. Se l’iniziazione fallisce, si possono produrre due diverse situazioni: o una radicalizzazione ulteriore dell’impegno ideologico o l’apparizione di sintomi legati ad un’organizzazione traumatica...” (Sironi, 2007, p. 84)⁷⁵.

La tortura può essere concepita come uno strumento di trasformazione dell’altro: una trasformazione che va nel senso di rendere molto difficile o assolutamente impossibile, per la vittima, riprendere la propria vita e condividerla con gli altri. La persona, come in un rituale iniziatico interrotto prima della fase di reintegrazione nel gruppo, si ritrova a sperimentare un perenne stato di liminalità, nel cui ambito ingaggia una costante lotta contro l’influenza pressante del suo torturatore (Sironi, 2001). I sintomi, che si possono riscontrare anche a distanza di anni, testimoniano di questa battaglia interiorizzata. L’autrice distingue fra: sintomi legati all’effrazione psichica in sé (siderazione, perdita di controllo delle emozioni, disturbi psicosomatici, reattività esacerbata o al contrario apatia totale e difensiva, disturbi della memoria e dell’attenzione, ecc.), sintomi che attestano la presenza interiorizzata del torturatore (auto-svalutazione, sentimenti di colpa, cambiamento della personalità, aggressività incontrollata, sogni traumatici o reviviscenze traumatiche, stato di dubbio e indecisione, ecc.) e sintomi che scaturiscono dalla lotta della persona contro l’influenza esterna (ipervigilanza e disturbi del sonno, aggressività difensiva, sfiducia e diffidenza). Si tratta di uno schema di riferimento capace di offrire un orientamento efficace all’interno dello sviluppo del processo clinico ed un utile strumento per l’individuazione della strategia e delle tattiche psicoterapeutiche.

Questa sintetica disamina mostra come il bersaglio principale di queste prassi di violenza sia costituito dai reticoli di appartenenza delle persone a organismi collettivi vitali. L’attacco possiede dunque una direzione e,

⁷⁵ La descrizione di Zero Diciotto scritta da Primo Levi e riportata in esergo descrive fin troppo bene gli effetti della tortura portata a compimento: la sua trasformazione in *Stück* (pezzo), come i nazisti chiamavano gli ebrei e cioè in mera cosa.

soprattutto, esprime un'intenzione agita su individui e gruppi. Ciò che si produce non è però un fenomeno di natura puramente sottrattiva, ovvero non implica soltanto la diminuzione dei legami affettivi e culturali, ma piuttosto trasformativa (Nathan, 1995). Le vittime infatti sono spinte da una logica metamorfosica implacabile, esposte ad incontri con esseri perturbanti che danno sbocco a possibilità nuove, sebbene spesso dolorose, di esistenza.

Igreja (2003) segnala come il venir meno dei propri contenitori culturali sia percepito dalla popolazione di Gorongosa (Mozambico) non solo nei termini di una perdita identitaria, ma più precisamente come un'acquisizione di identità: "vivere come la gente bianca", oppure "ora siamo diventati dei bianchi" sono espressioni che la gente utilizza per parlare dei cambiamenti subiti.

La trasformazione dell'altro – la mutazione radicale della specifica natura dell'altro – è insita nella logica delle prassi traumatizzanti.

Iréna Talaban, riprendendo il modello nathaniano della tecnica traumatizzante, – che provoca delle trasformazioni profonde non riconducibili a un processo di affiliazione culturale – mostra la logica del *dressage* cui venivano sottoposti gli studenti destinati a diventare "uomini nuovi" nella famigerata "camera 4-ospedale" della prigione di Pitesti, in Romania (Talaban, 1999). Si trattava, sottolinea l'autrice, di un vero e proprio "laboratorio di psicologia applicata dell'influenzamento" (Talaban, 1999, p. 117), le cui cavie erano esclusivamente umane. L'equipe di torturatori, formata dal leader Turcanu e da un gruppo di detenuti-iniziati, disarticolava in maniera sistematica ogni tipo di relazione tra la persona e i suoi contesti d'esperienza, attraverso la profanazione dei rituali religiosi, costringendo a vivere come "perversi" i legami con la famiglia, con gli antenati, con la storia della comunità e della nazione. L'obiettivo era quello di "strappare le maschere" una a una, fino ad obbligare le persone ad una completa rinuncia alla propria identità (Devereux, 2000 [1967] e 2001 [1967]), in modo da trasformarle in robot incapaci di costruire relazioni, di ricostituirsi in gruppo o di reintegrarsi in una comunità. In ultima analisi, l'obiettivo era quello di rendere le vittime incapaci di vivere la propria cultura, di applicarsi o servire a una qualsiasi funzione dettata da essa.

Rechtman (2006), dal canto suo, evidenzia come la *retorica* dello sterminio fosse *preliminare* alla concreta *azione* di sterminio da parte dei Khmer rossi, e *funzionale* alla de-etnicizzazione delle vittime (*dekhmerizzazione*) prima della loro uccisione. Rendere l'altro quanto più dissimile da sé (renderlo animale, cosa, pezzo, essere diabolico) è un'operazione che da una parte facilita la realizzazione della violenza, e dall'altra è già violenza: condanna infatti chi ne è oggetto ad un destino di morte (di assimilazione ai morti). Soggettivamente e collettivamente ogni disumanizzazione è assimilazione ad una specifica alterità culturalmente costruita (Zajde, 2005). Non esiste alcuna alterità che si presenti in forma negativa, come assenza di tratti caratteristici; essa assume sempre una forma positiva, diviene un'entità prevista e determinata, oppure resta in attesa di essere identificata nella sua natura da una qualche funzione sociale (ad es. terapeutica). L'incontro inquietante con i *khmoc* fornisce un esempio di come la presa sulle vittime da parte di esseri culturali così fabbricati sia addirittura più forte di quella esercitata dal trauma stesso. Il termine *khmoc* si riferisce ai corpi umani ormai privi di vita, ma indica in modo generico anche una particolare categoria di spiriti: quelli delle persone cui non sono stati praticati i rituali di cremazione destinati a permettere il loro reinserimento nel ciclo di morte/rinascita, essendo decedute in modo violento. Tali spiriti, costretti a vagabondare sulla terra, instaurano relazioni di attacco e di predazione nei confronti dei vivi ⁷⁶. “Durante la psicoterapia con rifugiati cambogiani, il paradosso del sopravvissuto fa la sua comparsa in diversi momenti. Può essere osservato quando i rifugiati richiamano alla mente sogni o incontri con i *khmoc*, specialmente quando il processo terapeutico suggerisce un miglioramento sintomatico. Mentre il paziente sta per lasciare questo mondo di morte, qualcosa più forte di lui sembrerà riportarlo in questa terra di orrore. La principale differenza con i normali sintomi traumatici, come la reviviscenza di

⁷⁶ Si può notare che, in tal modo, le violenze politiche non modificano solo l'ecologia sociale del mondo sensibile abitato dagli umani, ma anche quella dei plurimi mondi invisibili, producendo masse di morti (Canetti, 1981 [1960]) le quali iniziano ad intrattenere relazioni complesse e molteplici con le masse dei vivi: saldatura identitaria e richiamo alla vendetta, rivalsa e persecuzione, ecc.

eventi traumatici, è che questi dolorosi incontri non sono interpretati alla stregua di una memoria di una particolare scena o evento, come in altri casi. Piuttosto, i rifugiati descrivono queste scene come un tentativo di qualcuno vicino a loro di riportarli nel mondo dei morti. Questo confuso sentimento di appartenere al mondo dei morti persiste anche dopo aver praticato i rituali per onorarli” (Rechtman, 2006, pp. 7-8). Come sottolinea lo stesso autore, si tratta di sogni o scene che persistono anche quando la terapia è riuscita efficacemente a produrre un superamento di reviviscenze e incubi traumatici.

È da sottolineare come il processo di trasformazione innescato dalla violenza intenzionale non porti necessariamente all'esito programmato. Turcanu, il maestro carnefice di Pitesti, “uomo nuovo” per eccellenza, veniva circondato di facoltà fuori dell'ordinario, tanto che di lui si diceva avesse stretto un patto col diavolo (la prigione di Pitesti era anche nominata “il mulino del diavolo”). Eppure gli studenti che uscirono vivi dalla tecnica trasformativa della camera 4-ospedale non diventarono mai “uomini nuovi”, bensì martiri, Cristi. Si registra allora un effetto paradossale della tortura: la fabbrica degli uomini nuovi, l'officina anti-culturale in cui si distruggevano uno a uno i vecchi idoli, viene investita dalle vittime di un significato del tutto spirituale, riconducibile a una matrice schiettamente religiosa – la *Settimana Santa*. L'esperienza traumatica innesca dentro di essi un nucleo profondamente cristiano⁷⁷, permettendo loro non tanto di guarire dal trauma, quanto di salvarsi l'anima.

