

**Università degli Studi di Bergamo**

Corso di Dottorato di Ricerca in  
Antropologia ed Epistemologia della Complessità

XXIV ciclo

Scuola di Dottorato in Antropologia Culturale e Discipline  
Demoetnoantropologiche

**Filippo CASADEI**

**Problemi metodologici e tecnici relativi  
all'utilizzo delle lingue nella clinica  
transculturale**

Supervisore:

**Chiar.mo Prof. Gianluca BOCCHI**

Anno Accademico 2010-2011

# A

*A mia madre, che mi ha trasmesso l'amore per lo studio,  
e a mia nonna, con cui ho iniziato a viaggiare*

*A Lucio, socio indefettibile di bici e tant'altro, teorico inascoltato del 'salto  
generazionale'*

*A Mariana, per tutto ciò che stiamo costruendo insieme*

*A mio figlio Martin, mio orgoglio e tesoro*

## ***Ringraziamenti***

A Salvatore Inglese, amico e maestro di *etnopsijazz*. Suonare con lui, dalla Calabria a New Orleans, da Bali al Marocco, è sempre entusiasmante. Dopo tutti questi seminari d'improvvisazione, il mio debito nei suoi confronti è salito a tre milioni di ghinee, speriamo si accontenti dei ringraziamenti.

Al prof. Gianluca Bocchi, per l'interesse sincero con cui ha accolto e seguito questo progetto di ricerca.

Al prof. Enrico Giannetto, per il clima colloquiale delle sue erudite lezioni.

A Giuseppe Cardamone, per la capacità di mettere in movimento idee e iniziative.

Alle colleghe e ai colleghi del dottorato, per i nostri convivii.

Ad Amelia Lausetti, che mi ha facilitato nelle partenze e nei ritorni.

Ad Alessandra Riggio, per la gentile assistenza nella caccia di libri introvabili.

Alle persone che in questi anni hanno condiviso con me le fatiche e le soddisfazioni del lavoro d'*équipe*, in particolare Sergio, Filippo, Michela, Grazia, Naima, Afef, Jia, Karima, Paul, Cherila.

Ad Abdelhafid Chlyeh, per le piste che la sua sapienza mi ha mostrato, anche per quelle che non sono riuscito a seguire fino a dove avrei voluto.

Agli psichiatri dell'Ospedale *Ibn Rochd* di Casablanca: *kanshorkom ɣla Imajhud li bdeltu mɣaya*.

Ad Abdelkader, *shukran ɣla assadaqa*.

A Fatima, preziosa insegnante di *darija*.

# Indice

<b>Introduzione</b>	6
<b>1. Considerazioni sulla mediazione in contesto clinico</b>	11
1.1 La situazione italiana	11
1.2 Mediatori da manuale	12
1.3 Avventura migratoria e psicopatologia	15
1.4 Modificare il quadro, parlare in lingua	16
1.5 Lingua materna/lingua matrice: il caso dogon	18
1.6 La traduzione in clinica	21
1.7 Riti orali	25
1.8 Precedenti senegalesi	26
1.9 Approntare la mediazione	29
1.10 Figure d' <i>impasse</i>	32
1.10.1 Rifiuto	33
1.10.2 Confusione	34
1.10.3 Marginalizzazione	35
1.10.4 Cattura	36
1.10.5 Burn-out	37
1.11 Polemologia della mediazione	38
1.12 L'efficacia della voce	40
1.13 Note conclusive: mediazione e mito	48
<b>2. Il bricolage linguistico del laboratorio etnopsichiatrico</b>	51
2.1 Il trascendimento della clinica	51
2.2 L'enunciazione multiculturale	55
2.3 Scelte linguistiche	58
2.4 Lingua che parli, cose che vedi	61
2.5 La mediazione in Neuropsichiatria Infantile (parte I)	67
2.6 Se il mediatore non è immunizzato	68
2.7 La messa a punto del dispositivo	71
2.8 Ricalcare l'idioletto	72
2.9 La lingua matrice come stazione d'arrivo	74
2.10 Riepilego	75

<b>3. La macchina clinica plurilingue</b>	76
3.1 La centralità delle lingue nel dispositivo etnoclinico	76
3.2 Variazione e ricombinazione di codici: l'italiano di seconda generazione	83
3.3 La mediazione in Neuropsichiatria Infantile (parte II)	84
3.4 Costruire comparabili: lingue in traduzione	85
3.5 Il plurilinguismo dell'altro	87
<b>4. Un'alleanza tra discipline linguistiche ed etnopsichiatria</b>	97
4.1 L'apporto dell'antropologia linguistica	97
4.2 L'apporto dell'etnopragmatica	101
4.3 Temi di etnolinguistica clinica	103
4.4 Discussione sul <i>Traité du malentendu</i>	112
4.5 Elogio della molteplicità	115
<b>5. Studio di casi</b>	123
5.1 Infettivologia (HIV)	123
5.2 Neurologia (epilessia)	143
5.3 Traumatologia (violenza xenopatica)	157
5.4 Psicopatologia (psicosi)	172
5.4.1 Caso 1	173
5.4.2 Caso 2	179
<b>Conclusioni</b>	183
<b>Bibliografia</b>	191

## Introduzione

“... in un futuro prossimo, nessuna psicopatologia potrà fare a meno dei contributi dell’etnopsichiatria, dell’etnopsicoanalisi e di tutte queste discipline che esplorano la ‘migrazione’ dei concetti, perché il mondo di domani sarà popolato per la maggior parte da migranti (interni o esterni, attraverso lo spazio o il tempo) e figli di migranti” (Nathan, 1988c:10). Così scriveva Tobie Nathan ormai più di vent’anni fa, quando ancora l’esperienza del Centro Devereux non era cominciata, ma era comunque avviata in Francia una fase di ricerca e discussione sui disturbi psichici dei migranti, soprattutto di seconda generazione. Ora quel futuro è arrivato: in Italia gli operatori di salute mentale sono quotidianamente chiamati a misurarsi con situazioni cliniche ignote, multiproblematiche, in costante mutazione, che rendono molto difficile l’utilizzo delle nosologie ‘classiche’. La presenza degli stranieri, non necessariamente massiccia ma tale comunque da imporsi all’attenzione dei Servizi per le difficoltà diagnostiche e di appropriatezza clinica/organizzativa della risposta, richiede nuovi dispositivi di presa in carico, più flessibili e complessi. La psicopatologia, come diceva Nathan, non può più fare a meno dell’etnopsichiatria, ma allo stesso tempo l’etnopsichiatria non può rinunciare ad allearsi con altre discipline, che fino a qualche tempo fa restavano fuori dalla porta della sala di consultazione, dell’ambulatorio, per svolgere eventualmente all’esterno, in uno spazio extra-clinico globalmente poco sensibilizzato alle esigenze della cura, il loro pezzo di presa in carico (ad es. le scienze giuridiche). Adesso questo non sembra bastare più: o la clinica diventa il luogo in cui tutti i codici della rete vengono parlati, oppure essa resterà senza parole di fronte alla complessità crescente delle situazioni. Perciò la ‘rete’ deve entrare nella clinica, non solo nello spazio visuale degli operatori, che fanno così a chi affidare o dove inviare il loro assistito per *quel* problema specifico, ma nello spazio concettuale della terapia. La rete cioè dovrebbe fare da piattaforma alla costruzione di un iper-sapere clinico, il quale, potenziato e corroborato dalla partecipazione di altri linguaggi, potrebbe affrontare con maggiori possibilità di successo i casi che di qui in avanti si presenteranno con sempre maggiore frequenza ai professionisti della salute mentale.

Tra i molti saperi candidati ad entrare in questo campo teorico-operativo vanno comprese dal mio punto di vista discipline come l’etnolinguistica e l’antropologia linguistica, storicamente poco legate al lavoro clinico-assistenziale, ma capaci di arricchire la prospettiva clinica con nuovi stimoli e domande, soprattutto laddove si utilizzi una metodologia centrata sulla mediazione linguistica e culturale.

Il mio obiettivo è quello di riflettere su queste connessioni, in molti casi direttamente sperimentate nel lavoro con i pazienti stranieri, soprattutto all'interno dei Servizi di Psichiatria e Neuropsichiatria infantile. Per tale ragione, benché la mia tesi abbia per oggetto la lingua, o meglio le lingue in etnopsichiatria, essa non è del tutto collocabile in un quadro teorico di tipo antropologico-linguistico, perché ambisce ad innestarsi nel corpo di una metodologia clinica; né può essere presa per un lavoro *di* etnopsichiatria, poiché l'ordinatore ultimo del discorso non è una disciplina clinica, come la psicologia o la psichiatria. È dunque una tesi *in* etnopsichiatria: essa esplora le possibilità di una visione multidisciplinare in alcuni contesti clinici, sebbene tale obiettivo richiederebbe una quantità di competenze e un rigore metodologico fuori dalla portata di chi scrive. In compenso, fungerà da guida al mio ragionamento la sperimentazione assidua del dispositivo di mediazione fatta in questi anni nei Servizi di Salute mentale.

Il ruolo delle lingue nella clinica etnopsichiatrica non è stato ancora sufficientemente studiato. Un ricercatore specializzato in linguistica, antropologia linguistica o discipline affini potrebbe correre il rischio di interpretare i fenomeni emergenti dal processo terapeutico secondo una prospettiva più utile alla propria teoria di riferimento che non alla pratica clinica. Nel mio caso questa logica è invertita: un operatore-ricercatore con una formazione di base in semiotica e linguistica, ma abbastanza avvezzo ai meccanismi della clinica, prova a far oscillare intorno all'oggetto-lingua le questioni della clinica e della linguistica, in modo da produrre domande nuove e contribuire allo sviluppo di un metodo clinico davvero multidisciplinare. Considero l'etnopsichiatria un ecosistema aperto verso cui converge una molteplicità di saperi e pratiche, e in cui il ricercatore che si sottomette al vincolo clinico può generare ipotesi pertinenti indipendentemente dall'area di studi dalla quale proviene. Ecco il senso che ha dunque per me l'affermazione di Nathan relativa alle discipline che esplorano la 'migrazione' dei concetti. Sarei invece più critico nell'utilizzare il termine 'migranti' a proposito dei pazienti che l'etnopsichiatria incontra nei luoghi del suo esercizio clinico. L'opzione nathaniana è pressappoco la seguente: non sappiamo come servirci di tutte le scoperte che Georges Devereux ha fatto in ambito nordamericano o indocinese, perché esse non hanno relazione alcuna con il fenomeno assolutamente inedito e attuale della migrazione dei gruppi umani (con i loro oggetti, lingue, divinità) all'interno dei confini occidentali. Parlando delle teorie del suo maestro Devereux, Tobie Nathan dice: "i suoi stranieri, i suoi «altri», a partire dai quali pensava la differenza, non erano gli stessi dei nostri. I suoi stranieri erano soprattutto gli Indiani d'America. Ho avuto

l'occasione di tornare dopo molto tempo su quello che ci aveva insegnato, sulla specificità dei dispositivi terapeutici degli Indiani lavorando con dei colleghi antropologi americanisti. Ho io stesso effettuato a due riprese la psicoterapia di Indiani originari della Colombia, emigrati a Parigi... Ho potuto constatare quanto le concezioni del disordine e della sua presa in carico fossero particolari, e le spiegazioni di Devereux mi sono allora tornate in mente. Erano perfettamente adeguate a questo tipo di casi, ma non ai casi dei Magrebini o degli Africani che noi prendevamo in carico a Parigi” (Nathan, 1998:45).

Nathan legge nella prospettiva della ‘migrazione’ il fenomeno dell’alterità culturale che dai mondi terzi si riversa in occidente invertendo le polarità di flusso esistenti fino alla metà del secolo scorso, mentre tale fenomeno andrebbe inquadrato altrimenti. Se i ‘migranti’ non avessero popolato i nuclei centrali dell’occidente, ma si fossero limitati alle periferie, probabilmente non ci sarebbe mai stata una ‘questione migrante’. Ma il fatto è che la questione migrante costituisce il primo stadio di un processo che riguarda la geopolitica mondiale, cioè il rapporto tra i popoli, e non tra le società di accoglienza e le società in movimento. Le cosiddette ‘società di accoglienza’ sono tali finché la cifra interpretativa resta quella della migrazione, ma se la cifra diventa appunto la relazione tra i popoli, allora cambiano allo stesso tempo tutti i termini in gioco: l’idea che abbiamo dei flussi e l’immagine delle società attraversate e infiltrate da quei flussi.

La clinica etnopsichiatrica possiede la struttura di un mondo *mille-piani*: fatta la scoperta che dietro la questione migratoria ci sono i popoli stranieri – e ciò significa che nel momento in cui si tratta una famiglia magrebina non si sta facendo terapia a un gruppo di migranti, ma si sta trattando un caso geopolitico clinico (cfr. Sironi, 2007) – l’etnopsichiatria esce dalla sua nicchia disciplinare e mostra tutta la sua complessità rizomatica<sup>1</sup>. Questo elemento in sé non è sufficientemente compreso, salvo poi rimanere stupiti davanti all’evidenza che le cose trattate nella clinica sono ad esempio le stesse affrontate nella sociologia, o dalla politologia. Questo, non perché si stia utilizzando la sociologia o la politologia per fare clinica, ma perché la clinica è stratificazione infinita di dimensioni che si rifiutano di cristallizzarsi in questa o quella condizione teorico-pratica, filosofica, biomedica, antropologica.

In questa ricerca provo a dare una formulazione nuova di alcuni problemi relativi alla mediazione etnoclinica. Fino ad ora la domanda principale dei ricercatori al riguardo è

---

<sup>1</sup> Il pensiero di Deleuze-Guattari è forse quello che meglio riesce a dialogare con l’etnopsichiatria; viceversa l’etnopsichiatria ha reso comprensibile un pensiero filosofico che sarebbe rimasto oscuro senza di essa.



stata “che cos’è la traduzione in etnopsichiatria?” (cfr. de Pury *et al.*, 1994b; de Pury, 1998). Questo interrogativo, senza dubbio cruciale, ha fatto però passare in secondo piano questioni altrettanto rilevanti, ad esempio su *cosa siano* e *cosa facciano* le lingue nei setting ‘etnopsi’. La messa a fuoco dell’oggetto-lingua come elemento saliente e specifico dell’interazione terapeutica ha delle implicazioni importanti per l’epistemologia clinica (Inglese, 2009). Ma ci vorrà ancora molto tempo – e molto lavoro di squadra – perché la proposta di un ‘nuovo’ oggetto di ricerca si trasformi in un metodo di lavoro innovativo, utilizzabile nella presa in carico dei gruppi stranieri. Ciò non vuol dire che la riflessione sui processi di traduzione non sia più attuale o abbia perso valore. Al contrario, essa occupa tutt’ora un ruolo importante quando si parla delle funzioni del dispositivo, e lo vedremo nelle prossime pagine. In base però alla mia esperienza sul campo, e soprattutto essendomi confrontato in numerose occasioni coi colleghi clinici, mi sono persuaso del fatto che sia necessario liberare le lingue dal modello interpersonale della mediazione, per ridefinirle come forze impersonali, capaci di agire e di essere agite nello spazio clinico. Il modello etnopragmatico (cfr. Duranti, 2007), con la sua duplice attenzione agli aspetti strutturali e interazionali dei codici linguistici, mi è sembrato il più idoneo a realizzare questa opzione. In futuro si dovrà sperimentare con rigore e continuità tale prospettiva, articolandola nei diversi contesti operativi, e soprattutto nelle diverse lingue con cui si avrà modo di lavorare<sup>2</sup>.

Come già accennato, le riflessioni che costituiscono questa ricerca hanno quasi sempre come punto di partenza il lavoro clinico in équipe multiprofessionale. La metodologia è fondata quindi sulla partecipazione attiva alle sedute, sulla discussione in gruppo dei casi, e sull’elaborazione progressiva degli spunti concettuali emersi durante i colloqui. La difficoltà maggiore che ho dovuto affrontare, e con cui ho iniziato a cimentarmi ben prima

---

<sup>2</sup> L’approccio psicoanalitico è quello che per primo si è interessato alla questione delle lingue nei colloqui terapeutici, eppure non ha mai avviato un piano di ricerca sistematico sull’argomento. Perciò non è riuscito a ricavare dalle sedute i razionali utili alla costruzione di una teoria della lingua, né tantomeno ha sviluppato una tecnica per utilizzare strategicamente i differenziali linguistici esistenti nella coppia analista-paziente. Di conseguenza le numerose osservazioni cliniche sulla comunicazione multilingue non hanno prodotto alcun manuale sul buon uso del multilinguismo (cfr. Stitou, 2007-2008; Santiago-Rivera e Altarriba, 2002). Approcci integrati con la psicologia cognitiva e la psicolinguistica sembrano poter colmare in parte il difetto, anche se ho l’impressione che neppure questi riusciranno ad afferrare davvero l’oggetto-lingua nella sua complessità multifunzionale (che trascende le funzioni individuate dalla teoria psicodinamica, come quella di rimozione su cui invece si è concentrata la letteratura psicoanalitica a proposito dei pazienti bilingui).

di cominciare la tesi, è stata quella di demarcare il mio punto di vista, antropologico e linguistico, all'interno del gruppo clinico. Non è stato semplice, perché quando si lavora su problematiche sanitarie con colleghi psicologi e medici si rischia di venire risucchiati nella loro prospettiva, che diventa così il linguaggio egemone della seduta. Invece il linguista o l'antropologo membro dell'équipe – come il mediatore culturale – dovrebbe introdurre un fattore di resistenza a questa omologazione dei linguaggi. Un po' alla volta, negli anni, penso di essere riuscito a trovare un mio posizionamento all'interno del setting, un punto di equilibrio che mi consente di partecipare all'azione clinica e terapeutica senza sovrappormi, o sovrapponendomi solo in parte, alla voce degli 'psi'. È da questa posizione sperimentale relativamente autonoma, continuamente ridefinita nel dialogo con le altre professioni raccolte intorno al paziente, che posso pensare e scrivere una tesi sulle lingue nella clinica transculturale. Forse è più agevole il compito di teorizzazione per chi attraversa questi dispositivi per un tempo breve, da etnografo viaggiatore, o da invitato speciale<sup>3</sup>. Se invece si lavora in modo continuativo nei dispositivi clinici, cercando di realizzare un'alleanza duratura con le discipline 'psi', e di contribuire personalmente all'operatività del gruppo, bisogna esporsi, correre il rischio di venire abitati dalle teorie degli altri, fino a trovare la vibrazione di fondo del dispositivo, con la quale occorre sintonizzare la propria disciplina, oltre che il proprio modo di essere.

Per svolgere questo lavoro ho sperimentato una discreta varietà di setting, mantenendo la stessa ispirazione metodologica e adeguando ogni volta il metodo di ricerca e le tecniche d'interazione linguistica ai contesti reali della clinica. Tali contesti sono stati: il "Modulo di Psichiatria transculturale e di comunità" diretto dal dott. Salvatore Inglese (Catanzaro); alcuni servizi di Psichiatria Adulti e Neuropsichiatria Infantile dell'area fiorentina e pratese; strutture di accoglienza per rifugiati e richiedenti asilo del territorio toscano; un reparto ospedaliero di malattie infettive in Emilia-Romagna; il Centro Psichiatrico Universitario Ibn Rochd diretto dal prof. Driss Moussaoui (Casablanca).

---

<sup>3</sup> È il caso del sociologo delle scienze Bruno Latour, quando passò tre mesi presso il Centro Georges Devereux (cfr. Latour, 1996).

# 1. Considerazioni sulla mediazione in contesto clinico

## 1.1 La situazione italiana

In Francia le istituzioni sociosanitarie si trovano da almeno un trentennio a dover trattare con i problemi di salute mentale di una popolazione di migranti arrivati già alla terza generazione, mentre in Italia, come sappiamo, la situazione è diversa sia sul piano storico che istituzionale. La difficile alleanza tra operatori sanitari e mediatori culturali rinvia a due ordini di problemi. In primo luogo sembra mancare un terreno comune di pratiche e di teorie, una consuetudine di collaborazione, che componga in una totalità integrata e variegata tutti i partecipanti all'attività clinica rivolta agli stranieri. L'esempio francese del "Centro Devereux" mostra come una simile ricomposizione sia possibile in un ambiente di ricerca universitario, dove la mediazione viene introdotta contemporaneamente alla nascita di una clinica dei migranti e non apposta successivamente come sua appendice. Un secondo nodo problematico, sotto il quale possiamo inserire le resistenze dei gruppi professionali, rinvia alla mancanza storica di quel meccanismo culturale e giuridico che riconosce a priori le competenze del mediatore, riferimento "terzo" capace di dirimere eventuali contrasti di interpretazione. Di fatto in Italia non esiste un supporto sociale e culturale tale da consentire la delega del potere della mediazione, e quindi anche dell'interpretazione, ai mediatori. In questo senso l'introduzione della figura del mediatore assume una valenza contestativa<sup>4</sup>, rispetto alla distribuzione istituzionalizzata dei poteri e dei saperi, di cui dobbiamo tenere conto: le resistenze non sono solo personali ma rinviano pertanto ad una più generale carenza sociale di riconoscimento della figura del mediatore<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Proponiamo di riconoscere, nell'introduzione del mediatore, una *provocazione* in senso specifico latouriano, intesa cioè come nuova voce autorizzata all'interno di un dispositivo di composizione di interessi non necessariamente convergenti a priori. Nel testo *Politiques de la nature* (Latour, 1999) l'autore tenta di superare l'opposizione tra fatti e opinioni ricordando come un fatto sia anche la parola di un gruppo interessato a farsi valere, e come nell'interrogazione dei fatti sia importante allargare il numero delle istanze da convocare.

<sup>5</sup> Recentemente sono stati prodotti alcuni documenti che partendo dalla normativa nazionale auspicano una regolamentazione omogenea ed un'ampia valorizzazione del ruolo del mediatore, vedi in particolare quello della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome dell'8 aprile 2009, dal titolo "Riconoscimento della figura professionale del mediatore interculturale", e le "Linee di indirizzo per il riconoscimento della figura professionale del mediatore interculturale", del 21 dicembre 2009, elaborate dal gruppo istituzionale per la promozione della mediazione interculturale su iniziativa del Ministero dell'Interno. Attualmente esiste una

Nonostante queste chiare difficoltà, la figura del mediatore è introdotta come strumento necessario per intervenire nei casi di “incomprensione culturale”, diventando di fatto sempre più familiare nei diversi luoghi in cui l’interfaccia tra migranti e istituzioni diventa necessaria e problematica. Per ognuno di questi luoghi (giustizia, scuola, salute) vengono organizzati corsi di formazione allo scopo di calibrare l’attività di mediazione rispetto alle esigenze specifiche delle singole istituzioni. Conseguenza diretta di questo movimento è la comparsa, anche in ambito sanitario, di una letteratura o di un campo discorsivo che delimita la natura e le funzioni del ruolo di mediatore. Un problema di fondo è l’importazione irriflessa di un modello di mediazione giuridico bipolare, sintonizzato su situazioni di conflitto esplicito tra due parti in causa e che necessita, come vedremo più in dettaglio, di una rivisitazione critica in direzione di un’accettazione accorta del ruolo creativo della mediazione (cfr. Casadei, Festi, Inglese, 2005). Dappertutto ha preso piede una visione irenica della mediazione, intesa come pacificazione delle parti in conflitto, fluidificazione della comunicazione, chiarificazione e semplificazione dei problemi. Accanto a questa versione attenuata della mediazione ne esiste però un’altra, turbolenta, che possiamo definire polemologica perché non addormenta i contendenti, non li pacifica senza prima aver permesso a ciascuno di sostenere col massimo vigore possibile le proprie ragioni. Solo per mezzo della mediazione polemologica si complessifica il campo discorsivo e si fanno emergere universi teorici altrimenti nascosti.

## **1.2 Mediatori da manuale**

Presento qui di seguito alcune proposizioni riconducibili alla versione irenica della mediazione, che vengono facilmente messe in discussione da un’esperienza clinica ad orientamento etnopsichiatrico.

a) Si dice che il mediatore deve manifestare una posizione *neutra*, ma c’è da chiedersi perché anche in ambito clinico si è ossessionati dal mito della neutralità, dell’imparzialità del mediatore. Trasporre uno schema giuridico sulla relazione terapeutica ci fa dimenticare che la presenza di processi di influenzamento deve essere riconosciuta per conferire all’azione terapeutica tutte le potenzialità di intervento inscritte in un dispositivo. L’interazione è costantemente sottoposta a modifiche dei partecipanti, evidenti o meno,

---

proposta di legge, presentata il 3 giugno 2010, che intende disciplinare la professione del mediatore; il documento sottolinea come a fronte della ricchezza di esperienze lavorative e formative maturate dai mediatori culturali in diversi ambiti, e dell’individuazione da parte di molte regioni degli standard formativi per questo profilo, “le certificazioni e gli attestati oggi esistenti acquisiscono validità solo in riferimento agli specifici contesti regionali e non sono quindi spendibili all’interno dell’intero territorio nazionale”.

rilevabili da osservatori o destinate a rimanere sottotraccia. Come si fa ad orientare l'azione del mediatore sulla necessità di mantenere un'equidistanza dalle parti? Il mediatore clinico risponde ai mandati che di volta in volta gli vengono assegnati, non può pensare di avere obiettivi propri rispetto all'azione terapeutica in corso. Questo non significa, naturalmente, che il mediatore non sia neutrale, ma che non è la neutralità una posta in gioco decisiva per l'interazione a scopo terapeutico.

b) Un'altra affermazione paradossale sul mediatore dice che egli *non deve produrre comunicazione* pur essendo potenzialmente l'unico attore in grado di comprendere tutto quanto sta accadendo, almeno dal punto di vista verbale. È l'idea tradizionale di traduzione-trasduzione, con il mediatore che diviene puro canale tra due universi linguistici: una sorta di automa translinguistico. Una posizione del genere, tanto per cominciare, contravviene clamorosamente al primo postulato della pragmatica della comunicazione, che sostiene l'*impossibilità di non comunicare*<sup>6</sup>. In secondo luogo sembra proporre una coincidenza fuorviante tra produzione di comunicazione e verbalizzazione, mentre la comunicazione funziona anche nel *modo del levare*, non solo *del porre*, ovvero i momenti di arresto del senso comunicano sempre, producendo effetti comunicativi, fisiologici e psicologici diretti<sup>7</sup>. Detto altrimenti, l'astensione da un ulteriore significato, sempre veicolato in ogni comunicazione aperta come quella di tipo dialogico, organizza specifiche sequenze comunicative e riesce addirittura a produrre una *superfetazione* del significato nel momento in cui venga prodotta significazione proprio indirizzata a saturare lo spazio reso momentaneamente vuoto o imbarazzante dal silenzio sospeso. Non è rara la situazione di un mediatore che si rifiuti di agire nel senso del porre e che agisca invece solo in quello del levare: come esempio estremo si pensi alla regola rigida e fissa dell'astinenza comunicativa spinta fino all'afasia o meglio al mutacismo, motivata dalla percezione o dalla convinzione di non poter guidare in una direzione voluta le frasi comunicative. Spesso, addirittura, essa viene indicata come regola performativa o deontologica durante il bagno di apprendimento a cui viene costretto il mediatore prima di essere accreditato e utilizzato in questa funzione. Se invece si passa ad un *modello parlamentare* a più voci, la presenza del mediatore contempla ampiamente la possibilità di produrre comunicazione. È soprattutto nel *malinteso*, ovvero nell'equivocità del senso e

---

<sup>6</sup> Cfr. Watzlawick et al., 1967.

<sup>7</sup> Ricordiamo l'opposizione freudiana tra la scultura come arte del levare e la pittura come arte del porre.

Prolungando l'accostamento suggerito possiamo dire che la mediazione implica una dimensione scultorea, oltre che pittorica.

del significato, come pure nell'intraducibilità fonetica e semantica dell'enunciato, che si scatena un'interessante attività interpretativa (ad es. il significato di *posseduto* in italiano non è la stessa cosa di *maskun*, "abitato", in arabo marocchino). Come mostra de Pury (1998), è solo in questi momenti di sospensione, confusione, e anche caotizzazione delle concezioni e degli enunciati possibili che incomincia ad attivarsi un'autentica dinamica di traduzione, mediazione e trasformazione.

c) Secondo un *Leitmotiv* duro a morire il mediatore viene pensato come *ponte tra culture*, ma la metafora lascia intendere che le culture siano terraferma, luoghi stabili su cui poggiare le estremità del ponte, mentre così non è, anche le culture vengono installate, e si tratta sempre di installazioni mobili. La traduzione linguistica nel corso di una *mediazione in vivo* non è un ponte sospeso tra un punto e l'altro di un metaforico sistema di interazione, non si dirige da un punto all'altro del vallo che deve essere superato per far giungere a destinazione una qualunque merce significativa. Non esistono, in realtà, dei punti fissi verso cui dirigere la comunicazione stessa; tali punti, se immaginati, sono essenzialmente mutevoli, in movimento e in trasformazione. Ogni informazione, infatti, modifica lo stato fondamentale e apparente degli attori intercomunicanti. La traduzione assomiglia pertanto alla ramificazione progressiva di un cammino in una serie infinita di *sentieri che si biforcano* continuamente, in cui i punti di diramazione obbligano i soggetti a non immaginarsi come separati dalla distanza interposta tra un emittente e un ricevente quanto piuttosto come dei compagni in movimento, essi stessi cangianti e obbligati dalla natura del loro rapporto, dallo scopo della loro missione, a prendere simultaneamente delle decisioni tra alternative di significato spesso, peraltro, irreversibili. Il reticolo delle diramazioni non è già cartografato e organizzato in una mappa perché nessuno detiene il senso generale ed astratto dell'intero processo comunicativo. Il cammino viene prodotto nel momento stesso in cui viene percorso e spesso si struttura nel senso pieno della singolarità altrimenti irriproducibile al variare del parametro temporale e del contesto esperienziale.