6.3 Clinica della violenza politica

Nel lavoro con le vittime di violenza politica il gruppo clinico può avvalersi anche degli operatori interni alle strutture di accoglienza, secondo criteri che ogni volta vanno attentamente valutati. L'eventuale partecipazione degli

⁷⁷ “Un cristianesimo locale impregnato di cerimonie funebri precise, di rituali di comunicazione coi morti (rituali per i quali vi sono degli ‘specialisti’, come, per esempio, le donne che ‘cadono nei venti’) che si praticano ancora ai nostri giorni, malgrado (a causa?) mezzo secolo di indottrinamento ideologico” (Talaban, 1999, p. 267).

operatori dell'accoglienza favorisce il perseguimento di alcuni importanti obiettivi: 1) assicurare una continuità tra intervento clinico e percorso di accoglienza/inserimento delle vittime di violenza politica nella struttura e nel territorio; 2) apportare nello scambio clinico le conoscenze, maturate dagli operatori sociali, relative al percorso compiuto dalla famiglia (obiettivi, difficoltà incontrate, progressi compiuti, ecc.); 3) permettere agli operatori dell'accoglienza una condivisione delle conoscenze sviluppate all'interno del contesto clinico e utili ad un miglioramento delle proprie competenze professionali; 4) facilitare la costituzione di un luogo di mediazione dei conflitti e delle tensioni fra ospiti e operatori sociali, rispetto all'andamento della vita quotidiana e del percorso di inserimento nel territorio. L'intervento viene in tal modo a configurarsi come un lavoro clinico-diplomatico che deve considerare: i mondi di provenienza degli ospiti; le logiche culturali e politiche esistenti nei contesti di vita originari; le logiche di funzionamento delle strutture di accoglienza e del sistema istituzionale nel suo complesso; la cultura professionale degli operatori.

Relativamente alla presenza del traduttore⁷⁸, occorre notare come non siano pochi i clinici, anche molto esperti, che preferiscono rinunciare alla traduzione, pur di ovviare alla possibilità che l'interprete venga visto dal paziente come una potenziale spia dell'apparato politico persecutore. Tuttavia, l'utilizzo dell'interpretariato linguistico nel lavoro con i rifugiati e le vittime di violenza politica è, sebbene difficile, estremamente utile. Occorre intanto osservare come il più delle volte l'introduzione di tale figura professionale rappresenti una necessità pratica, prima ancora che tecnica. Accade spesso che, a causa del livello di conoscenza – generalmente piuttosto basso – della lingua italiana da parte dei richiedenti asilo, diventi arduo se non impossibile comunicare in assenza di traduzione. Ma il ricorso all'utilizzo della lingua

⁷⁸ Per traduttore si intende colui che condivide con il paziente la stessa *lingua matrice*, ovvero "la *lingua prima*, [che] in termini culturali potrebbe non coincidere con la lingua materna: la lingua prima corrisponde al risultato storico di una differenziazione culturale per cui essa è anche la *lingua dominante* rispetto al luogo d'origine. O dominante rispetto ad un quadro politico e/o giuridico" (Casadei, Festi, Inglese, 2005. p. 277).

matrice si fonda essenzialmente su motivazioni di ordine clinico. Trattare il paziente nella lingua del paese d'accoglienza può contribuire a dargli la sensazione di stare al sicuro, di trovarsi in un luogo neutro e riparato, lontano dalle drammatiche vicende della sua vita, ma allo stesso tempo limita le opportunità del terapeuta di attivare le risorse decisive per iniziare il processo di cura. Tali risorse vengono rese operanti a condizione di essere recuperate integre, e soltanto il lavoro fatto nella lingua matrice del paziente può consentire la cautela e la precisione necessarie per questa operazione di recupero. Inoltre, dal momento che i traumi inflitti in maniera intenzionale sono situati e vissuti in una dimensione culturale ben precisa – la violenza è sempre fabbricata localmente, secondo una matrice locale che solo in un secondo momento può essere esportata e transculturata – l'operatore clinico che non opti per la lingua parlata in quella specifica arena storica, che non abbandoni il terreno sicuro della propria lingua per avvicinarsi attraverso un idioma sconosciuto ai luoghi "iniziativi" di fabbricazione del trauma, rimane disconnesso dai conflitti reali, dalle esperienze che ancora sconvolgono il paziente ("non esiste una condizione post-traumatica ma un'immanenza traumatica persistente" Inglese, 1999, p. 94) e pertanto rischia di venire guardato da quest'ultimo come un funzionario della cura, piuttosto che come un genuino alleato nel percorso di ricostruzione. Si può prendere l'esempio di un militante kurdo che abbia svolto la sua attività politica in diverse zone della Turchia e sia stato per questo torturato a più riprese dalla polizia turca. La sua *lingua materna* è il kurdo, mentre quella parlata dal programma di asilo, la *lingua-rifugio* che ancora stenta ad apprendere, è l'italiano. Il turco invece funziona da *lingua matrice*: in turco è stato iniziato alla politica e ha condotto le battaglie per la causa kurda, in turco ha scritto e letto di politica, infine in turco è stato torturato. Se gli proponiamo un interprete che parla sia il kurdo sia il turco egli sceglierà il turco, lingua che potrebbe certamente fargli correre il pericolo di ritornare con la mente nelle stanze dei carnefici, ma che allo stesso tempo gli fornisce gli strumenti intellettuali per combattere i suoi avversari.

Quanto detto finora non implica tuttavia che si debba imporre al paziente un interprete qualsiasi. Costui potrebbe effettivamente non essere accettato, o

essere vissuto come minaccioso. Si tratta allora di negoziare questa presenza col paziente, in modo tale da definire preventivamente tutte le condizioni, i vincoli e i requisiti necessari a rendere la funzione di interpretariato possibile e desiderabile.

Due bozzetti clinici permetteranno di illustrare alcune derivate della violenza politica. Il primo caso consente la comprensione di come una strategia indirizzata a sottomettere un gruppo etnico, a umiliare e degradare una comunità di villaggio, possa riconfigurarsi nell'atto di nascita di una carriera militante. La vita della persona non viene segnata dal trauma, quanto dalla scelta politica che scaturisce dall'offesa subita: l'ideologia politica preesistente nel contesto sociale funge da antidoto, da sistema difensivo contro l'aggressione esterna. Il secondo caso mostra gli effetti psicopatologici da "dispersione" e "impossibilità di rispettare le proprie regole culturali", entrambe condizioni generate dalla violenza politica. Questa infatti ha la caratteristica di spingere al movimento e alla dispersione singoli individui, famiglie e intere masse di popolazione. Non si limita a produrre effetti laddove viene concretamente esercitata, ma arriva a riverberarsi in luoghi assai distanti, seguendo reti di transito diverse e intricate. Il transito, spesso rischioso, conduce l'individuo o il gruppo a passare entro ambienti "insoliti", dove i fenomeni percepiti sono contrari a quelli del mondo abituale, dove si entra in promiscuità con persone che non rispettano le stesse regole della vita quotidiana o dove è troppo complicato conservare le proprie. I sistemi burocratici di riconoscimento dello status di rifugiato, di protezione umanitaria e di accoglienza possono apportare ulteriori complicazioni, intensificando la sensazione di disorientamento in soggettività ormai dislocate.

C. è kurdo, viene dalla Turchia, durante la sua lunga carriera di militanza politica ha subito torture a più riprese, è stato obbligato più volte a cambiare città insieme alla sua famiglia, ma ogni volta uscito di prigione è tornato con fermezza all'attività di organizzazione politica. È in Italia da alcuni anni, ma a causa dei traumi patiti il suo stato di salute è compromesso e fatica a riprendere

in mano la sua vita. Si è avviato con lui un percorso di lavoro psicologico sugli effetti persistenti della tortura, e con cautela si sta procedendo a ricostruire la sua storia, prima di giungere eventualmente al confronto aperto con la logica dei carnefici, alla discussione pubblica su come la tortura lo ha cambiato. Un giorno, durante una seduta, egli racconta che la sua vera trasformazione risale a molto prima delle torture: non sono queste infatti ad averlo cambiato realmente. La sua “rivoluzione nella testa” – per usare le sue parole – la fece quando, ancora bambino, dovette assistere ad una umiliazione perpetrata dai militari turchi nei confronti degli adulti del suo villaggio, suo padre compreso. I Turchi costringevano a colpi di bastone gli uomini ad assumere posture animalesche, facendoli percorrere carponi le stradine piene di sterco battute dalle greggi per abbeverarsi al fiume. È in quel momento, dice, che la sua testa è cambiata, portandolo a diventare un militante politico per la causa kurda, benché provenisse da una famiglia agiata mantenutasi sempre distante da qualsivoglia coinvolgimento politico. Nella violenza politica, lo spazio del villaggio diventa teatro di una follia comunitaria indotta: il gruppo di uomini adulti è de-etnicizzato e animalizzato, mentre il bambino, in posizione di osservatore, comincia ad acquisire una nuova identità che da quel momento in poi continuerà a maturare, a radicalizzarsi nonostante i ripetuti attacchi traumatizzanti. Il germe trasformativo che si impianta nella testa del futuro militante non va però attribuito soltanto alla capacità di reazione individuale del soggetto – il trauma infantile che decide un destino da rivoluzionario – ma piuttosto alla preesistenza di una struttura di reclutamento, di un’ideologia, di un’organizzazione politica (e militare) che sa sfruttare gli stress e gli attacchi portati contro la cultura di appartenenza come tappe di addestramento alla militanza politica e al combattimento. Il problema insorge quando i militanti, fuori dai teatri di contrapposizione diretta col nemico, e ospitati in programmi di accoglienza che vincolano la loro libertà operativa, il senso di autonomia ed efficacia personali, il loro “essere rivoluzionari”, non dispongono più delle difese necessarie a resistere. È allora che le ferite ancora aperte, i dolori cronici della tortura diventano davvero insopportabili e invalidanti. E questo a volte obbliga le famiglie ad uscire dai programmi di aiuto, rinunciando ad ogni convenienza sul

piano pratico pur di riguadagnare qualcosa su quello delle difese culturali e psicologiche.