Altrettanto discutibile è la metafora, anch'essa molto diffusa, del mediatore come catalizzatore; tale metafora mette in luce il ruolo attivo del mediatore, ma in questo modo si dimentica che in un dispositivo etnopsichiatrico la fonte dell'azione è più sovente dislocata, attribuibile al funzionamento generale e impersonale del dispositivo, piuttosto che a questo o a quell'attore specifico<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Rinviamo a questo proposito al fondamentale capitolo introduttivo in Nathan (1994) sulle procedure di influenzamento.

### **1.3 Avventura migratoria e psicopatologia**

Più specificamente, in ambito sanitario, le idee circolanti sulla mediazione sono quasi tutte basate su una teoria dominante, quella secondo la quale il migrante sarebbe vittima di una profonda trasformazione psico-culturale vissuta nel passaggio migratorio, che gli provocherebbe una situazione persistente di sofferenza e disadattamento<sup>9</sup>. Accade spesso che questo passaggio venga reso ancora più traumatico a causa del viaggio fatto in condizioni estreme, durissime, non di rado disumane. Vorrei però aggiungere altre considerazioni al fine di riequilibrare il peso di questa teoria. Non è pensabile infatti che si possa indagare sulle cause della sofferenza del migrante senza tenere presente quella parte di vita che egli ha trascorso nel paese d'origine. L'operazione contro il passato viene fatta in genere nella convinzione di poter così liberare il soggetto dal peso schiacciante e stereotipante della sua cultura di appartenenza, per mettere in rilievo la dimensione profondamente soggettiva e singolare dell'avventura migratoria, ed affermare per ogni individuo la possibilità di un affrancamento culturale oltre che materiale. Ci scordiamo l'orizzonte spazio-temporale più ampio, nel quale si sono strutturati la personalità del paziente, le sue difese culturali, il senso sfaccettato dell'identità, e forse il disturbo psichico che lo ha accompagnato da molto tempo prima che partisse, per puntare l'attenzione solo sull'ultimo segmento esperienziale – spesso drammatico, è vero – che lega quella persona al nostro mondo.

*Caso clinico.* Durante uno stage effettuato presso il Servizio di Psichiatria del Centro Ospedaliero Universitario Ibn Rochd (Casablanca, Marocco), intervistai diversi pazienti che avevano vissuto un'esperienza di migrazione in Italia ed erano tornati in Marocco dopo una serie di ricoveri psichiatrici nel nostro paese. Per molti di essi il disturbo psicopatologico di cui soffrivano non era un esito dell'avventura migratoria, bensì era precedente alla partenza. E spesso si trattava già di pazienti psichiatrici, presi in carico da un servizio marocchino. Il più delle volte l'ospedale aveva cercato di dissuadere il paziente ad intraprendere il viaggio, ma il malato era rimasto fermo nei suoi propositi, in alcuni casi anche sostenuto dalla famiglia, la quale sperava che il cambiamento di contesto potesse portargli un miglioramento di salute, se non proprio la guarigione; il bisogno di denaro o la fatica e la vergogna di tenere presso di sé un malato psichiatrico completavano il quadro delle motivazioni che di solito spingeva il gruppo ad assecondare la volontà del familiare. Unico elemento di tutela e protezione era offerto dalla presenza di un altro parente, che a sua volta aveva già realizzato un percorso di migrazione ed era riuscito a trovare una casa

---

<sup>9</sup> Cfr. Castiglioni, 1997.

e un lavoro. A questa persona, ormai inserita nella società italiana, erano raccomandati l'accoglienza del nuovo arrivato, l'ospitalità e soprattutto le cure da somministrare regolarmente o in caso di necessità. La situazione in Italia, estremamente difficile e competitiva dal punto di vista lavorativo, gli spazi abitativi ridotti e la mancanza di un sostegno familiare allargato – che in Marocco si traduce nella disponibilità costante di almeno una persona in grado di sorvegliare e accompagnare il malato nel quotidiano – costringevano ben presto la famiglia a richiamare a sé il migrante in caso di ricadute. Per queste persone che partono già con dei problemi psichiatrici – e non sono così poche come si potrebbe immaginare – è sbagliato indicare nella migrazione il fattore responsabile del disturbo psicopatologico. La migrazione può costituire in questi casi un elemento di complicazione e di aggravamento della condizione morbosa preesistente, ma non l'eziologia scatenante.

Non sono affatto convinto che si debba cercare solo nelle disavventure dei progetti migratori la radice del disagio e della sofferenza psicologica. Essa può essere nascosta in luoghi molto distanti da quelli attraversati dal migrante, o in cui si è stabilito nel corso del viaggio. Il concetto stesso di migrante poi andrebbe discusso e criticato. Oggi sotto questa etichetta vengono contrabbandate forme di esistenza difficilmente riconducibili a quelle storiche conosciute fino al secolo scorso. In ogni caso, è solo dalla convergenza tra metodologie micro (individualizzanti) e proiezioni macro (storicizzanti) che si ottiene la migliore definizione dei problemi sollevati dalle migrazioni planetarie.

#### **1.4 Modificare il quadro, parlare in lingua**

Prima di disporre e intrecciare gli elementi per una proposta di dispositivo di mediazione culturale in ambito clinico, stacciamoci per un istante dagli attori umani presenti sulla scena al fine di osservare meglio l'attore protagonista – non umano – di una consultazione etnopsichiatrica: la lingua o, meglio, le lingue, dove il plurale è costitutivo di una *babele* inesauribile di possibilità operative.

Nel caso del dispositivo etnopsichiatrico inventato al Centro Devereux, l'incontro con un'alterità è, *in primis*, l'incontro con altre lingue poste in traduzione dalla mediazione operante. Una clinica sensibile alla dimensione culturale tenderà a valorizzare una problematica della *parole*, degli atti linguistici effettuati da un'istanza d'enunciazione singolare, ripresentante un sistema ricostruibile (*langue*) e sempre in variazione, in deformazione sui suoi vari assi, i quali costituiscono i supporti significativi della lingua in



quanto definita all'interno di un insieme di pratiche i cui percorsi di senso sono socialmente rilevanti<sup>10</sup>.

*Caso clinico.* Si presenta nell'ambulatorio di un CSM una coppia marocchina di mezza età. La donna è seguita da tempo presso i servizi di psichiatria, ma ha interrotto le cure per periodi anche piuttosto lunghi, superiori ai sei mesi<sup>11</sup>; il marito, molto premuroso verso la donna, la accompagna alle visite e si offre come traduttore, più spesso come portavoce. Sebbene la mia conoscenza dell'arabo marocchino sia abbastanza elementare, lo psichiatra decide di mettere me nella posizione d'interprete, e di lasciare al marito il ruolo di suggeritore, perché mi dia l'imbeccata nei momenti di difficoltà, qualora la traduzione diventi troppo complessa o mi sfuggano dei termini importanti per il senso del discorso. La coppia risponde di buon grado alla proposta, e anche con una certa curiosità. Subito dopo la donna comincia a raccontare la sua storia dall'inizio, dalla prima apparizione dei sintomi, mentre il marito sembra approvare il mio lavoro di traduttore, a volte sorride e mi fornisce con puntualità l'aiuto richiesto. Nel complesso l'interazione funziona, e a fine seduta lo psichiatra mi riferisce che per la prima volta la signora gli è apparsa vitale, assertiva, come se la posizione di narrante in prima persona – e in arabo marocchino – delle proprie vicende l'avesse finalmente rianimata, resa padrona della sua voce e del suo io narrante. Provo a riflettere a distanza di tempo sull'accaduto. Il *setting* è stato costruito con un colpo di scena, in cui a un amico e collaboratore dello psichiatra è stato assegnato il ruolo di traduttore, fino ad allora garantito dal sistema paziente. La figura dell'interprete ha perciò subito una trasformazione che ne ha invertito una serie di caratteristiche: prima era il *congiunto* della paziente, poi è diventato un *estraneo* associato al medico curante; prima era un *marocchino parlante italiano*, in seguito un *italiano parlante marocchino*; prima era qualcuno *abituato* a intervenire come rappresentante del paziente, poi una persona che a *sorpresa* ha partecipato alla seduta in veste di puro interprete (e senza aver mai esercitato questa funzione in lingua darija). A proposito dell'effetto-sorpresa, ritengo che esso, investendo in primo luogo l'interprete, abbia scatenato una reazione anche sul sistema paziente: il mio carico emotivo rispetto al compito linguistico – avevo infatti la sensazione di essere un debuttante in darija, e sapevo di dover fare del mio meglio per afferrare il discorso della paziente – può aver contribuito ad attivare a sua volta la paziente, facendo

---

<sup>10</sup> Ricordiamo che la svalutazione saussuriana della *parole* è stata in parte smentita dalla riedizione degli scritti in cui Saussure (2002) non fa che occuparsi della *messa in variazione* della lingua, al contrario della vulgata tradizionale, base dell'anatema benvenistiano.

<sup>11</sup> Caso osservato presso l'ambulatorio del dott. Salvatore Inglese, Modulo di Psichiatria Transculturale, ASL 7, Catanzaro.

in modo che essa infondesse vita alla sua storia. Inoltre la donna ha dovuto comunicare il suo vissuto a uno sconosciuto, che al contrario del marito e del terapeuta non sapeva nulla di lei e oltretutto maneggiava il darija in modo approssimativo, per cui è stata sicuramente obbligata a lavorare sulla propria lingua, compiendo una serie di manovre cooperative, come pronunciare in modo chiaro le parole, fare un'esposizione ordinata degli eventi e dei sintomi, punteggiare le frasi con una gestualità vivida e marcata. Si tratta di un esempio abbastanza evidente di come modificando il quadro enunciazionale della seduta e la sua struttura partecipativa – dunque il *setting* – si possano trasformare i discorsi, ovvero la lingua dei pazienti.

### **1.5 Lingua materna/lingua matrice: il caso dogon**

La lingua madre non è banalmente “la lingua della madre”, quanto soprattutto la lingua comune a tutti membri di un gruppo, che soltanto in un contesto monolingue coincide con la lingua parlata dalla genitrice, generatrice biologica e linguistica (la madre, in quanto anche locutrice dell'identica lingua parlata da tutti). Ma in un gruppo multilinguistico la “lingua prima”, 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<sup>12</sup>. Nell'universo dogon questa differenza è così ben definita che segna addirittura una soglia critica del processo di acquisizione linguistica. Come ci spiega Calame-Griaule, all'inizio il bambino apprende “per primo il dialetto materno, ma cresciuto dovrà usare solo quello del villaggio del padre, in cui vive, dato che la residenza è patrilocale. Teoricamente anche la madre dovrebbe adottare lo stesso dialetto, ma al contempo deve preservare il proprio da «miscugli di lingue»” (2004:128-129). I due dialetti, materno e paterno, costituiscono dunque due strati linguistici depositati nel corso dell'acquisizione della parola. Lo strato femminile, derivato dalla madre e concernente le “cose dell'interno” – l'interno del corpo, la vita domestica – è quello che si forma per primo, ma poi viene abbandonato dai figli maschi quando interviene l'educazione linguistica del padre, orientata verso l'esterno – la savana, le tecniche agricole. Le figlie femmine completano la loro formazione presso la madre, ma anche per loro la crescita comporta un cambiamento dialettale: è sempre la lingua paterna che s'impone al locutore come secondo strato dominante, che emargina in tutto o in parte la varietà materna. È

---

<sup>12</sup> “...i popoli misti geneticamente tendono a mantenere soltanto una delle due lingue corrispondenti alle popolazioni d'origine” (Cavalli Sforza, 1996:218).

interessante il dettaglio fornito da Calame-Griaule rispetto al fatto che la madre deve preservare il proprio dialetto da mescolanze con altre varietà linguistiche. Di primo acchito, se si pensa al multilinguismo della società Dogon (dove oltre ai dialetti locali si parlano il fulbe, il more, il bambara, ecc.) e al modo generalmente favorevole in cui i Dogon considerano l'apprendimento delle lingue straniere, la precauzione menzionata sopra risulta difficile da spiegare. Perché mai questo regime di parola purificato? Se però si riflette sulla concezione dogon della parola, e si pensa quest'ultima come formata da elementi materiali e spirituali, capaci di modificare la costituzione dell'individuo, si può intravedere già una risposta. La donna che, maritata in un villaggio di dialetto differente, muta la propria lingua, modifica i quattro elementi di base ricevuti dalla regione natale, ed altera di conseguenza la propria sostanza. Dovrà perciò sorvegliare la sua parola affinché dall'ambiente circostante non filtrino in essa degli elementi che potrebbero contaminarla. Calame-Griaule ci dà un altro indizio importante per avanzare nel ragionamento: il bambino resta "sotto l'influenza linguistica della madre sino a che questa lo allatta; svezzato, abbandonerà il dialetto materno per assumere quello del padre, e ciò accentua ancor più la separazione dovuta allo svezzamento" (Calame-Griaule, 2004:130). La parola materna va dunque pensata insieme all'altra sostanza materna che è il latte, poiché per i primi anni di vita sono questi due alimenti – nell'universo dogon la parola ha odore e sapore, è un cibo – a garantire lo sviluppo del piccolo. Potremmo anche ipotizzare l'esistenza in parallelo di due serie di interdetti riguardanti l'allattamento e la trasmissione della parola, tabù alimentari e tabù linguistici in grado di mantenere puri rispettivamente il latte e il dialetto materno. Sarebbe a quel punto interessante capire se tutti i "miscugli di lingue" siano ugualmente impuri, o se invece vengano fatte delle distinzioni a seconda dei dialetti che vengono mescolati. Per fare la lingua dogon, ovvero perché il locutore di lingua dogon sia completo, e possa avventurarsi senza timore nell'apprendimento delle lingue straniere, servono circa trent'anni, perché dopo quell'età è difficile dimenticare il proprio dialetto (Calame-Griaule, 2004:132). I Dogon sottolineano molto questa necessità di permanenza e stabilità. Si deve abitare a lungo nel proprio villaggio, nutrirsi di ciò che proviene dalla regione, comprendere tutte le sfumature dialettali fino a conquistare una propria individualità linguistica, pur facendo parte integrante della comunità. Oltre alla varietà materna e paterna, c'è da considerare l'apporto educativo dei pari, degli altri bambini, fratelli, sorelle maggiori, compagni che attraverso il gioco e gli "scherzi di villaggio" rendono il locutore più sensibile alle differenze dialettali, più consapevole della propria parola. "Questi scherzi hanno forma fissa e vengono scambiati tra gli abitanti di