D. è una giovane donna proveniente da un paese del Medio Oriente dove incombe da anni una guerra e una situazione di insicurezza generalizzata. La sua fuga dipende però da un'altra motivazione: l'attività politica e intellettuale del fratello che, dall'estero, combatte con le sue idee i gruppi fondamentalisti del proprio paese. Per vendicarsi, questi ultimi decidono di rifarsi sui parenti dell'uomo. D., con buona parte della famiglia, è costretta a fuggire precipitosamente. Il viaggio però presenta da subito numerosi ostacoli: fin dall'inizio lei, il marito e il figlio vengono separati dal resto del gruppo; ne perdono completamente le tracce, arrivando a convincersi che gli altri, e tra questi anche la madre di D., sono morti. In seguito, dopo aver raggiunto il paese del Nord in cui abita il fratello, e trascorso un periodo di assestamento, il nucleo familiare è obbligato a trasferirsi nuovamente. Essendo infatti entrato in Europa attraverso le frontiere italiane, viene rimandato indietro a causa degli accordi comunitari in materia di immigrazione. Così, dopo aver iniziato a ricevere i primi aiuti nel paese nordico, D. si ritrova improvvisamente in un centro di permanenza temporanea italiano, in attesa di destinazione verso una struttura di accoglienza. In questo centro – riferisce la donna – le accade di sperimentare una paura estrema, che da quel momento diventa solidale, si fissa per così dire, al suo recente stato di gravidanza. Il quadro sintomatologico si forma intorno ad una chiusura malinconica, rivendicativa e al contempo diffidente verso gli altri. Durante il lavoro terapeutico emerge dal racconto della paziente una figura animale, l'immagine di un maiale selvatico (*wild-pig*), un cinghiale, che si iscrive in un doppio registro, retorico e psicopatologico: D. afferma di essere un cinghiale, resistente *come* un cinghiale, quando non avverte gli effetti delle medicine che assume a forti dosaggi, o quando si percuote il ventre o compie altre pratiche offensive che potrebbero mettere a rischio la sopravvivenza del feto, che pure continua a stare bene. Di più, la paziente *sente di essere diventata* lei stessa un cinghiale perché si rende conto che la natura del suo corpo (e di quello del bambino) è cambiata, ed è la natura

di un *wild-pig*. Il divenire-cinghiale appare come sintomo zoopatico (Callieri, 1982), e come *item* culturale deformato (Devereux, 2007). Per la cultura della paziente il maiale è un essere impuro, oggetto di un interdetto alimentare assoluto. La specie selvatica però è apprezzata nella cultura islamica per il suo vigore fisico, tanto da venire utilizzato in molte ricette terapeutiche, al fine di fortificare gli esseri umani o per difendere il bestiame da influenze malefiche (Westermarck, 1926). Il divenire-cinghiale mette così in scena una lotta senza quartiere per la sopravvivenza: da un lato la paziente richiama a sé la forza del cinghiale come antidoto a farmaci e veleni, la resistenza della sua pelle contro i tentativi di violenza e di effrazione dall'esterno, dall'altro è assorbita in una metamorfosi zoopatica, che la rende allo stesso tempo forte e massimamente impura. Il figlio che ha in grembo – tenendo presente la saldatura tra spavento e gravidanza – partecipa di questa impurità e di questa forza, anzi forse è proprio il piccolo cinghiale a trasfondere alla madre queste qualità. Diventa qui pertinente il concetto di *piano orifiziale* elaborato in psicopatologia: “È appunto sul *piano orifiziale* che si realizza la primordiale esperienza umana del vero e proprio ‘contatto con l'animale’ che *entra nel* corpo o *proviene dal* corpo, infrangendo in ogni caso barriere considerate insuperabili: così, ad esempio, le raffigurazioni di parassiti emessi dall'ano, quelle di antichissime iconografie rappresentanti animali che fuoriescono dal cavo orale, sono tutte espressioni di esperienze culturalmente innestate sulla sensazione dell'impenetrabilità (inviolabilità) del corpo interno, del *dentro*” (Callieri, 1982, p. 110). In condizioni ambientali e soggettive che non consentono di adottare le precauzioni culturalmente prescritte, le relazioni sessuali diventano pericolose perché aprono il mondo degli esseri umani all'intimità con esseri non umani, i quali possono così intervenire nel concepimento.

Si può ipotizzare che questo costituisca uno dei nuclei culturali del disturbo psicopatologico della donna, anche se ovviamente sono in gioco molti altri fattori, e non solo di natura culturale (es. patologie a livello organico). Oltre all'intervento psicofarmacologico prestato dal centro di salute mentale, e ai colloqui di supporto condotti con il gruppo etnopsichiatrico, è stato il lento lavoro di ricomposizione dei legami con la famiglia estesa – sostenuto dalla struttura di

accoglienza – che ha permesso alla donna la riconquista di un'esistenza vivibile e l'instaurazione di un rapporto normale con il figlio poi venuto alla luce. Il mantenimento dei contatti con il fratello, il ritrovamento della madre scomparsa, la possibilità di comunicare direttamente con lei, il confronto con il lutto reale per la morte di un altro fratello, hanno permesso a D. di recuperare un po' di serenità, e di riconoscere gli operatori della struttura come persone disposte ad aiutarla. Questo caso inoltre mostra come un gruppo familiare nucleare non sia di per sé una struttura sociale sufficientemente robusta da poter sostenere le sfide poste dalla dislocazione e dall'insediamento in un contesto estraneo. Soprattutto quando anche il gruppo esteso è a rischio di dispersione e affronta un destino non migliore di quello degli individui isolati o del gruppo nucleare.

7. Conclusioni

La tesi ha preso le mosse dalle problematiche che le attuali migrazioni internazionali di massa pongono ai servizi pubblici di salute mentale ed a tale contesto intende ritornare. Si chiude in tal modo un percorso volto ad affrontare alcuni nodi teorici ed epistemologici che le discipline psicologico-psichiatriche si trovano a dover sciogliere nell'atto – ormai strutturale – di rispondere ad una domanda di cura posta dai migranti. Questi nodi sono legati al fatto che, attraverso di essi e per il loro tramite, i clinici incontrano interi mondi culturali (a volte in modo immediato e diretto, altre volte per vie più incerte e criptiche). Si tratta di una costrizione che può tramutarsi in ulteriore sofferenza per gli operatori, ma capace altresì di ingenerare processi di trasformazione del lavoro di cura e promozione della salute mentale in generale, passando per un rilancio ed una estensione dell'approccio multidisciplinare dei Dipartimenti di Salute Mentale capaci di includere discipline fino ad oggi scarsamente prese in considerazione (in particolare l'antropologia culturale e medica) e saperi e saper-fare quasi sempre rifiutati e tendenzialmente assoggettati (quelli prodotti nei mondi da cui i migranti provengono).

L'esigenza di una simile prospettiva è scaturita direttamente – e necessariamente – dalla ricerca di campo effettuata nell'ambito del Dottorato di ricerca. Questa ricerca ha visto la partecipazione di chi scrive, in qualità di psicologo clinico, a progetti promossi all'interno di due servizi di salute mentale toscani. Entrambi i progetti si sono posti l'obiettivo di promuovere un rinnovamento della pratica clinica, attraverso la costituzione di dispositivi di intervento di tipo etnopsichiatrico. Supportate dalle linee di indirizzo emanate nel 2007 dal Ministero della Salute, queste iniziative hanno impostato la presa in carico dei migranti afferiti ai servizi, prevedendo la possibilità per il clinico (psichiatra, psicologo o neuropsichiatra infantile) di attivare un gruppo di mediazione clinica e linguistico-culturale formato da uno psicologo, da un etnolinguista e da un mediatore linguistico-culturale. Si è creata in tal modo la possibilità di declinare il dispositivo clinico etnopsichiatrico (sviluppatosi soprattutto in ambito universitario – cfr. Nathan, 2003) nella realtà dei servizi di

salute mentale italiani costituendo gruppi di iniziativa multiculturali, multilinguistici e multiculturali, sulla scorta delle indicazioni tratte da una precedente sperimentazione (cfr. Casadei, Inglese, Zorzetto, 2007)⁷⁹.

Come si è visto nel terzo capitolo, Foucault, in un'intervista del 1982 (cit. in Lagrange, 2003), ha ipotizzato la necessità di una "rottura etnologica" al fine di avviare un processo di de-medicalizzazione della follia, per la realizzazione del quale gli stessi movimenti antiistituzionali e antipsichiatrici si mostrerebbero insufficienti. Secondo l'autore, i loro bersagli critici (il razionalismo, l'istituzione, il sistema economico, ecc.), così come le loro proposte positive (riorganizzazione istituzionale, deistituzionalizzazione, rivoluzione politica, ecc.) non sarebbero comunque in grado di affrontare il problema di una generale razionalità sociale che rifiuta di considerare la possibilità di una verità della follia al di fuori del potere medico. L'intuizione assume connotati ancora più significativi se si considera quanto sottolineato da Deleuze, rispetto al ruolo delle interviste nella strategia intellettuale e culturale foucaultiana: "Le differenti linee di un dispositivo si dividono in due gruppi, linee di stratificazione o di sedimentazione, linee d'attualizzazione o di creatività. Nella maggior parte dei suoi libri, egli determina un archivio preciso... Ma è solo la metà del compito... Per amor di rigore... egli non formula l'altra metà. La formula esplicitamente soltanto nelle interviste... Le interviste sono diagnosi" (Deleuze, 2007 [1989], p. 31-33). Diagnosi intese non come predizioni, ma come visione dei segni che indicano ciò che si avvicina e che sta per bussare alla porta. Si deve sottolineare d'altra parte che, a quasi trenta anni dall'intervista, ciò che bussava non solo si è ormai annunciato, ma è già entrato da un po' di tempo. Ciononostante, i saperi disciplinari stentano ad acquisire piena consapevolezza dei dilemmi ormai tutti dispiegati nella pratica terapeutico-assistenziale

⁷⁹ In alcuni casi, la realtà assistenziale dei servizi ha presentato la necessità di rispondere alla domanda di cura proveniente da migranti vittime di violenza politica. Nel corso della ricerca di campo, si è potuto approfondire ulteriormente tale area di intervento, nell'ambito di una struttura di accoglienza per rifugiati e titolari di protezione sussidiaria, adottando una metodologia di lavoro simile.

quotidiana, o meglio ciò che ne viene percepito è il carattere ormai già emergenziale coagulato intorno alla psicopatologia dei migranti.