una stessa regione linguistica o tra quelli di «quartieri» di uno stesso villaggio; le distinzioni sono estremamente sottili, l'ironia verte sia sulla pronuncia, l'accento, il vocabolario proprio al villaggio, sia sul carattere e i difetti tipici degli abitanti, difetti considerati dipendenti dal modo di parlare" (Calame-Griaule, 2004:129) L'individuo viene così esercitato a cogliere differenze minime nel modo di parlare delle persone, e ad utilizzare queste osservazioni anche in senso psicologico. Sono vere (e ovvie) entrambe le cose: da una parte la società impara a conoscere la persona e le assegna il suo posto, dall'altra la persona diventa consapevole della società in cui vive e trova la sua collocazione definendo se stessa con la propria parola. Ma il dispositivo di educazione linguistica del mondo dogon arriva a questo risultato in modo straordinariamente raffinato. Riprendiamo ancora le fasi di fabbricazione del parlante dogon: "Quando ha circa quattro anni, il padre assume l'educazione linguistica del bambino, la bambina resta con la madre, ma non parla più il suo dialetto: l'infanzia della parola è terminata. L'ambiente sociale interviene, prima aiutandolo ad adottare il dialetto paterno e a dimenticare quello materno, in seguito sensibilizzandolo alle sfumature che conferiscono a una parlata la sua originalità rispetto alle altre" (Calame-Griaule, 2004:130). È significativo, lo ripetiamo, che il procedimento di distacco dal dialetto della madre valga non solo per i bambini, ma anche per le bambine che, pur rimanendo all'interno del mondo materno, femminile, possono in seguito utilizzare soltanto il dialetto del villaggio paterno. Il luogo di residenza e la regola sociale fissano dunque il sistema linguistico della persona; ovvero sono il *topos* e il *nomos* che definiscono l'origine culturale del locutore. Le interazioni con gli altri locutori, soprattutto con i pari, contribuiscono a modellare l'idioletto, la parlata originale che contraddistingue ciascun membro all'interno del gruppo. Ma perché lungo il cammino di maturazione della parola, che significa anche permanere in una lingua fino a conoscerne tutte le possibili varianti, si deve dimenticare il dialetto della madre? Questo infatti apre l'individuo al mondo della parola – come l'acqua fresca che viene sputata sul corpo del neonato per provocarne il primo vagito – ma poi viene obliterato. Sembra esistere un meccanismo sociale di rimozione della lingua materna, la quale probabilmente, più che dimenticata, passa in strati più profondi della persona, diviene humus che consente a un'altra parola successiva di radicarsi con più forza. Per i piccoli la lingua materna, almeno nella sua forma attiva, realizzata, è provvisoria – una lingua da latte, appunto – poi subentra quella permanente una volta superata la prima infanzia. Solo il dispositivo decide quale è la permanente e quale la provvisoria, perché di fatto le due strutture non contengono questo tipo di informazione al loro interno. Niente, a livello di sistema, giustifica la caducità della

lingua materna; tanto è vero che in un altro villaggio i due dialetti possono invertirsi le parti. Eppure questo gioco di sostituzione dialettale fissa un passaggio imprescindibile per lo sviluppo linguistico del bambino. Esso è paragonabile allo svezzamento, che più o meno ha luogo nello stesso periodo, anche se probabilmente si tratta di un'operazione meno brutale dello svezzamento: in questo senso la cultura ha sempre la possibilità di modulare il proprio *tempo* processuale, forzando o rallentando il decorso naturale dei mutamenti, intensificandoli o attenuandoli.

Dicendo della lingua dogon che essa è la "lingua materna" o la "lingua madre" dei Dogon creeremmo un grossolano malinteso, oscurando con un solo aggettivo una quantità di sottigliezze elaborate dalla cultura dogon per pensare la lingua e trasmetterla. Verrà qui d'ora in avanti utilizzato il concetto di lingua matrice per indicare la varietà centrale di un soggetto, quella che più durevolmente influenza il suo modo di essere nel mondo. Per il parlante la lingua matrice è, insieme, il suo sistema-pensiero peculiare, – condiviso con un gruppo di appartenenza, – il suo sistema difensivo eccellente, nonché la memoria individuale e collettiva che sempre riattiva la parola e la rende funzionale allo scambio; tornando alla situazione del colloquio clinico, la lingua è al contempo l'esperienza direttamente vissuta dal paziente, e ciò che ne costituisce la trama narrativa<sup>13</sup>. Tale esperienza è propria di un sistema personale – il paziente – e di un sistema impersonale – la lingua. La molteplicità e la specificità delle sue espressioni, delle sue costruzioni formano il vissuto storico dell'insieme collettivo che anonimamente ha dato origine al sistema linguistico predetto.

## **1.6 La traduzione in clinica**

Sappiamo che le lingue non incorporano gli stessi contesti esperienziali, e che tali esperienze vengono declinate, cifrate, memorizzate in modo del tutto peculiare a ciascuna lingua. Ma non c'è più bisogno di cautelarsi rispetto al rischio di una visione relativista, che immaginando un'omologia totale e necessitante tra lingua e pensiero renderebbe impensabile, quindi impraticabile, la traduzione tra sistemi linguistici e culturali differenti. "Innanzitutto, non c'è relazione di causa effetto tra il sistema culturale e il sistema linguistico, e le conclusioni portate sulla lingua non possono essere ribattute sulla cultura" (de Pury, 2002:174). Occorre invece capire in dettaglio, secondo una prospettiva scientifica in grado di ripensare l'ipotesi Sapir-Whorf alla luce delle conoscenze e delle sperimentazioni attuali, fino a che punto la lingua influisca sulla percezione del mondo,

---

<sup>13</sup> Cfr. Ricoeur, 1986.

sulla memoria, sulla costruzione della cultura<sup>14</sup>. Se le lingue determinassero in senso forte, causale, l'esperienza noetica degli esseri umani, e dunque i sistemi culturali che prendono forma da essa, non sarebbe possibile fare alcuna traduzione interlinguistica. Invece le lingue sono incommensurabili ma non inconfrontabili.

“La traduzione è una precondizione, non un esito [...] Abbiamo bisogno dell'altro, irriducibile, per poter trasmutare la nostra lingua così come la sua. Il senso ci viene dall'altro” (Fabbri, 2000:73). Siamo costantemente in traduzione, non dobbiamo pensarne la possibilità, perché essa stessa è un *già dato*, culturale e sociale, che si pone come elemento primo. La traduzione prevede continuamente attori dislocati che la operano nelle situazioni più impensate e non sorprende se c'è chi pensa i traduttori in quanto metalinguisti naturali, visto che essi ci obbligano a riflettere sui modi di essere della significazione nella lingua<sup>15</sup>.

La traduzione transculturale produce degli effetti sulla dimensione intraculturale delle lingue utilizzate perché le obbliga a dispiegare gli impliciti contenuti nei discorsi che vengono formulati. La traduzione rinnova l'atto di fondazione intraculturale delle lingue mobilitate nell'interazione, per il fatto che ogni passaggio di traduzione che si approssima alla verità di un significato fa tornare sui significati e sulle forme dei concetti trasmessi ai locutori in via culturale. Ogni nuovo elemento finisce con il rinnovare o con il riscoprire i significati nascosti oppure semplicemente ovvii esistenti nelle rispettive lingue.

La particolarità delle mediazioni, ovvero delle traduzioni in tempo reale durante le consultazioni, è quella di essere caratterizzate da una manipolazione sistematica delle lingue convocate, secondo un flusso multilinguistico e polivocale. La manipolazione dei significanti e dei significati – attraverso *giochi di parole, proverbi, frasi liturgiche, intimazioni, paradossi*, ovvero attraverso la convergenza in uno stesso luogo denso di “*generi confusi*” e molteplici (Geertz, 1988) – costituisce lo scopo e lo strumento privilegiati dell'esercizio clinico. Non interviene dunque solo un'esercitazione filologica, ma un'autentica trasformazione degli usi linguistici e dei contesti d'uso fino a inoltrarsi e possibilmente raggiungere lo spazio momentaneamente vuoto dell'intraducibilità, dove insorge il dubbio, la perplessità, la vertigine dell'enigma e dell'insignificanza. In tale fase si può affermare che: “il buon traduttore non sarà colui che produce il testo più fedele possibile al testo originario ma piuttosto colui che metterà maggiormente in rilievo i punti di differenza, i punti di intraducibilità” (de Pury *et al.*, 1994:40).

---

<sup>14</sup> Vedi Wilhelm, Klaus, 2011.

<sup>15</sup> Vedi Fabbri (2000), in particolare il cap. “L'intraducibilità da una fede all'altra”.

Bisogna vedere la lingua come una *galassia di sistemi*, di gerghi specifici che orbitano intorno a nuclei densi di pratiche, come nel caso del gergo patologico. La mediazione non si trova mai a lavorare tra due codici che si corrispondono segno a segno, unità di contenuto a unità di contenuto, bensì all'interno di uno spazio pieno di forze, parole vive e 'pratiche della parola' diverse a seconda dei contesti culturali in cui si formano. Allora la traduzione non è più considerabile come mera traslazione ma diventa, a pieno titolo, interpretazione. In questo senso una clinica etnopsichiatrica può allearsi in maniera feconda con una semantica interpretativa, attenta al portato specifico delle pratiche nelle differenti semantizzazioni dei testi<sup>16</sup>. “Dal punto di vista linguistico la traduzione da una lingua [...] in un'altra è una qualità presupposta nella definizione stessa di lingua” (Amati Mehler et al., 289: 1990). Ciò vorrebbe dire che per poter riconoscere una lingua in quanto tale, e non come insieme disarticolato di suoni, la seconda lingua deve poter finalmente tradurre i significati della lingua sconosciuta. Questo enunciato apparentemente banale o del tutto irrilevante mostra tutta la sua pertinenza in presenza di fenomeni glossolalici, non estranei agli incontri clinici con pazienti di culture che pensano e praticano, ad esempio, la possessione.

Lavorando nell'ambito della clinica ci si trova a volte nella situazione di dover tradurre un concetto della propria lingua che non sembra avere un equivalente in quella dell'altro, soprattutto quando si tratta di un termine appartenente ad un lessico tecnicizzato come quello della patologia mentale: nel caso in cui si voglia chiedere al paziente se ha delle allucinazioni, sintomo rilevante e pertinente per una diagnosi in corso, non si deve solo riformulare la domanda nella lingua del paziente, ma sapere a quale espressione specifica, a quale tipo discorsivo, a quale insieme di pratiche e fenomeni si può ricondurre il termine “allucinazione” nel suo mondo culturale. Per esempio, se si tenta questa operazione con un africano chiedendogli se vede delle cose quando queste non sono presenti materialmente, il paziente può rispondere che non è un bambino, mostrando così che la traduzione in termini di esperienza allucinatoria – “vedere ciò che non c'è” – non è corretta, o meglio è stata fraintesa. Il paziente infatti sa che sono solo i bambini a vedere le cose che non ci sono, nei loro giochi di fantasia. Se poi questa ricerca non viene neppure tentata, e il terapeuta si limita ad utilizzare il termine nosologico della propria lingua, contando magari su una traduzione automatica del mediatore, il paziente rischia di essere condannato ad un sintomo allucinatorio senza poter comprendere di cosa si sta parlando. La condanna, si badi, non è solo morale. Come è già stato detto, i termini sono

---

<sup>16</sup> Cfr. Rastier (2001).

portatori di insiemi di pratiche, che in questo caso vanno ad incidere direttamente sulla salute della persona. La condizione di *alienazione linguistica*, per cui il paziente non controlla le parole che vengono dette sul suo conto in contesti dove però vengono prese sulla sua testa decisioni assai gravi, si riflette nella condizione di alienazione mentale che gli viene imputata.

È abbastanza chiaro che la traduzione linguistica, soprattutto quella “parola per parola” o “letterale”, non interessa al clinico, cui piuttosto importa saper elicitarne il residuo o, meglio ancora, la radice di senso culturale (specifico e generale) ritenuta nell’espressione verbale utilizzata e manipolata insieme al mediatore. Ciò che conta veramente, infatti, è la ricostruzione del senso nosologico dei comportamenti o degli affetti espressi come problematica soggettiva del sistema-paziente, così come il peso specifico delle espressioni all’interno dell’unico quadro davvero precipuo, pertinente e, infine, *perspicuo* della clinica.

L’attività di mediazione etnoclinica incomincia nel punto esatto in cui una parola, una frase o un intero discorso risultano *equivoci*, facendo oscillare le possibili traduzioni lungo uno spettro di senso molto ampio e non immediatamente comprensibile. Spesso, addirittura, irrompe una parola-chiave, un modo di dire o un’intonazione particolare che rendono instabile l’acquisizione del senso. In questi momenti comunicativi il significante verbale, se adeguatamente sollecitato, evoca e convoca un intero mondo fatto di oggetti, entità e azioni sociali significative che demarcano la distanza interpretativa, ideologica e operativa *interposta* tra il clinico e il sistema-paziente. In questa fase l’atto puramente linguistico costituisce lo strumento necessario a produrre una mediazione con un mondo culturale fino a quel momento inapparente o silenzioso. All’interno del dispositivo etnopsichiatrico, il mediatore linguistico riveste un ruolo di primo piano: egli non è vincolato in modo subalterno alla figura del terapeuta, non traduce letteralmente e in modo fedele quanto viene detto nel corso dell’interazione terapeutica; al contrario brandisce la sua cultura, il suo sistema-pensiero, tutelando in prima persona il paziente dalla pressione acculturativa del gruppo terapeutico. L’infedeltà del mediatore entra spesso in risonanza con quella del paziente, anche in considerazione del fatto che ambedue abitano nicchie delimitate del loro universo culturale. Essi hanno un accesso alla loro cultura condizionato dal ruolo e dalla competenza sociale effettivamente acquisiti in quel sistema: la rispettiva capacità linguistica rappresenta un indicatore discriminante del livello di sapere raggiunto all’interno della cultura di provenienza.



Il sistema di mediazione dovrebbe essere aggregato in un circolo multilinguistico e pluralistico, dove mediatori appartenenti a diverse culture si associno in modo collaborativo a quello che parla la lingua matrice del paziente. L'azione del mediatore che perora l'universo di valori condivisi con il proprio "cliente" può così fare appello alla presenza di altre istanze problematiche e conoscitive che, di diritto, appartengono ad un *multiverso culturale* capace di mobilitare pariteticamente le molteplici soluzioni già selezionate nei vari sistemi umani correlati ai rispettivi mondi-ambiente. Ciò determina, peraltro, un effetto generalizzato di dialogo, confronto e rafforzamento reciproco tra mondi altrimenti estranei o talvolta ostili, favorendo la rimozione delle barriere difensive maggiormente disfunzionali utilizzate dagli individui nonché da interi sistemi sociali nel momento in cui fanno esperienza delle dinamiche di contatto e di trapianto interculturale.

### 1.7 Riti orali

Una posizione di rilievo nel corpo di una lingua è quella occupata dagli appellativi, cioè dai nomi o termini che definiscono l'identità personale; si tratta di aspetti densi che aprono ad un confronto con la storicità di un gruppo di riferimento e permettono la comparsa o il rinvio ai diversi strati (e statuti) culturali di una persona. I nomi personali possono essere manipolati secondo intenzione terapeutica. Nella cultura yoruba, "dopo l'iniziazione si può ricevere un nuovo nome: *wen nyi*, «nome-messaggio». È un vero e proprio programma che la persona passerà la vita ad interpretare. Può tuttavia essere cambiato nel caso di un avvenimento grave, di malattia per esempio" (Nathan e Hounkpatin, 1996:121). In questo caso è il *babalawo*, cioè il "padre del segreto", che interviene per modificare il codice del programma. Ricordiamo anche la questione riguardante la connessione tra nome, atto del nominare, pratiche del tabù e universo lessicale: come ci ricorda Lévi-Strauss<sup>17</sup>, un tabù verso il nome di una persona morta può contaminare, in certe culture, parte dell'universo lessicale, impedendo anche la pronuncia di nomi comuni assonanti con il nome tabuizzato, ed obbligando la lingua a torcersi in perifrasi descrittive per rinominare le cose. L'apparizione di una sequenza micro-descrittiva al posto di un lessema di etimo sconosciuto, dal punto di vista di un destinatario minimamente avvertito antropologicamente, informa sempre sui valori attivati e sulle trasformazioni figurative pertinentizzate da quella cultura.

---

<sup>17</sup> Cfr. Lévi-Strauss (1983), in particolare il capitolo dedicato a un inedito di Saussure.

Nathan e Sybille de Pury (1999) hanno evidenziato come la parola terapeutica non sia necessariamente quella veicolata in un *setting* duale. Nei contesti tradizionali la parola dei guaritori è spesso pubblica, e laddove venga pronunciata costringe ciascun interlocutore a posizionarsi rispetto ad essa. Così la seduta di etnopsichiatria rispecchia questa caratteristica dei dispositivi di cura tradizionali; meglio ancora, essa diventa particolarmente efficace quando riesce a reinventare, convocandola, una “pratica di parola” pubblica esistente nel mondo dell’altro, come per esempio quella dei *griots* maliani. Si tratta di un fenomeno da noi stessi osservato più volte, grazie alla trasparenza del dispositivo di mediazione, che lascia intravedere i sistemi di pensiero al lavoro<sup>18</sup>. Le consultazioni di etnopsichiatria hanno la capacità di riattivare certe configurazioni culturalmente codificate, come la presentazione di un bambino al villaggio, o la convocazione di un tribunale tradizionale per gli affari di stregoneria, diventando lo spazio di una messa in scena rituale, dove la parola assume un peso radicalmente diverso da quello che avrebbe in un classico colloquio clinico. Questa possibilità di ricreare delle forme d'interazione rituale non è affidata solo all'uso della parola, ma anche della voce e della gestualità. La tecnica di alcuni indovini *sénoufo* è esemplare a questo proposito: l'indovino, già durante la seduta di divinazione, mette in scena in modo anticipatorio davanti al paziente alcune fasi del rituale terapeutico prescritto, ad esempio il sacrificio, riproducendo con la propria bocca il verso dell'animale, il rumore del coltello, ecc.<sup>19</sup>.

### 1.8 Precedenti senegalesi

Uno degli slogan impugnati più frequentemente dai detrattori dell’etnopsichiatria recita in questo modo: “è necessario mettersi in ascolto del paziente, guardarsi bene dal rinchiuderlo entro i rigidi schemi della cultura”. Questa critica è stata particolarmente veemente in Francia, dove è stata rinvigorita dalla polemica unilaterale e offensiva di Didier Fassin contro Tobie Nathan. Quest’ultimo, in una lunga e convincente replica contro i fantasmi di Fassin, ha scritto: “Non si tratta in nessun modo di «ridurre il soggetto alla sua cultura» oppure di «rinchiuderlo nella sua cultura» – invito il lettore a riflettere seriamente al senso di queste accuse. È mai possibile rinchiudere un soggetto nella sua cultura? Chi avrebbe mai tale potere di reclusione, se non un’istituzione politica, una polizia? Non

---

<sup>18</sup> È il contrario di quanto succede per esempio in Camerun tra gli *Ohambi*, o tra gli *Yimbo*, durante l'iniziazione alla società maschile *nkumi*, dei “Signori della foresta”, in cui il candidato viene ammesso alla presenza di due statuette poste in terra e fatte muovere da un dispositivo invisibile (de Heusch, 1995). I sistemi iniziatici funzionano grazie a un lavoro svolto in segreto: è questo *lavorio* che trasforma la persona.

<sup>19</sup> Zempléni, comunicazione personale.

certamente un ricercatore, e ancora meno un clinico!” (Nathan, 2001:107)<sup>20</sup>. In modo assai diverso, ma con argomenti che in parte si sovrappongono a quelli usati contro Nathan, venne contestato il dispositivo creato da Collomb presso l’Ospedale di Dakar-Fann. Questa volta però la critica veniva da dentro: il dott. Martino, uno dei collaboratori più stretti di Collomb negli anni ’60, affermava che “a forza di correre dietro a *djinn* e *seitan*, siamo passati a lato dell’uomo senegalese” (cfr. Moussaoui, 2007:75). Sorprende questa dichiarazione da parte di uno psichiatra che per dieci anni fece parte dello staff clinico e di ricerca della Scuola di Dakar. Sappiamo che l’impresa intellettuale, terapeutica e politica di Henry Collomb godeva dell’appoggio del presidente Senghor, cantore dell’Uomo Senegalese. Dobbiamo allora chiederci il significato di una frase del genere pronunciata da un clinico che conosceva intimamente quel tipo di dispositivo. La lezione di Collomb suscitava grande attrattiva e allo stesso tempo reazioni profondamente idiosincriche negli ambienti internazionali della psichiatria. Nella biografia dello psichiatra scritta da Arnaut sono numerose le pagine illuminanti sulle idee che circolavano all’interno della cosiddetta Scuola di Dakar, come questa in cui viene ricostruito un dialogo tra Collomb e l’etnologo di origine ungherese Andras Zempléni: “La maggior parte dei medici sono europei. Come si può comprendere il malato africano quando si conosce male lo sviluppo psicologico dell’individuo normale, le modalità del suo inserimento sociale, la sua religione, le sue tradizioni, i suoi valori che lo saldano al suo gruppo? Come rispondere alla sua domanda terapeutica allorché non si ha che una conoscenza aneddotica delle cure magico-religiose che egli pratica prima, durante e dopo il trattamento psichiatrico?” (Arnaud, 2006:244). Il programma di ricerca multidisciplinare realizzato da Collomb con l’aiuto di collaboratori di prim’ordine cercava di rispondere ad ognuna delle domande qui poste; esso mirava alla conoscenza profonda dell’uomo africano sofferente, non però di quello astratto sognato dagli umanitaristi, bensì di quello inserito nelle sue ecologie e nei suoi gruppi, di quello perturbato dalle trasformazioni che la colonizzazione prima e la modernità poi avevano prodotto in Africa. “Fann è un alveare dove ronzano in tutta libertà curanti e pazienti, neurologi, psichiatri, sociologi, psicologi, terapeuti tradizionali invitati, infermieri esperti senza diploma, traduttori di culture tradizionali, informatori, tutti orientati verso lo stesso scopo: rendere il soggiorno del malato il meno sgradevole possibile, e se possibile, accorciare al massimo questo soggiorno per restituire il malato al suo gruppo” (Arnaud, 2006:286). Al terzo Congresso internazionale di psicoterapia, a Oslo, nel 1973, Collomb intervenne dicendo che la follia è una malattia sociale. Questo per lui implicava

---

<sup>20</sup> Nel campo italiano un’utile revisione critica di simili questioni è stata offerta da Coppo, 2000.

ovviamente un cambiamento radicale del modello di cura, oltre che di quello della formazione medica: “Il legame della malattia si sposta all'esterno dell'individuo malato. E se il legame della malattia è spostato, il luogo terapeutico deve esserlo altrettanto. Non si tratta più di considerare il solo trattamento chemioterapico e psicologico, ma d'intervenire sull'ambiente o di costituire un ambiente adatto al cambiamento” (Arnaut, 2006:350). Il discorso portato al Congresso, che doveva intitolarsi “Per una psichiatria umana”, prefigurava già la rivoluzione dell'antipsichiatria, e la sostituzione degli ospedali psichiatrici con villaggi in cui “i curanti sarebbero della stessa etnia dei malati, parlerebbero la stessa lingua”. (Arnaut, 2006:351). Come mai dunque la critica di Martino alla clinica di Fann si impernia sul fatto di trascurare l'umanità del malato psichiatrico per inseguire le configurazioni patologiche culturalmente ordinate? Penso che l'idea di fondo fosse quella secondo la quale la sofferenza non parla una lingua, ma un linguaggio universale di cui il medico è interprete e specialista indiscusso. Al contrario Collomb – e di questo avviso sarà anche Nathan vent'anni dopo – sosteneva che la lingua matrice dei gruppi fosse il mezzo necessario per comprendere la follia come malattia sociale, e che lo studio della lingua degli invisibili non umani (*rab, jinn, shaytān*, ecc.) avesse un ruolo imprescindibile nella diagnosi e cura dei disturbi mentali in Africa.

Cosa sarebbe stata la psichiatria in Senegal senza l'impresa collettiva guidata da Collomb? Una psichiatria di taglio prettamente biologico, centrata sull'uso del farmaco e su categorie diagnostiche universaliste (cioè monoculturali). Cosa sarebbe stata la psicologia clinica rivolta alle famiglie migranti in Francia senza l'apporto di Nathan e del suo gruppo? Una psicologia capace di emancipare il migrante dalla sua cultura d'origine per integrarlo in quella d'arrivo? No, semplicemente sarebbe stata una psicologia basata su modelli dell'apparato psichico, o cognitivo-comportamentali, o familiari, in buona misura estranei alla cultura dei pazienti. Gli approcci clinici vedono solo ciò che sono addestrati a riconoscere, e possono essere più o meno efficaci, ma non possono inchiodare le persone alle loro matrici culturali, né distaccarle da esse. Se non sono soddisfatti delle cure che ricevono, i pazienti si rivolgono altrove, e spesso utilizzano più di un sistema allo stesso tempo. Neppure i guaritori tradizionali hanno il potere di rinchiudere i loro clienti nella cultura di appartenenza; infatti quando vengono consultati dai migranti che ritornano al paese sanno benissimo di non potere adoperare le stesse tecniche utilizzate con gli altri compaesani, e che sono obbligati a inventare, a modificare alcuni elementi procedurali...

## 1.9 Approntare la mediazione

In assenza di un gruppo strutturato di mediatori non è possibile costruire un servizio di salute mentale operante in un contesto multiculturale. Decidendo di quali risorse comunicative un servizio deve dotarsi, quale sia cioè il ventaglio di lingue di cui disporrà, viene di conseguenza stabilita la serie di prestazioni che esso sarà in grado di erogare. Non vanno fatte economie sulla mediazione, perché una risorsa linguistica che può sembrare dispendiosa all'inizio diventa poi decisiva nel trattamento di un paziente. Le lingue di cui non si fa provvista diventano filtri culturali che selezionano a monte il tipo di problema, quello che potrà essere trattato e quello che non potrà esserlo. Risparmiando sulle lingue avremo creato un servizio *povero* sul piano della capacità conoscitiva e operativa, che non potrà trattare certi disturbi perché non saprà come riconoscerli. Gli operatori che, pur essendo animati da validi principi etici, e da un sincero interesse per le altre culture, si gettano all'avventura senza l'ausilio di un mediatore esperto che li orienti, rischiano non solo di rimanere accecati dal materiale culturale emergente, ma, cosa ancora più grave, di produrre una pernicioso *effrazione* di quel mondo, dal momento che non sanno come entrarvi, se non usando degli stereotipi. L'esempio di Devereux (1951), che senza disporre di un interprete prende in analisi un indiano americano della tribù *Blackfoot*, non costituisce in realtà un'eccezione alla regola. Grazie alla sua profonda conoscenza di altri gruppi indiani affini a quello dei *Blackfoot*, egli riesce a produrre un *piano discorsivo di mediazione* operante tra sé e il paziente. Il terapeuta viene riconosciuto e trattato dall'altro come indiano *più anziano* della tribù, addirittura come uno *spirito-assistente* capace di condurlo e iniziarlo all'arte dell'interpretazione dei sogni. Nathan ha compreso benissimo tale questione, mettendo in evidenza il ruolo anzitutto linguistico del mediatore etnoclinico, ad esempio nel saper richiamare un'eziologia magico-religiosa secondo una modalità culturalmente conforme, convocandola nel discorso come *presenza efficiente* (strumento di interazione clinica) e non solo come pretesto etnografico<sup>21</sup>. Vengono in mente racconti africani di statuette lignee, feticci di villaggio trafugati ma contenenti ancora la forza della comunità, che una volta portate a casa da turisti ignari cominciano ad animarsi e provocare ogni genere di guasto domestico e familiare. Allo stesso modo le interpretazioni culturali andrebbero sapientemente svuotate della loro "carica" se introdotte in contesti discorsivi impropri, o viceversa "caricate" se utilizzate per funzioni a loro proprie. Un fenomeno del tipo "eziologia religiosa" che venga estratto dalla

---

<sup>21</sup> Sulle possibilità e i rischi degli interventi clinici bloccati oppure oscillanti tra il polo *culture-bound* o e quello *culture-free*, vedi Inglese (2000a, 2001).

sua nicchia semio-ecologica e presentato al paziente secondo modalità errate diventa irrilevante o dannoso per l'interazione clinica. Dire “*bismillah*” nella lingua del Corano a un paziente musulmano può attivare l'eziologia dei *jinn* (Nathan, 1993), mentre un'altra parola in un'altra lingua non darebbe alla stessa eziologia la forza sufficiente a scatenare la serie di effetti desiderati<sup>22</sup>. Inoltre, perché un'interpretazione culturale risulti assimilabile, va pronunciata soltanto dopo un adeguato lavoro preparatorio da parte del terapeuta.

La formazione che occorre acquisire per lavorare secondo una metodologia etnopsichiatrica non conosce vie brevi: è una preparazione che clinici, mediatori culturali e attori sociosanitari possono raggiungere dopo alcuni anni di lavoro sul terreno, animati da un intenso impegno teorico e assistenziale. Bisogna infatti raggiungere una competenza avanzata in varie discipline delle scienze umane e sanitarie, sviluppata all'interno di un insieme gruppale e secondo una visione sistemica delle dinamiche interattive, dove hanno uguale importanza il *qui e ora* insieme all'*altrove*. Il rigore formativo invocato non dipende dalla baldanza di un'opzione soggettiva o, peggio, da una presunzione autoreferenziale: su questa metodologia esiste un profondo consenso tra gli studiosi internazionali attivi in questo ambito, indipendentemente dall'approccio clinico preferito. Le popolazioni migranti versano spesso in precarie condizioni di vita, rese accidentate dalla mancata o insufficiente soddisfazione dei bisogni più elementari. In tali situazioni di sofferenza esistenziale e di astenia sociale, esse possono diventare oggetto di interventi di cura non sostenuti in modo adeguato da un indispensabile razionale scientifico, anche se mossi da una positiva istanza deontologica. Spesso non si riesce o non si vuole immaginare che, in realtà, i pazienti stranieri *non sono soli al mondo* (Nathan, 2001). L'operatore diventerebbe inquieto se venisse attraversato dalla consapevolezza di trovarsi irretito in un gioco attivato da particolari dinamiche sociali e rilanciato da *entità collettive sconosciute*; al tempo stesso, sentirebbe di non avere più mano libera sullo straniero finalmente riconosciuto nella sua insopprimibile *alterità intenzionata*.

La mediazione è come il bastone del cieco: quando viene impugnata dal clinico lo avverte di ciò che accade davanti a lui. Infatti i fenomeni hanno luogo prima di tutto sulla linea di mediazione, poiché essa costituisce il fronte più avanzato del sistema clinico. Viceversa, se la mediazione non viene integrata, ovvero non si realizza questo concatenamento tra

---

<sup>22</sup> L'attivazione di eziologie apre una problematica enunciazionale più che enunciativa, nel senso che un discorso eziologico non si limita a irradiare determinati valori semantici, ma distribuisce delle posizioni di parola, ovvero decide rispetto alle istanze di enunciazione.

clinica e lingue, la sensibilità dell'operatore difficilmente potrà bastare a comprendere le situazioni e risolverle.