La difficoltà sembra in buona parte legata al fatto che questa rottura etnologica, strumento e condizione per una de-medicalizzazione della follia, deve continuamente confrontarsi con la continuità etnologica insediata profondamente nelle discipline psicologico-psichiatriche, quale strumento della psichiatrizzazione di quella stessa follia. Da subito – nelle teorizzazioni dei loro stessi fondatori – la psichiatria, la psicoanalisi e la psicologia hanno infatti affrontato e cercato di risolvere il problema della pluralità dei mondi culturali restituita dai dati etnologici (Freud e Wundt) o fuggevolmente esperita in viaggi esotici (Kraepelin). Queste discipline si sono cimentate nell'elaborazione di strategie comparative capaci di ridurre la complessità emergente, preservando l'istanza esplicativa faticosamente costruita (biologica o psicologica) e posta a fondamento di una soggettività occidentale in fase espansiva (colonizzazione) o riproduttiva (globalizzazione). La continuità etnologica ha in questo senso costituito un aspetto del complessivo processo di ordinamento e razionalizzazione del mondo, della natura e degli esseri umani. La conseguenza di questo processo complessivo, trasversale ai saperi disciplinari, è la costituzione del soggetto universale della conoscenza e parallelamente la fabbricazione del suo oggetto altrettanto universale (Foucault, 2003), che tende sempre a funzionare come griglia di lettura de-differenziante di ogni alterità che si affaccia sulla scena. Nel corso della tesi si è cercato di mostrare come il triangolo universalista oggetto/soggetto/verità, istituito dal rapporto di conoscenza, fallisca rispetto all'obiettivo di produrre una conoscenza finalmente oggettiva, almeno nei casi in cui l'oggetto osservato sia in realtà un altro soggetto (Devereux, 1984 [1967]). Si tratta, tuttavia, di un fallimento altamente efficiente poiché in grado di produrre quei fenomeni (psicopatologici) che, a posteriori, restituisce come diagnosi di natura o come psiche universale.

Si è cercato di sostenere come la psicopatologia venga a costituirsi come un fenomeno non riducibile a ciò che avviene dentro un soggetto, nella sua interiorità biologica o psicologica isolata, ma che deriva da un costante influenzamento reciproco fra persona, professionista della cura e oggetti

concettuali e materiali di cui quest'ultimo si serve per la sua azione clinica (Nathan, 1996).

Lo scavo archeologico foucaultiano restituisce la suddetta efficienza delle discipline psicologico-psichiatriche. Parallelamente, la metodologia comparativa di tipo etnopsichiatrico basata sulle possibilità di confronto di specifiche coppie oggetto/soggetto – ad esempio, la coppia paranoia/psichiatra in rapporto alla coppia fattura/magaro (cfr. cap. 2) – mostra l'azione almeno altrettanto efficiente dei sistemi di cura detti "tradizionali", inseriti a loro volta in specifiche continuità etnologiche affatto eteronome. Le *Culture-Bound Syndrome* evidenziano questa simmetria fra sistemi di cura scientifici e non-scientifici. Rendendo reale e cogente il timore di Kraepelin (1996 [1904]), esse si costituiscono come testimonianza di modalità differenziate di strutturazione, di ordinamento, di cura e, al limite, di controllo dei fenomeni morbosi in funzione dei mondi culturali di pertinenza (De Martino, 2007 [1948]), al cui interno si riconoscono specifiche logiche di scomposizione e ricomposizione della natura/cultura (Descola, 2005). La nosologia psichiatrica è perciò costretta a confrontarsi ed a misurarsi con le molteplici nosologie del pluriverso, che le interdicono la possibilità di universalizzarsi o che, quantomeno, si mostrano recalcitranti rispetto ad un simile destino. Il conflitto fra teorie che ne discende si palesa nei contesti clinici transculturali in cui la lingua sintomale del paziente finisce per risultare sostanzialmente incomprensibile e solo superficialmente sussumibile dalla logica psicologico-psichiatrica. Nel secondo capitolo della tesi si sono messe in evidenza due modalità tipiche di una simile sussunzione. La prima è rappresentata dalla logica psicoanalitica delle trasformazioni simboliche (Deleuze, Guattari, 2006 [1980]), secondo la quale un significante culturale può essere spiegato ricorrendo ad un altro significante altrettanto culturale, ma abusivamente naturalizzato sulla base della specifica strategia comparativa freudiana. La seconda è rappresentata dalla logica psichiatrica che pone una differenza fra processo patogenetico e patoplastico, relegando la variabilità culturale della psicopatologia allo statuto dell'insignificanza o comunque della marginalità. Adottando queste logiche, le discipline psicologico-psichiatriche corrono sempre il rischio di realizzare, a causa della sostanziale

incomprensione della lingua sintomale dell'altro, la profezia di Devereux di un'applicazione delle "cure giuste alle malattie sbagliate" (Devereux, 2007 [1973]). D'altra parte si è sottolineato come, indipendentemente dall'efficacia dei loro interventi, le discipline psicologico-psichiatriche si rivelino sempre efficienti. Gli interventi clinici costituiscono infatti una perturbazione del sistema paziente che finisce per reagire con una risposta acculturata "biforcuta": connotabile cioè come mascheramento difensivo di un nucleo identitario a questo punto difficilmente raggiungibile poiché protetto dai processi dell'acculturazione antagonista; oppure come profonda mutazione identitaria conseguente ad un processo di affiliazione e conversione al sistema curante allogeno (cfr. Inglese, Gualtieri, Bonifati, 2009). Il problema, come sottolineato da Taussig (2006 [1980]), non è solamente quello della costruzione culturale della realtà clinica, ma anche – e soprattutto – quello della costruzione clinica della realtà.

La linea che connette l'etnopsichiatria generale (Devereux) all'etnopsichiatria clinica (Nathan) costituisce una possibilità di risposta ai problemi epistemologici e tecnici appena evidenziati. Essa definisce una possibilità di far fronte all'incertezza derivante dalle plurime costruzioni tecniche delle realtà cliniche, fra loro in rapporto di complementarità, corrispondenti agli innumerevoli sistemi di cura esistenti. Nel corso dei precedenti capitoli si è cercato di evidenziare sia le profonde continuità che le radicali discontinuità costitutive del percorso che conduce dall'etnopsichiatria generale a quella clinica. Nel suo complesso, comunque, esso converge verso: il riconoscimento di un limite costruttivo alle possibilità conoscitive di ciascuna "scienza del comportamento"; la conseguente impossibilità di definire in modo compiuto ed univoco la natura dell'altro, poiché sempre determinata e prodotta in molti modi diversi in funzione dell'"apparato sperimentale" utilizzato; la necessità di far fronte all'incertezza di un osservatore costretto a rinunciare all'idea di una natura delle cose e delle persone compiutamente disvelabile e ad oscillare fra diverse possibilità teoriche; la necessità epistemologica di includere il punto di vista dell'altro (del paziente, dell'osservato). In quest'ultima necessità si riconosce sia un versante negativo, che uno positivo. In negativo, essa ha lo

scopo di evitare la costruzione di situazioni osservative, terapeutiche e sperimentali che elidono la caratteristica essenziale dell'osservato: la sua coscienza degli stimoli e delle perturbazioni ricevute e la conseguente capacità di contro-osservare. L'elisione di tale qualità inaggirabile produce infatti risposte diverse da quelle attese: risposte tendenzialmente "acculturate", se non decisamente deculturate e frutto di un processo traumatico. In positivo, la contro-osservazione consiste anche in un processo di collocazione reciproca dei due attori dell'interazione. Non è solo l'osservatore che colloca, attraverso la metodologia e la teoria di riferimento, l'osservato in una data posizione da cui derivano vincoli e possibilità conoscitive. L'etnografia di Favret-Saada (1977 e 2009) sulla stregoneria nel *Bocage* francese offre un esempio "indipendente" dell'applicazione di un simile principio metodologico, frutto dei vincoli interattivi che l'autrice ha incontrato – procurandole uno stato di sofferenza diretto nell'ambito dell'interazione con i suoi "informatori" ed uno indiretto in conseguenza dell'almeno iniziale diffidenza da parte dei suoi colleghi verso la ricerca di campo da lei svolta. Come sottolinea l'autrice della stregoneria non si parla, poiché proprio sulla potenza della parola si fonda. Ad entrare in uno scambio di parola attorno alla stregoneria sono sostanzialmente tre categorie di persone: chi ne è "preso" (la vittima), chi l'ha fatta (lo stregone) e chi la cura. Ciascuna inoltre vi entra in modo affatto specifico e dipendente dal contesto. La vittima ne "parla" perché è riconosciuta come tale da chi ha già attraversato l'esperienza e può quindi fungere da tramite verso l'operatore terapeutico che diventa pertanto il terminale di una rete sociale estesa e varia. In ultima istanza, alla vittima "viene parlato" della stregoneria ed in forme assolutamente allusive e vaghe, ma tali comunque da ingenerare un dubbio e la conseguente attivazione. Lo stregone ne parla esclusivamente per negarne l'esistenza. Chi la cura non ne parla per paura di ritorsioni legali. Alla fine è solo nell'atto della cura che della stregoneria si deve parlare, per individuare la fonte dell'attacco, le strategie di difesa e le misure di contro-attacco. Una volta terminata con successo la cura, il silenzio coprirà di nuovo gli eventi, dei quali resterà solo un racconto stereotipato. Da tutto questo discende l'impossibilità di una posizione neutrale rispetto alla stregoneria: nel momento in cui l'osservatore prova ad

entrare in un rapporto di conoscenza rispetto ad essa, non può che essere collocato in uno dei tre ruoli previsti, con conseguenze differenti sul corso dell'interazione.