Il dispositivo, anche se localizzato in uno o più punti di una rete di servizio dedicata alla tutela della salute mentale, è organizzato in modo tale da mantenersi continuamente connesso con le realtà sociali del territorio. Esso, cioè, non aspetta che i pazienti arrivino da soli o addirittura accompagnati in forma coattiva, cercando piuttosto di intervenire quando ancora la sofferenza psicologica non è registrata in un documento ufficiale, un verbale o una cartella clinica, ma rimane occultata in seno a un gruppo, che se ne fa carico finché gli è possibile o conveniente. Se si resta passivi e non si prepara in anticipo il campo saranno le urgenze a dettare i tempi e la qualità dell'azione. È ovvio che nella concitazione non si creano spazi utili per il pensiero. In questi casi l'incontro tardivo tra l'individuo ammalato e l'istituzione curante può essere visto come l'*urto casuale* tra un gruppo che ha fallito e un altro che a questo stesso esito si prepara in maniera ancora più concitata.

I mediatori costituiscono, nel nostro modello di dispositivo etnopsichiatrico, il *segmento connettivo*, da non recidere mai, tra il luogo della clinica e i luoghi della società dove i problemi si manifestano in modo vivo e, possibilmente, ancora all'esordio. Sono i mediatori che colgono per primi i segnali del disagio sociale e psicologico nei luoghi di aggregazione dei migranti, e che mettono in moto le risposte sociali e istituzionali per farvi fronte. Senza il luogo della clinica al quale riportare queste conoscenze, le soluzioni non sono pensabili né praticabili, ma senza questo andirivieni dei mediatori i problemi visti dal clinico non coincideranno mai con quelli del paziente e del suo gruppo. È grazie ai mediatori che si possono ricostruire le storie, le testimonianze, le conoscenze, le narrazioni, affinché le questioni siano riportate quanto più è possibile al loro massimo grado di complessità. D'altra parte, se la mediazione è una risorsa decisiva per comprendere a fondo una situazione, spetta poi ai terapeuti trasformare questo incremento di sapere in una possibilità operatoria.

Oltre che connesso alle diverse realtà territoriali, il dispositivo di mediazione è *aperto*, nel senso che nessuna delle risorse che lo costituiscono è generata unicamente nel laboratorio della clinica etnopsichiatrica, e nessuna vi rimane legata in modo permanente ed esclusivo. È appunto il caso di un gruppo di mediatori esperti che non smarriscono l'orientamento tecnico ed esistenziale quando siano mossi dalla necessità condivisa di sciogliere un problema emergente: mediatori coordinati come una squadra, in grado di

intervenire in uno qualunque dei nodi di una rete di assistenza sociale, sanitaria e legale. Un gruppo siffatto non dovrebbe essere finalizzato al solo intervento nel campo della salute mentale, ma venire impiegato nella costruzione di moderni circuiti e reti di assistenza integrate dedicate alle popolazioni straniere. La salute mentale è solo uno dei vertici di una figura geometrica ad elevata complessità strutturale che impone di ragionare, piuttosto, in termini di *salute integrale* individuale e collettiva per guardare, infine, verso il problema psicopatologico proprio da questa prospettiva privilegiata. La metodologia etnopsichiatrica assegna un ruolo ineludibile alla *soggettività culturale*, intesa nel senso più ampio e dinamico, dei pazienti, dei mediatori e degli operatori. Il campo applicativo di questo programma si realizza nella tessitura di una fitta trama di rapporti tra servizi sanitari e territorio capace di eliminare le barriere che si oppongono a una valida erogazione e fruizione delle prestazioni concorrenti alla tutela della salute dei migranti. L'operazione culturale strategica da realizzare è quella di spostarsi dalla concezione difensiva e riparativa del patrimonio psicosomatico individuale alla politica di conquista di una migliore qualità della salute sociopsicosomatica collettiva, fondata sul *dialogo tra gruppi umani*, assolutamente necessario all'interno di un quadro associativo che diventa progressivamente multiculturale. Questo salto di qualità diventa possibile anche importando l'etnopsichiatria nei luoghi di costruzione delle identità e delle capacità delle generazioni discendenti (scuole o, più in generale, mondo della formazione e dell'educazione).

### **1.10 Figure d'impasse**

Una teoria ha sempre a che fare con elementi vivi e reattivi, recalcitranti<sup>23</sup>. Essa è inevitabilmente esposta al rischio di essere smentita da un evento inatteso, destabilizzata dalle sollecitazioni tumultuose e imprevedibili della materia vivente. Nell'interazione clinica possono verificarsi spesso dei momenti di *impasse*, tali da dissolvere o bloccare la funzione di mediazione. Tali momenti costituiscono in realtà dei passaggi di maturazione essenziali per il lavoro clinico, e ci permettono di avanzare nel ragionamento teorico sul

---

<sup>23</sup> La recalcitranza dell'oggetto davanti alle interpretazioni dello scienziato è una felice prerogativa di tutte le scienze, sia di quelle cosiddette dure, sia di quelle del comportamento. Anzi, per lungo tempo è sembrato che fossero soltanto i fisici e i chimici ad avere di fronte ai loro strumenti una realtà ribelle e scalciante, unica garanzia di scientificità, mentre i sociologi e gli psicologi riuscivano immancabilmente ad ammansire i fenomeni studiati rendendoli inorganici e afoni, qualunque teoria decidessero di impugnare. Sull'idea di recalcitranza vedi i lavori, appunto, del Gruppo *Récalcitrance* (I. Stengers, B. Latour, T. Nathan, P. Pignarre).



dispositivo. Nei prossimi paragrafi verrà tracciato un elenco non esaustivo di queste situazioni di crisi.

### **1.10.1 Rifiuto**

Nei manuali sulla mediazione linguistico-culturale l'accettazione del mediatore da parte dei pazienti è data di solito come un fatto scontato. Ma cosa si può proporre quando invece il paziente rifiuta l'interprete e fa di tutto per rivolgersi direttamente al terapeuta? Alcuni mediatori provano a contrastare il rifiuto attraverso un approccio empatico che si risolve in una condizione patente di disagio di fronte agli stress comunicativi massimali esistenti in condizioni di gravità clinica o di problematicità situazionale. Tali stress attentano alla capacità di conservazione dei limiti psicocorporei e culturali del mediatore nonché, per diffusione, dell'intero dispositivo clinico che incorpori strutturalmente e funzionalmente la mediazione. Un esame ravvicinato dell'empatia rivela agevolmente che essa rappresenta un costrutto emozionale e un'attitudine interattiva culturalmente condizionata. La sua stessa adozione operativa, peraltro, deve essere elaborata nei termini di un'etica culturale generale e specifica perché possa essere valorizzata come qualità produttiva di un'efficacia relazionale o gnoseologica. La risposta empatica come strategia desiderabile segnala, inoltre, il grado di assimilazione da parte dei mediatori di una particolare inclinazione tecnica della clinica occidentale che potrebbe essere sconosciuta ed estranea in molti contesti culturali. Questa risposta, dunque, espressa sul versante delle attitudini psicologiche generali, non dovrà essere convalidata come fattore spontaneo e aspecifico dell'interazione clinica, ma andrebbe problematizzata nei termini culturali appropriati dei contesti sociali a cui appartengono mediatori, pazienti e, non ultimo, clinici. Ciò avvantaggia il dispositivo perché lo costringe a una prima ricognizione, al suo interno, dello statuto delle emozioni e delle mosse relazionali compatibili con i rispettivi mondi ideologici realmente circolanti nella rete interattiva disposta intorno al paziente.

L'opposizione esplicita o la resistenza passiva nei confronti della mediazione vanno comunque sempre valorizzate in quanto *emergente* problematico ad elevato grado di definizione (es., psicologica, culturale, politica, religiosa, di genere). Bisogna però impegnarsi, da subito, nel trasformare le manifestazioni di questa peculiare recalcitranza, tenendo fermo il fatto che la mediazione offerta costituisce un elemento strutturale del sistema clinico. Essa non può essere disabilitata definitivamente, pena un disfunzionamento dell'intero apparato terapeutico spinto fino alla sua inefficacia. Si potrebbe sostenere, allora, che il primo atto di una mediazione riuscita incomincia proprio

intermediando le ragioni di questa funzione operatoria, negoziando le mosse di avvicinamento all'ideale della sua attivazione, cercando i compromessi transitori che ne favoriscano l'approvazione finale e il suo utilizzo consensuale. In ogni caso, non può essere affidata al solo paziente la decisione di ammettere o meno il mediatore nella sala di consultazione. Bisogna allora incominciare l'operazione interattiva illustrando i motivi e gli scopi della configurazione prescelta. In tal modo si opera un primo passaggio verso il rovesciamento dell'implicito tecnico in esplicitazione manifesta della logica interna del dispositivo che transita dalla proprietà cosciente degli operatori alla condivisione partecipata dei pazienti. Tale operazione deve essere svolta ricercando le figure e le funzioni di mediazione esistenti nel sistema culturale del paziente, individuando le modalità con cui esse esercitano il loro ruolo in quell'orizzonte domestico, richiedendo la conoscenza delle norme che ne regolano l'attività, definendo gli scopi a cui questa è dedicata.

Come si negozia la presenza del mediatore? Dipende dalla creatività dei negoziatori e dalla situazione. Ci può essere una fase propedeutica, che può prendere anche molto tempo, in cui la mediazione viene costruita come enigma per il paziente: per esempio, viene utilizzato un registro personale ed esperienziale per mostrare lo spessore del rapporto che intercorre tra il terapeuta e il mediatore, si parla in termini di *amicizia* e di *alleanza* laddove il paziente si aspetterebbe una relazione di tipo tecnico, professionale, e si genera così un enigma sull'effettiva natura dell'interazione che seguirà.

In generale, il mediatore è presente come figura di primo piano di cui si sollecita l'intervento attivo nel corso dell'interazione tra terapeuta e paziente. Una mediazione, però, prevede fasi corroborate dalla semplice presenza di un mediatore apparentemente "muto" che può essere consultato, a chiamata, durante o al termine dell'interazione. Ciò che conta innanzitutto è la presenza di un elemento terzo rispetto alla coppia terapeuta-paziente, mentre il grado di attività di questa presenza può essere soggetto ad una variabilità (sempre negoziabile) assai importante.

### **1.10.2 Confusione**

Immaginiamo una situazione clinica in cui si trovano ad interagire una famiglia sudamericana, un interprete ispanofono e un terapeuta italiano che però capisce lo spagnolo (cosa tutto sommato non infrequente, visto il grado di affinità tra le due lingue). In tale circostanza, può accadere che il mediatore autolimiti gli interventi di traduzione verso l'italiano, presupponendo che l'operatore capisca quasi tutto di ciò che viene detto in

spagnolo. La somiglianza di molti termini e la competenza linguistica condivisa sembrano rendere tollerabile una maggiore economia nel lavoro di traduzione, e in generale un allentamento dell'ingaggio del mediatore. Poniamo inoltre che anche il paziente sappia parlare italiano, e che nel rivolgersi ai suoi interlocutori cominci a passare da una lingua all'altra. Questa facilità di commutazione si aggiungerebbe all'effetto precedente. A questo punto l'aleatorietà della traduzione, divenuta intermittente e disordinata, potrebbe ostacolare seriamente il lavoro clinico: il mediatore si sentirebbe in uno stato di irrisolutezza derivante dal non sentirsi pienamente installato nel suo ruolo, mentre il terapeuta avrebbe difficoltà nell'afferrare gli elementi emergenti dalla consultazione per via dell'interazione verbale caotica. Se una mediazione che si attiva in modo discontinuo può avere effetti negativi sul sistema terapeuta, quali conseguenze può avere sul sistema paziente una situazione comunicativa che si destruttura col procedere dell'interazione? Non rischia forse di confondere ulteriormente la persona, soprattutto nel caso in cui siano già presenti nel suo discorso elementi di tipo dissociativo<sup>24</sup>? A questo proposito forse sarebbe conveniente svolgere ricerche specifiche per identificare i parametri discorsivi utilizzabili come indicatori di dissociazione in contesti multilinguistici.

### **1.10.3 Marginalizzazione**

Poniamo il caso che durante una consultazione la paziente mantenga le distanze rispetto alla mediatrice. Fino a quando questa si limita a facilitare il dialogo tra terapeuta e paziente, tutto si svolge senza problemi. Ma nel momento in cui, acquistato un maggior senso di autonomia, la mediatrice prende l'iniziativa e pone lei direttamente una questione alla paziente, questa non risponde, rimproverandola di aver fatto una domanda fuori luogo. Immaginiamo che da quel momento in poi la mediatrice, sentendosi messa in discussione, eviti lo scambio diretto con la paziente e cerchi di compiere il suo lavoro nel modo più defilato possibile. Una situazione come questa serve ad evidenziare come l'intervento diretto del mediatore, un suo ruolo autonomo all'interno del dispositivo sia sempre a rischio quando non viene stabilizzato con delle manovre efficaci dal gruppo clinico. Come un bambino che avendo guardato negli occhi un adulto viene messo ai margini del villaggio perché impari a tenere gli occhi bassi, così il mediatore che viene attaccato in un passaggio delicato, proprio quando si sta posizionando come uno dei soggetti autonomi e cooperanti del discorso terapeutico, può essere respinto ai margini della seduta, in un ruolo passivo. È a questo punto che il terapeuta, o l'intero gruppo, deve intervenire per

---

<sup>24</sup> Vedi Piro (1967) sulla "dissociazione semantica" performata dal linguaggio degli schizofrenici.

rafforzare il ruolo del mediatore, e investirlo dell'autorità necessaria a rivolgere direttamente la parola al paziente. Quest'ultimo infatti è portato generalmente a pensare che chi ha l'autorità per porgli delle questioni riguardanti il suo disturbo debba avere anche la capacità di curarlo, e viceversa può pensare che chi non ha un compito esplicitamente terapeutico non sia autorizzato a fargli certe domande.

#### **1.10.4 Cattura**

In questo caso non c'è da parte del paziente né un rifiuto né un tentativo di diminuire il ruolo del mediatore. Un contesto multiculturale come quello della consultazione di etnopsichiatria offre molti spunti non solo ai terapeuti ma anche ai pazienti, che possono cercare di sfruttare l'occasione per fini "politici" (personali). Il paziente riesce a prendere in ostaggio il mediatore se lo obbliga a sganciarsi dalla logica del sistema curante e ad entrare in un'altra logica, per esempio di tipo settario, che non ha niente a che vedere col progetto terapeutico<sup>25</sup>. Quando un mediatore viene *puntato* in questa maniera, deve essere subito protetto dal gruppo, che presentificando la molteplicità in seno al dispositivo può bloccare le politiche di conquista fatte in nome di una sola ragione (etnica, religiosa, ecc.).

Una paziente antillana, arrivata nel nostro paese dopo aver intrapreso una lunga fuga da entità persecutorie insieme a una ricerca altrettanto lunga di potere spirituale, alla domanda della mediatrice che le chiede perché sia venuta in Italia e perché si senta in dovere di rimanervi, risponde con un'affermazione del tipo: "Tu, che sei africana, dovresti saperlo!".