Nella clinica, la mancata presa in considerazione dei vincoli conoscitivi cui l'interazione è soggetta è sempre foriera di rischi di maltrattamento, derivanti da una considerazione unilaterale e asimmetrica della collocazione del paziente da parte del clinico. Il rischio cioè è quello di fraintendere atteggiamenti, comportamenti, parole, affetti derivanti dai vincoli conoscitivi attraverso cui il paziente colloca sé ed il terapeuta, attribuendoli a lui in quanto persona (alla sua struttura di personalità, al suo funzionamento inconscio, al tipo di difesa intrapsichica utilizzata, ecc.), a partire da una sua collocazione unilaterale decisa dal clinico.

I mondi di provenienza dei pazienti pongono sempre dei vincoli conoscitivi, funzionando come dispositivi dotati di peculiari linee di luce, di enunciazione, di forza e di soggettivazione (Deleuze, 2007 [1989]). L'utilizzo della lingua matrice del sistema paziente e della traduzione, nel mentre modifica radicalmente il setting usuale, permette la convocazione di quei mondi ed in tal modo consente una collocazione reciproca degli attori dell'interazione, che tenga conto dei vincoli conoscitivi reciproci che si instaurano (Nathan, 1996b). La convocazione dei mondi dei pazienti rende inoltre evidente come i punti di vista che essi esprimono non siano meramente individuali, ma esprimano il pensiero di gruppi variamente composti e rispetto ai quali i pazienti possono a questo punto collocarsi come variazione e/o variante singolare. Tutto ciò aumenta l'incertezza rispetto alle "anime" che il clinico viene ad incontrare, ma può offrire ai pazienti possibilità trasformative, come si è cercato di mostrare nell'analisi di una vignetta clinica nel quinto capitolo. Tutto ciò, ancora di più, offre possibilità trasformative per le stesse discipline psicologico-psichiatriche, capaci a questo punto di riconoscere e dialogare con altri saperi e saper-fare e di constatare come la rinuncia alla sovranità assoluta sulle parole di verità su quelle anime e sulla loro sofferenza possa essere ampiamente compensata con un incremento delle capacità conoscitive. In virtù di una simile rinuncia, la proposta etnopsichiatrica può essere considerata come una forma temperata di

“a-psichiatria” (Inglese, 2006), che riconosce e garantisce il rapporto di complementarità fra saperi “psicopatologici” eterogenei fabbricati da mondi culturali eteronomi. Tutto ciò può non essere quel processo di demedicalizzazione della follia invocato da Foucault, ma sicuramente costituisce una rottura etnologica che ha dato prova – almeno in forma puntuale – di saper instaurare un dialogo fra mondi.

Bibliografia

- Adohane T., *Le livre de l'âme. Psychisme, corps et culture en Sud-Méditerranée*, Les Empêcheurs de Penser en Rond, Paris, 1998
- Albanese G., *Soldatini di piombo. La questione dei bambini soldato*, Feltrinelli, Milano, 2005
- Amati Mehler J., Argentieri S., Canestri J., *La Babele dell'inconscio. Lingua madre e lingue straniere nella dimensione psicoanalitica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1990
- A.P.A. – American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*, American Psychiatric Association, 2000
- Bachtin M., *L'opera di Rabelais e la cultura popolare*, Einaudi, Torino, 1979
- Bastide R., "Prefazione", in G. Devereux, *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando Editore, Roma, 2007 [1973], pp. 7-21
- Bastide R., "Approche interdisciplinaire de la maladie mentale", in Bastide R., *Le rêve, la transe et la folie*, Editions du Seuil, Paris, 2003 [1972]
- Bastide R., *Le Candomblé de Bahia (rite Nagô)*, Plon, Paris, 2000 [1958]
- Bateson G., *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1976
- Bégué J.-M., "Genèse de l'ethnopsychiatrie. Un texte fondateur de la psychiatrie coloniale française : le Rapport de Reboul et Régis au Congrès de Tunis en 1912", in *Psychopathologie africaine*, 2, 1997, pp. 177-219
- Beneduce R. (a cura di), *Poteri e identità in Africa subsahariana*, Liguori, Napoli, 2008
- Beneduce R., *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma, 2007
- Beneduce R., "Figure della Morte e Depressione nelle Culture Africane", in Beneduce R. e Collignon R. (a cura di), *Il Sorriso della Volpe*, Liguori Editore, Napoli, 1995, pp. 7-40

- Bertschy G., Ahyi R.G., "Elaboration de Critères de la Dèpression Majeure Adaptés à l'Afrique Noire", in *Annales Médico-Psychologiques*, 149, 1991, pp. 630-637
- Bettelheim B., *Sopravvivere*, Edizioni SE, Milano, 2005
- Bion W.R., *Attenzione e interpretazione*, Armando Editore, Roma, 1996 [1970]
- Bion W., *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando, Roma, 1970
- Bloch G., *Origines culturelles de Georges Devereux et naissance de l'ethnopsychanalyse*, Mémoire DEA "Mutations des sociétés et des cultures en Europe", Université Paris VIII, Institut d'Etudes Européennes, 2000
- Bohr N., *I quanti e la vita*, Bollati Boringhieri, Torino, 2007
- Bohr N., "Filosofia naturale e culture umane" [1938], in Bohr N., *I quanti e la vita*, Bollati Boringhieri, Torino, 2007, pp. 48-57
- Bohr N., "Biologia e fisica atomica", in Bohr N., *I quanti e la vita*, Bollati Boringhieri, Torino, 2007, pp.36-47
- Bohr N., "La teoria atomica e i principi fondamentali della descrizione della natura" [1929], in Bohr N., *I quanti e la vita*, Bollati Boringhieri, Torino, 2007, pp. 11-24
- Bottéro A., "Dépression, spermatorrhée et 'culture-bound syndromes'", in *I Fogli di Oriss*, 2, 1993, pp. 7-38
- Bracewell W., "Rape in Kosovo: masculinity and Serbian nationalism", in *Nation and Nationalism*, 6, 4, 2000, pp. 563-590
- Brambilla C., *Ripensare le frontiere in Africa. Il caso Angola/Namibia e l'identità Kwanyama*, L'Harmattan Italia, Torino, 2009
- Breuer J., Freud S., *Studi sull'isteria (1892-95)*, in Freud S. *Opere*, Vol 1, Bollati Boringhieri, Torino, 1989, pp. 171-439
- Buzzoni M., *Operazionismo ed ermeneutica. Saggio sullo statuto epistemologico della psicoanalisi*, Franco Angeli, Milano, 1989
- Callieri B., *Quando vince l'ombra. Problemi di psicopatologia clinica*, Città Nuova Editrice, Roma, 1982
- Canetti E., *Massa e potere*, Adelphi, Milano, 1981 [ed. orig. 1961]

- Cardamone G., Inglese S., "Psichiatria e alterità culturale. La questione dell'immigrazione", *I Fogli di Informazione*, XXIV, 168, 1996, pp. 15-27
- Cardamone G., Schirripa P., "Retorica della terapia, corpo e narrazione della malattia. La terapeutica carismatica nel meridione d'Italia", in Beneduce R. (a cura di), *Saperi, linguaggi e tecniche nei sistemi di cura tradizionali*, L'Harmattan Italia, Torino, 1997, pp. 157-182
- Cardamone G., Schirripa P., "Esperienze della malattia e linguaggio del corpo nella terapeutica carismatica"; *Religioni e Società*, 9, 19, 1994, pp.39-47
- Cardamone G., Zorzetto S., *Salute mentale di comunità. Elementi di teoria e pratica*. Franco Angeli, Milano, 2000
- Carta M.G., Coppo P. e Mounkoro P.P., "Disagio Psicologico e Richiesta di Cure nel Cercle di Bandiagara. Un Esempio di Indagine Epidemiologica in un Setting Transculturale", in Carpinello B. (a cura di), *La Dimensione Psicosociale in Psichiatria. Argomenti di Psichiatria Sociale*, Cagliari, Saredit, 1992
- Casadei F., Festi G., Inglese S., "Profili di una teoria della mediazione linguistica, culturale e clinica per la salute mentale" in Attenasio L., Casadei F., Inglese S., Ugolini O. (a cura di), *La cura degli altri. Seminari di etnopsichiatria*, Armando, Roma, 2005, pp. 268-317
- Casadei F., Inglese Z., Zorzetto S., "Clinica, lingue e dispositivi di cura", in Harrag, *Di clinica in lingue. Migrazioni, psicopatologia, dispositivi di cura*, Colibrì, Paderno Dugnano (MI), 2007, pp. 121-146
- Ceruti M., *Il vincolo e la possibilità*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2009 [1986]
- Ceruti M., *La danza che crea. Evoluzione e cognizione nell'epistemologia genetica*, Feltrinelli, 2006 [1989]
- Chlyeh A., *Les gnaoua du Maroc. Itinéraires initiatiques, transe et possession*, Editions Le Fennec, Casablanca, 1998
- Christensen A., Jacobson N., "Who (or What) Can Do Psychotherapy: The Status and Challenge of Nonprofessional Therapies", *Psychological Science* 5, 1994, pp. 8-14

- Collomb H., "Psychiatrie et cultures (Quelques considérations générales)", in *Psychopathologie africaine*, II, 2, 1966, pp. 259- 274
- Coppo P., *Negoziare con il male. Stregoneria e controstregoneria dogon*, Bollati Boringhieri, Torino, 2007
- Coppo P., "Problèmes et limites méthodologiques des études épidémiologiques en situation transculturelle", in *Psychopathologie Africaine*, XXXI, 3, 1990, pp. 279-285
- Coppo P., "Disordini Psicici ed Epilessia in una Comunità Tradizionale Africana", in *Minerva Psichiatrica*, 24, 1983, pp. 9-18
- Coppo P., "Considerations Préliminaires sur l'état de l'Assistance Psychiatrique dans un Pays en Voie de Développement (République du Mali) et sur Quelques Aspects de la Médecine Traditionnelle", in *Fitoterapia*, 49, 1978, pp. 195-212
- Corino U., Tavolaccini L., Verrua G., *Modelli di malattia mentale: psichiatria e territorio. Elementi per una programmazione sanitaria partecipata*, Le Monnier, Firenze, 1976
- Corrente G. (a cura di), *Con Bion verso il futuro*, Borla, Roma, 2009
- Crelsten R.D., "The World of Torture: A Constructed Reality", *Theoretical Criminology*, 7, 2003, pp. 293- 316
- De Almeida R., *A Igreja Universal e seus demônios: um estudo etnográfico*, Terceiro Nome, São Paulo, 2009
- De Heusch L., "L'ethnie. The vicissitudes of a concept", in *Social Anthropology*, 8, 2, 2000, pp. 99–115
- De Heusch L., "Rwanda: Responsibilities for a Genocide", *Anthropology Today*, 11, 4, 1995, pp. 3-7
- De Heusch L., "La folie des dieux et la raison des hommes", in De Heusch L., *Pourquoi l'épouser ? Et autres essais*, Gallimard, Paris, 1971, pp. 245-285
- de Martino E., *Morte e pianto rituale. Dal lamento funebre antico al pianto di Maria*, Bollati Boringhieri, Torino, 2000 [1958]
- de Martino E., *Storia e metastoria. I fondamenti di una teoria del sacro*, a cura e con introduzione di Massenzio M., Argo Lecce, 1995

- de Martino E., *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*, Bollati Boringhieri, Torino, 2007 [1948]
- De Pury S., *Traité du malentendu. Théorie et pratique de la médiation interculturelle en situation clinique*, Les Empêcheurs de Penser en Ronde, Paris, 1998
- Deleuze G., *Che cos'è un dispositivo?*, Cronopio, Napoli, 2007 [1989]
- Deleuze G., Guattari F., *Mille piani. Capitalismo e schizofrenia*, Castelvecchi, Roma, 2006 [1980]
- Deleuze G., Guattari F., *L'anti-Edipo. Capitalismo e schizofrenia*, Einaudi, Torino, 1975
- Descola P., *Par-delà nature et culture*, Gallimard, Paris, 2005
- Desjarlais R., Kleinman A., "Violence and Demoralization in the New World Disorder", *Anthropology Today*, 10, 5, 1994, pp. 9-12
- Devereux G., *Saggi di etnopsichiatria generale*, Editore Armando Armando, Roma, 2007 [1973]
- Devereux G., "Le pulsioni cannibaliche dei genitori" [1966], in Devereux G., *Saggi di Etnopsichiatria generale*, Nuova edizione italiana a cura di Salvatore Inglese, Armando Editore, Roma, 2007, pp.149-165
- Devereux G., "La diagnosi in psichiatria primitiva: teoria generale della diagnosi" [1963], in Devereux G., *Saggi di Etnopsichiatria generale*, Nuova edizione italiana a cura di Salvatore Inglese, Armando Editore, Roma, 2007, pp. 281-308
- Devereux G., "Normale e anormale" [1956], in Devereux G., *Saggi di Etnopsichiatria generale*, Nuova edizione italiana a cura di Salvatore Inglese, Armando Editore, Roma, 2007, pp. 23-93
- Devereux G., "La rinuncia all'identità: difesa contro l'annientamento" (seconda parte), *I Fogli di Oriss*, 15/16, 2001 [1967], pp.163-186
- Devereux G., "La rinuncia all'identità: difesa contro l'annientamento" (prima parte), *I Fogli di Oriss*, 13/14, 2000 [1967], pp.185-208
- Devereux G., *Psychothérapie d'un Indiens des Plaines*, Fayard, Paris, 1998 [1951]

- Devereux G., *Ethnopsychiatrie des indiens Mohaves*, Les Empêcheurs de Penser en Rond, Paris, 1996 [1961]
- Devereux G. (con la coll. di Forrest W.G.), *Cléomène le roi fou. Étude d'histoire ethnopsychanalytique*, Aubier, Paris, 1995
- Devereux G., *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, Roma, 1984 [ed. orig. 1967].
- Devereux G., *Saggi di etnopsicoanalisi complementarista*, Bompiani, Milano, 1975 [1972]
- Devereux G., "The psychotherapy scene in Euripides' Bacche" in *Journal of Hellenic Studies*, XL, 1970, pp. 35-48
- Devereux G., "Dream Learning and Individual Ritual Differences in Mohave Shamanism", in *American Anthropologist*, New Series, 59, 6, 1957, pp. 1036-1045
- Devereux G., "Why Oedipus killed Laius? A note on the Complementary Oedipus Complex in Greek Drama", in *International Journal of Psycho-Analysis*, 34, 1953, pp. 132-141
- Devereux G., "Some Criteria for the Timing of Confrontations and Interpretations", in *Int. J. Psycho-Anal.*, 32, 1951, pp. 19-24
- Devereux, G., "Mohave Soul Concepts", in *American Anthropologist*, New Series, 39, 3, 1937, pp. 417-422
- Doni E., Valentini C., *L'arma dello stupro. Voci di donne dalla Bosnia*, La Luna Edizioni, Palermo, 1993
- Dos Santos J.E., *O dono da terra. O caboclo nos Candomblés da Bahia*, Sarah Lettras, Salvador, 1995
- Douglas M., *Purezza e pericolo*, Il Mulino, Bologna, 1996 [1975]
- Durlak J., "Comparative Effectiveness of Paraprofessional and Professional Helpers", *Psychological Bulletin* 86, 1979, pp. 80-92
- Ehrenberg A., *La fatica di essere se stessi. Depressione e società*, Einaudi, Torino, 1999
- Ernst W., "Idioms of Madness and Colonial Boundaries: The Case of the European and "Native" Mentally Ill in Early Nineteenth-Century British

- India”, in *Comparative Studies in Society and History*, 39, 1, 1997, pp. 153-181
- Erwin E., “The Evaluation of Psychotherapy: A Reply to Greenwood”, *Philosophy of Science*, 63, 4, 1996, pp. 642-651
- Fanon F., *I dannati della terra*, Edizioni di Comunità, Torino, 2000 [1961]
- Favret-Saada J., *Désorcèler*, Edition de l’Olivier, Paris, 2009
- Favret-Saada J., *Les mots, la mort, les sorts*, Gallimard, Paris, 1977
- Fonagy P., *Psicoanalisi e teoria dell’attaccamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002
- Foucault M., *Utopie Eterotopie*, Edizioni Cronopio, Napoli, 2006
- Foucault M., *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France. 1973-1974*, Gallimard Seuil, Paris, 2003
- Foucault M., *Tecnologie del sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992
- Foucault M., *L’ordine del discorso*, Einaudi, Torino, 1972
- Freud S., *Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni)* (1932), in Freud S., *Opere*, Vol. 11, Bollati Boringhieri, Torino, 1989, pp. 121-322
- Freud S., *Due voci di enciclopedia: “Psicoanalisi” e “Teoria della libido”* (1922a), in Freud S. *Opere*, Vol 9, Bollati Boringhieri, Torino, 1989, pp. 439-462
- Freud S., *L’Io e l’Es* (1922b), in Freud S. *Opere*, Vol 9, Bollati Boringhieri, Torino, 1989, pp. 476-520
- Freud S., *Una nevrosi demoniaca nel secolo decimosettimo* (1922c), in Freud S., *Opere*, Vol. 9, Bollati Boringhieri, Torino, 1989, pp.523-558
- Freud S., *Grande è la Diana efesia* (1911), in Freud S., *Opere*, Vol. 6, Bollati Boringhieri, Torino, 1989, pp. 509-510
- Freud S., *Totem e tabù* (1912-13), in Freud S., *Opere*, Vol. 7, Bollati Boringhieri, Torino, 1989, pp. 3-164
- Freud S., *Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente (Caso clinico del presidente Schreber)* (1910), in Freud S., *Opere*, Vol. 6, Bollati Boringhieri, Torino, 1989, pp. 335-406,
- Fry P., *A persistência da raça. Ensaio antropológico sobre o Brasil e a África austral*, Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 2005