Occorre prestare attenzione a fenomeni di campo come questo, quando il taglio identitario – che organizza dinamica e contenuti dell'interazione, fino a spingersi alle possibili connotazioni eziologiche di un problema – è operato direttamente dal paziente. E ciò avviene in modo quasi drammatico in presenza di meticci: il paziente prova a organizzare e risolvere la propria instabilità identitaria, provocata dall'appartenenza ad almeno due nature originarie diverse, verso l'uno o l'altro polo della sua identità. Nel caso accennato sopra, la mediatrice (etiopica) viene obbligata a riconoscere se stessa nella sua identità di africana: in tal modo si crea un effetto di universalizzazione del blocco culturale, ovvero si dà per presupposto che gli africani debbano possedere tutti la stessa concezione di base rispetto a fenomeni o a problemi particolari. Quando il taglio identitario è affidato al

---

<sup>25</sup> Sul funzionamento dei gruppi settari e sulla loro capacità di cattura e modificazione dell'individuo, vedi i risultati appena pubblicati della ricerca-azione svolta al centro Devereux (Nathan e Swertvaegher, 2003).

paziente bisogna attendersi un esito particolare: la (ri)scoperta dell'identità potrebbe essere positiva per l'interazione, oppure mobilitare forze oscure, risultare in una forma di siderazione delle funzioni a cui il mediatore è stato chiamato. Anche perché essa potrebbe movimentare censure, rimozioni, repressioni di aspetti formali o sostanziali dell'identità del mediatore.

### **1.10.5 Burn-out**

Infine, rischio esistenziale generale è la marginalizzazione progressiva del mediatore dal gruppo nativo e l'autoestranimento dalle proprie origini culturali, poiché l'acculturazione non è solo una dinamica di assimilazione, ovvero di riduzione e scomparsa delle differenze ma è, soprattutto, una devalorizzazione e una critica radicale dei presupposti culturali originari. Queste due dinamiche possono preparare e determinare il frequente *burn-out* dei mediatori che, infatti, esercitano una funzione a rischio (anche psicopatologico). Oltre ai problemi legati al fenomeno di acculturazione e di costruzione identitaria del mediatore, esistono molti altri fattori che possono provocare il *burn-out* dell'interprete, disturbi psicosomatici, se non vere e proprie patologie psichiatriche. Occorre pertanto pensare ad un'immunologia della mediazione come parte integrante della pratica clinica. Uno dei mediatori del centro Devereux, discutendo con la linguista de Pury, riferisce il seguente episodio: "In Armenia, dopo il terremoto, degli psicoterapeuti di origine straniera sono venuti a fare delle consultazioni da noi e, naturalmente, abbiamo fatto ricorso a degli interpreti. In poco tempo, la totalità dei dieci interpreti aveva sviluppato delle malattie allergiche. Qualche tempo dopo, diversi di loro hanno sofferto in più di fobie. Ho pensato che questi sintomi provenissero dal fatto che agli interpreti non si chiedeva altro che la traduzione letterale. Non si chiedeva loro in nessun modo di ricorrere alle loro proprie rappresentazioni culturali, ma semplicemente di tradurre. Dovevano allo stesso tempo ascoltare dei racconti dell'orrore, come la storia di quella bambina di quattro anni che aveva seppellito i cadaveri dei suoi due genitori, e tradurre senza aggiungere alcuna rappresentazione culturale. Sono scoppiati tutti" (de Pury *et al.*, 1994:30). Quanto riportato dal mediatore illustra in maniera evidente il fatto che vi sono delle tecniche di lavoro clinico che mettono fortemente sotto stress gli interpreti. La richiesta di traduzione letterale, parola per parola, senza lasciare nessuno spazio di elaborazione o via di fuga interpretativa al traduttore provoca a carico di quest'ultimo una condizione morbosa. Bisogna allora tenere ben presente questo aspetto quando si preparano degli interventi

con la mediazione, per evitare rischi di contagio psicopatologico: attraverso la lingua non passano solo contenuti, ma anche sintomi.

### 1.11 Polemologia della mediazione

Dopo aver elencato i punti di tensione, frizione e resistenza della mediazione all'interno del dispositivo etnoclinico, passiamo ora allo studio delle operazioni di rinforzo e consolidamento preventivo. Abbiamo deciso di chiamare "battaglie" (cfr. Casadei, Festi, Inglese, 2005) questi sforzi che i terapeuti e i mediatori devono fare insieme per scongiurare i rischi di crisi; in primo luogo per far notare che la traduzione in corso, come l'azione di guerra – sempre secondo la lezione di Clausewitz – comporta dei processi decisionali rapidi, sotto stress intenso, e alimentati da un flusso continuo di informazioni molteplici e contrastanti. In secondo luogo perché pensare la mediazione sotto il profilo *polemologico* sembra offrire migliori chance di comprendere la portata generale dei fenomeni emergenti in una consultazione etnopsichiatrica. I gruppi, anche quando dialogano, non depongono mai le armi, né lasciano fuori dalla porta le altre potenze da cui si fanno proteggere. Si può addirittura sostenere che la mediazione non si interpone tra le parti in conflitto: essa è piuttosto il cuore stesso del conflitto. Il momento del negoziato è massimamente disciplinato dalle necessità e dal tempo del *pólemos* (Curi, 2000). Contro una visione irenico-pedagogica della mediazione come educazione reciproca di culture che si possono temperare e integrare fra loro dopo aver perso gli aspetti più ruvidi e gli odori più selvatici, la visione etnopsichiatrica intende la mediazione come partita rischiosa, o addirittura come una battaglia<sup>26</sup>.

Se si lascia che la funzione di mediazione rimanga esterna alle strategie della cura, e l'addestramento dei mediatori nelle mani di chi non conosce né le regole né il terreno del confronto clinico, si espone tutta l'impresa terapeutica a un rischio serio di fallimento. I mediatori devono crescere insieme ai clinici, e sapersi muovere con loro nelle ritirate come nelle avanzate, sempre sostenuti e rinforzati dalla presenza sintonica di un gruppo, dall'alleanza profonda tra diverse professionalità. Vediamo ora meglio cosa si intende qui per "battaglie della mediazione".

Il primo tipo di battaglia è per il *riconoscimento*: si combatte per evitare che il mediatore venga rifiutato o messo da parte dal paziente. Questo stesso atto di predisposizione annulla alla radice le illusioni della cosiddetta neutralità della funzione del mediatore, visto

---

<sup>26</sup> Illuminante quanto scrive Zempléni: "la stregoneria è l'*inverso della mediazione sociale*" (2005:180).

Viceversa la mediazione potrebbe essere vista come un'operazione di antistregoneria.

come *duplex* della persona del clinico ovvero come rappresentante fisico e intenzionale della volontà di quest'ultimo. Questa volontà è in nessun caso ritenuta come neutrale dal paziente, che anzi è incline a riconoscere la *fisionomia funzionariale* del clinico in quella del mediatore. Perciò il mediatore deve rimontare questo svantaggio e riuscire ad accreditare la propria presenza e funzione agli occhi del paziente, fino ad essere assunto da quest'ultimo nel ruolo di intermediario tra lui e il clinico. Il momento decisivo di questa dinamica non è allora la *neutralità*, ma la conquista della *posizione intermedia* che deve essere la sua caratteristica ontologica istituyente. Solo installandosi in questa posizione il mediatore può ricadere produttivamente nel raggio di influenza del paziente riuscendo così a interpretarne le istanze comunicative: sempre abbastanza vicino al paziente da esserne *influenzato* e, in un certo senso, *posseduto* (la possessione è sempre un fenomeno temporaneo), ma sufficientemente distanziato da non confondersi e perdersi nell'identità del paziente, fino a diventarne il *duplex* o a trasformarsi, a sua volta, in paziente (forse proprio quest'ultima dinamica provoca il *burn-out* e il *breakdown* psicopatologico dei mediatori che esercitano un lavoro intensivo con certe categorie di pazienti gravi). Si tratta della battaglia propedeutica, spesso decisiva, per il successo dell'interazione, perché è dalla presa di una posizione favorevole del mediatore nel processo di parola e dalla sua stabilizzazione che dipendono le operazioni seguenti.

Il secondo tipo di battaglia è per l'*autonomia*: il mediatore non è un semplice portaparola, una maschera che aderisce all'*io locutore* del terapeuta. Tale fenomeno darebbe luogo a un inquietante effetto pronomiale ecolalico (es., *Io-I-Je-Ana...*), prodotto di una "mente dominata" dalla funzione clinica che pretende di imporsi accanitamente come sovranità impersonale. Al contrario, il mediatore deve sviluppare una posizione assertiva da cui interpretare una soggettività autonoma, personale e impersonale, in grado cioè di rappresentare una parola *originale* e *originaria*. Nel corso della traduzione il mediatore può dire "io" senza che questa demarcazione ontologica sia ribattuta sulla *prima persona* del terapeuta o ne funga da equivalente speculare; può e deve guadagnare una posizione di parola propria, in certi momenti specifici.

La terza battaglia è per il *discorso*: ovvero per la molteplicità dei discorsi (istanza laica) allo scopo di non lasciare che una singola teoria, una visione del mondo, l'interesse di un solo gruppo si mettano a funzionare contro le altre teorie, visioni e interessi, squalificandoli prima ancora che si abbia il tempo di perorarli in una pubblica controversia. Il mediatore è chiamato a intervenire nel discorso e si impegna al lavoro conflittuale di interpretazione che non rimane più appannaggio autarchico del solo terapeuta.

## 1.12 L'efficacia della voce<sup>27</sup>

L'anima dell'etnopsichiatria è la ricerca, perché questa disciplina “ha la vocazione di costituire una riserva d'innovazioni” (Nathan, 2001). Riteniamo che l'attività clinica e di assistenza fatta fin dentro gli ospedali e nei servizi territoriali, una volta orientata secondo una metodologia etnopsichiatrica, non debba più essere vista come una *routine* quotidiana autorizzata a ogni sorta d'economia, anche di pensiero. Anzi, organizzando specifici gruppi di ricerca-azione all'interno dei servizi è possibile produrre innovazioni e modificare le pratiche di intervento.

Un nuovo campo di riflessione intorno alla mediazione linguistico-culturale, ma che interessa lo spazio più ampio e non facilmente delimitabile delle terapie fondate sulla parola, è costituito dal problema dello *statuto e della funzione della voce* nelle interazioni cliniche. Questa pista riprende il discorso nathaniano sull'*influenzologia*, definibile come “la sola disciplina scientificamente difendibile” – rispetto alle varie psicologie occidentali – “che ha per obiettivo di analizzare le diverse procedure di modificazione dell'altro” (Nathan, 1994:25). Tale disciplina, in grado di pensare sistematicamente i fatti a partire dalle procedure d'influenzamento deliberatamente innescate dal terapeuta (si tratti di un guaritore tradizionale, un medico o uno psicologo), altro non sarebbe che l'etnopsichiatria clinica praticata in modo rigoroso.

La rottura epistemologica più interessante dell'influenzologia rispetto alla psicopatologia e alla psicoanalisi classiche consiste nello studio e utilizzo clinico delle logiche usate dai guaritori nei loro procedimenti di cura. Si tratta spesso di logiche sensoriali, che agiscono sotto forma di oggetti, immagini, ritmi, gesti... Ci proponiamo, dunque, di includere in questo elenco la voce, *sottraendola al dominio della parola*. Come quest'ultima, la voce è un'*entità anfibia* (Florenskij, 2001), per metà dentro la persona, udibile internamente, generata nelle cavità corporee, appartenente all'unità psicosomatica allo stesso titolo di un organo vitale o di un avvenimento della vita interiore, e per l'altra metà fuori, udibile esternamente, il che la espone alla possibilità di essere rubata<sup>28</sup>; oppure ereditata da altre

---

<sup>27</sup> Riprendo qui l'intervento di un collettivo di ricerca (cfr. Casadei, Inglese, Festi, Ondongh-Essalt, Zempléni, 2005) al 3° Convegno Internazionale Francofono e Transculturale *Cliniques transculturelles: état des lieux et perspectives pour le XXI<sup>ème</sup> siècle*, organizzato a Parigi dall'Associazione Déméter e dalla Case de Déméter de l'Essonne, nel dicembre 2002.

<sup>28</sup> Si racconta che in origine la voce di Ka'afob, generatrice iniziatica degli uomini *Sénoufo*, fu rubata da una donna *Sénoufo* al re di un popolo *nemico* (curiosa combinazione per cui ciò che vi è di più *alieno* all'identità degli iniziati è anche il cuore della macchina che li fabbrica come *identici*). In questo mito la voce è pensata come un oggetto asportabile, e non a caso l'espressione “*i denti di Ka'afob*,” indica lo zufolo asportabile per



nature non umane<sup>29</sup>. Per via di questa costituzione anfibia la voce si differenzia dagli altri oggetti sonori e non, mentre in virtù della sua sensorialità irriducibile all'articolazione dei suoni linguistici è distinguibile dalla parola.

Tra tutte le voci udite in Congo-Brazzaville<sup>30</sup>, in questa terra febbrilmente invasa di suoni, della città e della foresta, del giorno e della notte, c'è una voce che nel ricordo si oppone alle altre per le sue qualità straordinarie, ed è quella di un guaritore *ngangulu* del villaggio di G., situato nella regione dei Plateaux. Ngomba è specializzato nel trattamento dei disordini mentali. Il suo aspetto fisico sembra testimoniare la dispendiosa devozione dell'uomo agli spiriti: orbo da un occhio, il cranio rasato, il corpo magro e asciutto. Ma ciò che colpisce di più in quest'uomo non proviene direttamente dal suo aspetto esteriore, quanto da una specie di eco vibrante della sua presenza: il suono delle sue voci intorno a lui. Ngomba ci riceve nella sala di consultazione completamente spoglia, esce per qualche minuto e quando ritorna con una vecchia stuoia in mano si mette subito al lavoro. Si accovaccia in un angolo della stanza per “nutrire” con le noci di cola la statuetta dell'antenato, poi servendosi della stuoia costruisce in quello stesso angolo, intorno a sé e alla statuetta, un riparo da dietro il quale, dopo un po', comincia a uscire un suono di strumento pluricorde, seguito da un fischio, e dalla voce di Ngomba che intona un'invocazione. Infine si sente distintamente una seconda voce, dal tono *rauco*, appartenente all'antenato del guaritore. Questa tecnica di divinazione si chiama in lingua *ngangulu aveís*, “spiriti”, cioè “parlare con gli spiriti”. A volte si ha addirittura l'impressione che le voci si sovrappongano, e che non ci sia dunque alternanza di soggetti nell'enunciazione del discorso divinatorio (nel ventriloquismo da noi conosciuto l'uomo e il pupazzo non parlano mai contemporaneamente), bensì una *concomitanza*. In effetti il luogo delimitato dalla stuoia non è uno spazio occupato da un soggetto che emette due voci. L'antenato non parla per mezzo dell'uomo: parla restandogli a fianco, a contatto con

---

mezzo del quale l'iniziato che indossa la maschera matriarcale comunica gli ordini ai suoi “figli” (v. Zempléni, 2003:114-115, e articolo dattiloscritto, v. bibliografia)

<sup>29</sup> Un rituale di dazione del nome nell'antica Cina funzionava in questa maniera: “alla nascita il nome personale è scelto dopo che la qualità della voce del neonato è stata determinata per mezzo di un tubo di bronzo, da un musico: a volte si riconosce in essa la voce di un animale di cui il bambino possiede la natura” (Granet, 1971:38). In questa formula è la voce, prima ancora del nome, a dare forma al suo portatore. Vedi lo stesso esempio anche in Granet, 1953:390.