- Geertz C., *Antropologia interpretativa*, Il Mulino, Bologna, 1988
- Giannetto E.R.A., *Saggi di storie del pensiero scientifico*, Bergamo University Press, Bergamo, 2005
- Greenberg J.R., Mitchell S.A., *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*, Il Mulino, Bologna, 1986
- Griaule M., *Dio d'acqua*, Red Edizioni, Como, 1996 [1948]
- Grünbaum A., "Le difficoltà epistemologiche della valutazione clinica della teoria psicoanalitica", in Conte M., Dazzi N. (a cura di), *La verifica empirica in psicoanalisi*, Il Mulino, Bologna, 1988, pp. 65-141
- Hall K., "Performatività/Performativity", in Duranti A. (a cura di), *Culture e discorso. Un lessico per le scienze umane*, Meltemi, Roma, 2001, pp. 256-261
- Harrag (a cura di), *Di clinica in lingue. Migrazioni, psicopatologia, dispositivi di cura*, Edizioni Clibri, Paderno Dugnano (MI), 2007
- Hell B., *Possession et chamanisme. Les maître du désordre*, Flammarion, Paris, 1999
- Hermant E., *Clinique de l'infortune. La psychothérapie à l'épreuve de la détresse sociale*, Les Empêcheurs de Penser en Rond, Paris, 2004
- Herskovits M.J., "The Negro in Bahia, Brazil: A Problem in Method", in *American Sociological Review*, 8, 4, 1943, pp. 394-404.
- Herskovits M.J., "Drums and Drummers in Afro-Brazilian Cult Life", in *The Musical Quarterly*, 30, 4, 1944, pp. 477-492
- Hiegel J.-P., Landrac C., "Les Khmers rouges et les autres", in *Nouvelle Revue d'ethnopsychiatrie*, 22/23, 1993, pp. 41-69
- Igreja V., "The effects of traumatic experiences on the infant-mother relationship in the former war zones of central Mozambique: the case of Madzawde in Gorongosa", *Infant Mental Health Journal*, 24, 5, 2003, pp. 469-494
- Inglese S., "L'uso dell'oggetto-lingua in etnopsichiatria. Traduzione, interpretazione, mediazione etnoclinica", in Rotondo A. (a cura di), *Etnopsichiatria e territorio*, Edizioni Terrenuove, Milano, 2009, pp. 47-73

- Inglese S., "Anche Hitler accarezzava i bambini: lineamenti paranoicali del terrorismo totalitario", in Calmieri B., Maci C. (a cura di), *Paranoia. Passione e ragione*, Anicia, Roma, 2008, pp. 389-428
- Inglese S., "Georges Devereux: dietro i nomi, la natura molteplice dell'etnopsichiatria", postfazione a G. Devereux, *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando Editore, Roma, 2007, pp. 363-296
- Inglese S., "Profilo metodologico dell'etnopsichiatria: teoria clinica e transizione sociale", in Benadusi M. (a cura di), *Dislocare l'antropologia. Connessioni disciplinari e nuovi spazi epistemologici – Quaderni del CE.R.CO.*, 1, 2006, pp. 225-239
- Inglese S., "A sud della mente. Etnopsichiatria e psicopatologia delle migrazioni in sei movimenti", in Attenasio L., Casadei F., Inglese S., Ugolini O., *La cura degli altri. Seminari di etnopsichiatria*, Armando Editore, Roma, 2005, pp. 61-163
- Inglese S., "Etnopsichiatria comunitaria: profughi e rifugiati in Calabria", in *Psichiatria e Territorio*, XX, supplemento al n. 2, 2002, pp. 41-44
- Inglese S., "Un passo avanti e due indietro: claudicanze intermittenti e senza meta intorno alle condizioni psicotraumatiche in tempo di guerra asintotica...", in *I Fogli di Oriss*, 11/12, 1999, pp. 73-99
- Inglese S., "About creolizing world", in *I Fogli di Oriss*, 7/8, 1997, pp. 139-148
- Inglese S., Cardamone G., Da Prato M., "Proposta di un confronto etnopsichiatrico tra fattura e paranoia", in Cardamone G. e Dalle Luche R., *La paranoia. Psichiatria e antropologia*, Edizioni ETS, Pisa, 2008, pp. 133-148
- Inglese S., Gualtieri M., Bonifati M., "Attraverso la soglia dei mondi. Promesse e minacce dello scambio multiculturale", in Zanotti I., Zanzi M., Ballanti L. (a cura di), *Oltre la maschera, oltre il confine*, VerdeSalute, Ravenna, 2009, pp. 293-297
- Inglese S., Peccarisi C., *Psichiatria oltre frontiera. Viaggio intorno alle sindromi culturalmente ordiante*, UTET, Milano, 1997
- Inglese S., Zorzetto S., Cardamone G., "Mastamho. Psicopatologia transculturale dei disturbi dell'umore", in Inglese S., Cardamone G. (a

- cura di), *Dèjà vu. Tracce di etnopsichiatria critica*, Colibrì, Paderno Dugnano (MI), in corso di stampa
- Ionescu S., “L'évaluation des psychothérapies”, in Nathan T., Blanchet A., Ionescu S., Zajde N., *Psychothérapies*, Odile Jacob, Paris, 1998, pp.165-222
- Jourdan L., “Funerali e massacri. Politiche della morte e del terrore in Congo”, in Remotti F. (a cura di), *Morte e trasformazione dei corpi. Interventi di tanatometamorfosi*, Mondadori, Milano, 2006, pp. 261-277
- Kardiner A., *L'individu dans sa société. Essai d'anthropologie psychanalytique*, Gallimard, Paris, 1969 [1939]
- Karklins R., “The Organisation of Power in Soviet Labour Camps”, *Soviet Studies*, 41, 2, 1989, pp. 276-297
- Katz S. T., “The ‘Unique’ Intentionality of the Holocaust”, *Modern Judaism*, 1, 2, 1981, pp. 161-183
- King Whyte M., “Corrective Labour Camps in China”, *Asian Survey*, 13, 3, 1973, pp. 253-269
- Kleinman A., “Anthropology and Psychiatry. The Role of Culture in Cross-Cultural Research on Illness”, in *British Journal of Psychiatry*, 151, 1987, pp. 447-454
- Kleinman A., “Clinical relevance of anthropological and cross-cultural research: concepts and strategies”, in *Am. J. Psychiatry*, 135, 1978, pp. 427-431
- Kleinman A., Eisenberg L., Good B., “Culture, illness and care”, in *Ann. Intern. Med.*, 88, 1978, pp. 251-258
- Koumarè B., Diaoure R., Garcia E.M., “Dèfinition d'un Instrument de Depistage des Troubles Psychiques”, in *Psychopatologie Africaine*, XXIV, 2, 1992, pp. 229-242
- Kraepelin E., “Psichiatria comparativa”, in *I Fogli di Oriss*, 6, 1996, pp. 195-198
- Kraepelin E., *Memorie*, ETS editrice, Pisa, 1989
- Kuhn T., *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino, 1969
- Lagrange J., “Situation du cours”, in Foucault M., *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France. 1973-1974*, Gallimard Seuil, Paris, 2003, pp. 353-372

- Latour B., "Fatture/fratture: dalla nozione di rete a quella di attaccamento", in *I Fogli di Oriss*, 25, 2006, pp. 11-31
- Latour B., *Il culto moderno dei fatticci*, Meltemi, Roma, 2005
- Laub D., "Testimonies in the Treatment of Genocidal Trauma", *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 4, 1, 2002, pp. 63-87
- Levi P., *Se questo è un uomo*, Einaudi, Torino, 1958
- Lewis-Fernández R., Díaz N., "The cultural formulation: a method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter", in *Psychiatric Quarterly*, 73, 4, 2002, pp. 271-295
- Littlewood R., "La migration des syndromes liés à la culture", in *Psychopatologie africaine*, 1984-1985, 1, pp. 7-18
- Makanjuola R.O.A., "Ode Ori: A Culture-bound Disorder with Prominent Somatic Features in Yoruba Nigerian Patients", in *Acta Psychiatrica Scandinavica* 75, 1987, pp. 231-236
- Mani E., Zorzetto S., Cardamone G., "Pensare l'alcol nelle culture dei migranti. Riflessioni su una ricerca etnografica a Bergamo", *Animazione Sociale*, 233, 2009, pp. 79-86
- Maturana H., Varela F., *Macchine ed esseri viventi. L'autopoiesi e l'organizzazione biologica*, Astrolabio, Roma, 1992 [1972]
- Mauss M., *Teoria generale della magia e altri saggi*, Einaudi, Torino, 1991 [1950]
- Métraux A., *Il vodu haitiano*, Einaudi, Torino, 1971 [1958]
- Michaux D., "La démarche thérapeutique du Ndöp. Ndöp et sevrage", in *Psychopatologie Africaine*, VIII, 1, 1972, pp. 17-57
- Mistura S., "Le scienze umane per la tortura", in Mistura S., Collettivo latino-americano di lavoro psico-sociale (a cura di), *La fabbrica della tortura. Psicologia e psichiatria come scienze della coercizione*, Bertani Editore, Verona, 1978
- Morin E., *Il metodo 4. Le idee: habitat, vita, organizzazione, usi e costumi*, Cortina, Milano, 2008 [1986]

- Nathan T., "Etnopsichiatria, complementarismo, possessione", in Attenasio L., Casadei F., Inglese S., Ugolini O. (a cura di), *La cura degli altri. Seminari di etnopsichiatria*, Armando Editore, Roma, 2005, pp. 164-178
- Nathan T., *Non siamo soli al mondo*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003.
- Nathan T., "Éléments de psychothérapie", in Nathan T., Blanchet A., Ionescu S. e Zajde N. (a cura di), *Psychothérapie*, Odile Jacob, Paris, 1998, pp. 11-96
- Nathan T., "Manifesto per una psicopatologia scientifica", in Nathan T., Stengers I., *Medici e stregoni*, Bollati Boringhieri, 1996a, pp. 2-101
- Nathan T., *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996b
- Nathan T., "Devereux, un hébreu anarchiste" [1996c], in Devereux G., *Ethnopsychiatrie des Indiens Mohave*, Les Empêcheurs de Penser en Rond, Paris, 1996 [1961], pp. 11-18
- Nathan T., *L'influence qui guérit*, Odile Jacob, Paris, 1995
- Nathan T., *La follia degli altri*, Ponte alle Grazie, Firenze, 1990
- Nathan T., *Le sperme du diable : éléments d'ethnopsychothérapie*, Presses Universitaires de France, Parigi, 1988
- Nathan T., Hounkpatin L., *La guérison Yoruba*, Odile Jacobs, Paris, 1998
- Nathan T., Lewertowski C., *Soigner: le virus e le fétiche*, Odile Jacob, Paris, 1998
- Nathan T., Swertvaegher J.-L., *Sortir d'une secte*, Les Empêcheurs de Penser en Rond, Paris, 2003
- Ondongh-Essalt E., Flot C., "L'etnopsichiatria comunitaria", in Attenasio L., Casadei F., Inglese S., Ugolini O. (a cura di), *La cura degli altri. Seminari di etnopsichiatria*, Armando Editore, Roma, 2005, pp. 198-227
- Ortigue M-C. e Ortigue E., *Œdipe africaine*, Plon, Paris, 1966
- Ortiz R., *A morte branca do feiticeiro negro. Umbanda e sociedade basileira*, Editora Brasiliense, São Paulo, 1999 [1978]
- Parés L.N., *A formação do Candomblé. História e ritual da nação jeje na Bahia*, Editora da Unicamp, Campinas (S.P.), 2007
- Quaranta I. (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Cortina, Milano,

- Rechtman R., "The Survivor's Paradox: Psychological Consequences of the Khmer Rouge Rhetoric of Extermination", *Anthropology & Medicine*, 13, 1, 2006, pp. 1–11
- Risso M., Böker W., *Sortilegio e delirio*, a cura di Lanternari V., De Micco V., Cardamone G., Liguori editore, Napoli, 2000 (ed. orig. 1964)
- Róheim G., *Magia e schizofrenia*, Il Saggiatore, Milano, 1973 [1955]
- Róheim G., *Origine et fonction de la culture*, Gallimard, Paris, 1972 [1943]
- Rosen D.M., *Un esercito di bambini. Giovani soldati nei conflitti internazionali*, Cortina, Milano, 2007
- Rymes B., "Nomi", in Duranti A., (a cura di), *Culture e discorso. Un lessico per le scienze umane*, Meltemi, Roma, 2001, pp. 228-233
- Schreber D.P., *Memorie di un malato di nervi*, Adelphi, Milano 1974 [1903]
- Severi C., "Presentazione" [1984], in Devereux G., Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, Roma, 1984 [1967], pp. 5-20
- Shamai M., Levin-Megged O., "The myth of creating an integrative story: the therapeutic experience of holocaust survivors", *Qualitative Health Research*, 16, 2006, pp. 692-712
- Shorter E., *Psicosomatica: Storia dei Sintomi e delle Patologie dall'Ottocento a Oggi*, Feltrinelli, Milano, 1993.
- Sironi F., *Psychopathologie des violences collectives. Essai de psychologie géopolitique clinique*, Odile Jacob, Paris, 2007
- Sironi F., "Maltraitance théorique et enjeux contemporains de la psychologie clinique", in *Pratiques psychologiques*, 4, 2003, p. 3-13
- Sironi F., *Bourreaux et victimes. Psychologie de la torture*, Éditions Odile Jacob, Paris, 1999
- Sow I., *Psychiatrie dynamique africaine*, Payot, Paris, 1977
- Spencer J., "Collective Violence and Everyday Practice in Sri Lanka", *Modern Asian Studies*, 24, 3, 1990, pp. 603-623
- Stengers I., "Introduzione. Il laboratorio di etnopsichiatria", in Nathan T., *Non siamo soli al mondo*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003, pp. 7-41

- Stengers I., *Sciences et pouvoirs. La démocratie face à la technoscience*, Editions la Découverte, Paris, 1997
- Stengers I., “Il medico e il ciarlatano”, in Nathan T. e Stengers I., *Medici e stregoni*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996, pp. 103-144
- Stoller P., “Embodying colonial memories”, in *American Anthropologist*, 96, 3, 1994, pp. 634-648
- Stoller P., *Fusion of the worlds. An ethnography of possession among the songhay of Niger*, The University of Chicago Press, Chicago/London, 1989
- Swertvaegher J.-L., *De la transsexualité au transsexualisme: un sacrifice moderne? Approche ethnopsychiatrique de la question transsexuelle*, Mémoire de DESS de Psychologie clinique et pathologique, sous la direction de Françoise SIRONI, Université Paris VIII
- Szymusiak M., *Il racconto di Peuw bambina cambogiana*, Einaudi, Torino, 1986
- Talaban I., *Terreur communiste et résistance culturelle*, PUF, Parigi, 1999
- Taliani S., Vacchiano F., *Altri corpi. Antropologia ed etnopsicologia della migrazione*, Edizioni Unicopli, Milano, 2006.
- Tambiah S.J., *Rituali e cultura*, Il Mulino, Bologna, 1995 [1985]
- Taussig M.T., “Reificazione e coscienza del paziente”, in Quaranta I. (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Cortina, Milano, 2006 [1980], pp. 75-106
- Tugnoli C., “Introduzione”, in Wundt W., *Opere scelte*, UTET, Torino, 2006, pp. 8-87
- Turner V.W., “An Ndembu Doctor in Practice” [1964], in Kiev A. (a cura di), *Magic, Faith and Healing*, The Free Press, New York, London, 1974, pp. 230-263
- Van Gennep A., *I riti di passaggio*, Boringhieri, Torino, 1981 [1909]
- Verger P., *Notas sobre o culto aos Orixás e Voduns na Bahia de Todos os Santos, no Brasil, e na antiga Costa dos Escravos, na África*, EDUSP, São Paulo, 1999 [1957]
- Von Foerster H., *Sistemi che osservano*, Astrolabio, Roma, 1987
- Wauthier C., *Sectes et prophètes d’Afrique noire*, Éditions du Seuil, Paris, 2007

- Weinfeld M., Sigal J.J., Eaton W.W., "Long-Term Effects of the Holocaust on Selected Social Attitudes and Behaviours of Survivors: A Cautionary Note", in *Social Forces*, 60, 1, 1981, pp. 1-19
- Werth N., *L'isola dei cannibali. Siberia, 1933: una storia di orrore all'interno dell'arcipelago gulag*, Corbaccio, Milano, 2006
- Westermarck E., *Rituals and beliefs in Morocco*, Macmillan and Co., London, 1926
- Wundt W., "Elementi di psicologia dei popoli", in Wundt W., *Opere scelte*, UTET, Torino, 2006 [1916], pp. 411-913
- Wundt W., "Lineamenti di psicologia", in Wundt W., *Opere scelte*, UTET, Torino, 2006, pp. 89-409
- Zajde N., *Guérir de la Shoah*, Odile Jacob, Paris, 2005
- Zajde N., *Enfants de survivants*, Odile Jacob, Paris, 1995
- Zempleni A., "Elementi di psicopatologia wolof-lebou: disturbi mentali e stregoneria", in Attenasio L, Casadei F., Inglese S. e Ugolini O. (a cura di), *La cura degli altri. Seminari di etnopsichiatria*, Armando editore, Roma, 2005, pp. 179-197
- Zempléni A., *L'interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lébou du Sénégal*, Thèse du troisième cycle, Université de la Sorbonne, Paris, 1968
- Zempléni A., Rabain J., "Modes fondamentaux de relations chez l'enfant Wolof du sevrage à l'intégration dans la classe d'âge", in *Psychopathologie africaine*, II, 2, 1966, pp.143-177.
- Zorzetto S., Cardamone G., "Depressione e cultura. Il caso africano", in *Neopsichiatria*, I-II,1999, pp. 33-94
- Zorzetto S., Cardamone G., Da Prato M., Inglese S., "Schizofrenie e contesto sociale: dai fattori culturali agli studi di follow-up", in Tagliavini G. e Cardamone G. (a cura di), *Ripensare le schizofrenie. Un dibattito italiano*, Colibrì, Paderno Dugnano (MI), 2002
- Zorzetto S., Da Prato M., Inglese S., Cardamone G., "Declinazioni plurali della società e strategie di inclusione", in *Gruppi*, III, 2, 2001, pp. 53-63.