<sup>30</sup> Durante un viaggio che ho fatto insieme all'etnopsicoanalista congolese Etsianat Ondongh-Essalt, nei mesi di luglio e agosto 2001. I viaggi in Africa e in Asia, insieme alla clinica, costituiscono la fonte d'ispirazione e la materia di studio per questa riflessione sulla voce.

lui. È là. Non si tratta di una prossimità fisica di corpi, ma di voci. Lo spazio è definibile non tanto secondo la logica euclidea degli oggetti fisici, quanto secondo la logica particolare degli oggetti sonori: come *spazio difonico*. Non bisogna qui cercare la preminenza di un soggetto concreto, saliente, rispetto ad altri modi di presenza. Bisogna dire piuttosto che la zona delimitata dalla stuoia è un apparecchio difonico per la divinazione: due voci coesistono su due bande sonore parallele, e dunque due soggetti autonomi, Ngomba e l'antenato, stanno parlando.

Questo fatto dell'occultamento dell'indovino ricorda l'oracolo di Apollo, dove la voce oracolare veniva emessa da una Pizia tenuta nascosta: stratagemma per permettere ai sacerdoti di scrivere il messaggio del dio sulla soglia o sulla porta dell'antro. La parola che usciva dall'essere umano prendeva un potere oracolare, ma non c'erano culti specifici organizzati intorno alla voce<sup>31</sup>. I dispositivi di verità come quello delfico erano organizzati come degli universi altamente tecnicizzati e presentavano, sembra, dei cicli vitali al termine dei quali la loro efficacia si esauriva. Dodds fa notare che in età classica, e per un lungo periodo successivo, oltre agli oracoli ufficiali “una sorta di medianità privata venne praticata da parte di persone chiamate ‘ventriloqui’ e più tardi ‘pitoni’” (2000:90). Dodds prosegue dicendo che avrebbe voluto saperne di più su questi ventriloqui, ma che le conoscenze a nostra disposizione si limitano a questo: “essi avevano una seconda voce interna, che sosteneva un dialogo con loro, e prediceva l'avvenire, voce ritenuta essere quella di un demone” (2000:91).

Per i Dogon la parola può avere un cattivo odore e ferire i sensi (Calame-Griaule, 2004). Le parole hanno una sostanza, una fisicità, una materialità che è costituita dalla loro sensorialità. Esse sono così materiali da essere impiegate nel corpo a corpo. Nelle terapie tradizionali, le parole scritte o pronunciate sono delle *prese di lotta* che il terapeuta applica contro gli esseri invisibili che causano il disordine e la malattia nella vita del paziente. In questi termini ci è stato descritto, ad esempio, il lavoro dello *fqih* maghrebino i cui versetti coranici riescono ad afferrare i *jinn*, o quello del *balian usada* che opera lo stesso tipo di presa con i mantra dei libri sapienziali giavanesi (*lontar*)<sup>32</sup>. Tambiah, nel suo saggio sul potere magico delle parole (1984), descrivendo un rituale di guarigione in Sri Lanka, dice che il mantra sussurrato dall'esorcista contro i demoni responsabili della malattia è nominato con un termine che in lingua singalese significa “*colpire col suono*”. Il mantra è

---

<sup>31</sup> Vedi le ricerche di Sabina Crippa (2000) sui riti vocali nell'antica Grecia.

<sup>32</sup> Lo *fqih* riunisce nella stessa figura un sapiente, giureconsulto specialista di scienza giuridica e religiosa, e un terapeuta tradizionale

un oggetto sonoro che agglomera diverse lingue, e sembra probabile che questa operazione di *agglutinamento*<sup>33</sup> avvenga sotto un controllo di tipo sonoro. Tambiah però si occupa soltanto dell'aspetto verbale del rito, tralasciando di analizzare proprio quello che l'espressione singalese rivela: l'aspetto fonico delle lingue può essere lavorato in modo tale da possedere una forza autonoma di influenzamento. Sembra anzi che ogni volta che si manifesta uno scarto tra il vocale e il verbale, per cui sarebbe possibile finalmente separare i due aspetti, si preferisca far finta di niente, rinunciando così allo studio delle caratteristiche e potenzialità della sostanza sensibile.

Al contrario, noi cerchiamo di mettere al centro della discussione sulla mediazione linguistico-culturale il problema della voce come risorsa comunicativa e terapeutica autonoma, che corre sempre il rischio di essere occultata dalla potenza concettuale della lingua. Sebbene vivere all'ombra della lingua costituisca forse la sua segreta condizione d'efficacia...

La prima volta in cui ho cominciato a interessarmi all'oggetto voce in clinica è stata durante una consultazione con un giovane paziente peruviano:

*Ernesto, 26 anni, entra nella stanza accompagnato dalla madre, tenendo gli occhi bassi. Il volto è inespressivo, ha i lineamenti di un indio e porta i capelli molto corti; parla con una voce debole, sempre mescolando italiano e spagnolo. È in Italia da tre anni, mentre i genitori sono qui da molto più tempo. Vengono da Lima, anche se la madre e il padre sono originari di un villaggio posto sulle altitudini estreme della cordigliera andina. Ernesto, sollecitato dalla madre che lo interroga per fargli raccontare il suo problema, riferisce che un giorno, quando lui stava ancora a Lima e i genitori erano già lontani in Italia, mentre stava facendo le pulizie in casa della sorella*

---

<sup>33</sup> Quale altro termine si può utilizzare per indicare il montaggio di oggetti che poi non possono essere più smontati? Lévy-Bruhl, osservando che nelle società primitive le sintesi percettive appaiono quasi sempre *non scomposte e non scomponibili*, ovvero che le rappresentazioni si danno insieme ai loro legami sensibili in un unico amalgama, propone di prendere in prestito dalla linguistica il termine "polisintetico" (1910). In linguistica questo termine ha per sinonimo "agglutinante", usato da Nathan per mostrare che gli oggetti-sortilegio sono prima di tutto dei grovigli di concetti. Portando come esempio un genere di *s'hur* fabbricato dagli stregoni in Cabilia, egli scrive: "Questo sortilegio dovrà penetrare l'essere della vittima per agire su ciascuno dei suoi pensieri, delle sue azioni e dei suoi atteggiamenti. L'oggetto da fabbricare, allora, agglutinerà la totalità dei campi semantici disponibili in questo universo attorno al concetto di penetrazione. In verità, per essere veramente non smontabili, questi oggetti utilizzano perlopiù molteplici nuclei concettuali intrecciati tra di loro: penetrare, annodare, legare...". (Nathan e Stengers, 1995). Ma qui il controllo sulla scelta dei materiali e delle operazioni di montaggio è ancora di ordine semantico, e non fonico.

*si era sentito male, aveva provato un forte dolore alla gola, causato forse dai prodotti detergenti, ed era stato costretto a uscire, e a camminare per il quartiere. Stava troppo male anche per rivolgersi all'ospedale, ma allo stesso tempo era tranquillo: la tranquillità soggettiva di cui narrano gli scampati a una catastrofe, o a una fine certa e imminente. Ernesto accenna inoltre a un profondo senso di solitudine, che lo fa sentire lontano e distaccato da tutti. La madre aggiunge che "prima" suo figlio era normale, fino all'età di tre anni era vivace come gli altri bambini, ma dopo una brutta caduta da una casa in costruzione, che gli aveva fatto perdere conoscenza per più di un giorno, era diventato "timido".*

Ernesto ha un tono di voce appena udibile, monocorde, si direbbe privo di emozioni, senza qualità, e con quel tono pronuncia le parole strane di una neolingua che i gruppi ispanofoni cominciano a parlare quando si trovano già da un po' in Italia, il cosiddetto "itagnolo". La madre invece conosce bene l'italiano, ma è di lingua *quechua*. Entrambi, spesso, si rivolgono direttamente alla psichiatra senza aspettare gli interventi della mediatrice (che parla spagnolo ma non quechua). Quest'ultima, per tutta la durata della consultazione, non riesce a sentirsi a suo agio, ad accreditarsi a pieno titolo nel suo ruolo, a trovare insomma una posizione di parola appropriata. Ma c'è forse dell'altro. La mediatrice infatti non sa se deve tradurre sussurrando le parole all'orecchio del paziente, oppure intervenire nel colloquio con una voce "normale". Questo non è soltanto un problema di tecnica di traduzione, ma è piuttosto come se ci fosse un'indecisione, l'impossibilità di trovare un certo spazio fonico nella seduta. Di fronte alla *voce senza qualità* di Ernesto, non si riesce a trovarne una *qualificata* per interloquire. Per "qualificata" intendiamo qui "investita d'autorità", "autorizzata", e allo stesso tempo "dotata di specifiche qualità fisiche, materiali". Nel dispositivo etnoclinico, dove la voce è da calibrare come le parole, e da negoziare come i significati, può anche succedere di non trovare la regolazione giusta per questo oggetto sonoro. La mediatrice "sente" uno spazio vuoto, che necessita di essere saturato da una modulazione culturale del registro vocale, ma con le lunghezze d'onda che lei conosce non sa come sintonizzarsi nella banda lasciata libera.

Discutiamo sul termine "timido", a proposito del comportamento di Ernesto dopo l'incidente in età infantile. Cerchiamo di avere delle precisazioni dalla madre su quello che intende dire con quella parola, sulla sua possibile traduzione in lingua quechua: se in questa lingua esiste un termine che può descrivere lo stato d'animo del ragazzo con maggiore accuratezza di quanto non si riesca a fare in italiano e spagnolo. Mentre la nostra

metodologia si attarda su problemi di traduzione, la mediatrice è diventata *timida* come il paziente o, piuttosto, su indicazione-induzione del paziente. Se questo fenomeno, come crediamo, è indotto dal sistema-paziente, allora dobbiamo pensare che durante una consultazione di etnopsichiatria avviene qualcosa che è molto più di un'inversione di competenza – il paziente, e non il terapeuta, è *l'esperto*, essendo titolare del sapere e della lingua matrice del *suo* gruppo – perché arriva fino al punto di rimodellare direttamente gli strumenti tecnici del terapeuta. Che genere di voce sta richiedendo il paziente al sistema di cura, obbligando la voce mediatrice ad abbandonare le sue qualità, il suo modo naturale di funzionare?

Le terapie tradizionali possono aiutarci a trovare la strada, perché hanno optato per un'elaborazione rituale dell'emissione sonora. Esse hanno capito che se la voce è una forza bisogna domarla e canalizzarla; se è un gesto bisogna compierlo con esattezza secondo una forma conosciuta; se è una sostanza deve essere lavorata nelle sue linee di resistenza, secondo modi e principi tecnici. In un libro dello scrittore peruviano Arguedas si legge che “quando gli uomini e i bambini hanno preso qualche spavento nella loro prima infanzia, l'anima è fuggita, e vaga senza meta e senza poter ritrovare il corpo che ha abbandonato. Allora l'uomo o il bambino soffre di malinconia, non ha memoria né intelligenza, è un *utti* o un *ampi* (in quechua), un essere idiotizzato, o soltanto un corpo senza l'intera anima, un uomo stordito che soffre di smarrimenti e di tristezza. Solo la voce del *layk'a* può arrivare fino alle anime erranti ed è capace di trovarle e far loro da guida. Il fatto certo è che chiamano con una voce acuta e prolungata, che non sveglia e che mantiene il bambino in un dormiveglia nebuloso e sensibile...” (Arguedas, 1991:157).

Il modello psicoanalitico è l'orizzonte storico di ogni situazione etnoclinica. In teoria questo modello è così fortemente centrato sul verbale da escludere per definizione dal campo della parola qualsiasi manipolazione relativa alle qualità fisiche della voce terapeutica (esplorate, invece, nel campo dell'ipnosi). Un po' alla volta però, come abbiamo già detto, altri oggetti non linguistici vengono introdotti nella consultazione etnopsichiatrica. Gli oggetti, le sostanze, la moltiplicazione delle voci rendono più *denso* il piano espressivo, così come la presenza del traduttore garantisce un arricchimento sorprendente (racconti personali, eziologie, miti) sul piano del contenuto. Questo duplice moto di *addensamento* permette l'attivazione locale e originale di nuovi processi di correlazione tra elementi espressivi e del contenuto, da intendersi come possibili nuove configurazioni enunciazionali. Le tecniche tradizionali ci offrono esempi notevoli della loro capacità di operare su piani semiotici densi, come la procedura di presa in carico di un paziente

mutacico da parte di un guaritore congolese (Sow, 1977:111-122). In questa seduta il paziente viene immesso in un ambiente *pieno di eventi sonori*, correlati allo svolgimento della caccia eziologica: la voce di un terapeuta-assistente che improvvisamente si modifica diventando *rauca*, mentre il coro degli assistenti e il corno del *nganga* che guida la battuta di caccia sono sommersi dal rumore, è il segnale che *l'eziologia è cambiata* e i feticci del guaritore, come segugi, stanno prendendo una nuova pista.

Nello *ndöp* vengono spesso curati casi di mutacismo, di bocca chiusa dal *rab*<sup>34</sup>. L'*estrazione* del nome del *rab* dalla bocca della paziente è resa possibile da un processo d'*intensificazione* rituale. Il supporto principale di questo processo è di tipo sonoro (tamburi, canti, grida). Quando l'onda sonora monta al suo culmine, e dunque la soglia di manifestazione dell'invisibile viene oltrepassata, il mondo interno invaso dal *rab* si apre al mondo esterno saturato dal suono: la primissima parola della paziente è il nome del suo *rab*. Forse è proprio la natura anfibia della voce, intermedia tra mondo interno ed esterno, che la rende ora sintomo, ora strumento di cura, quando occorre modificare i limiti e i legami tra il mondo invisibile e quello visibile.

Fin qui ho parlato di tecniche di presentificazione degli esseri invisibili per mezzo di manifestazioni vocali, più in generale sonore, nel dominio della terapia. Ora cercherò di focalizzare il discorso sul tema delle *deformazioni vocali*, che intervengono nell'influenzamento dell'altro. La voce è interessante proprio perché può essere trattata come un oggetto plastico, trasformabile, ovvero pronto a ricevere *una forma voluta secondo un' intenzionalità*.

Cominciamo dal caso della *maschera* (per parlare di voce bisogna passare prima attraverso le immagini: i maestri di canto, per insegnare a qualcuno l'arte canora, iniziano sempre col dargli istruzioni figurative). Le maschere, soprattutto quelle apposte sul viso, funzionano come apparecchiature che deformano la voce per *renderla irriconoscibile in quanto voce umana e farla riconoscere in quanto voce non umana*. In altri casi la voce viene deformata, ma senza bisogno di oggetti tecnici come maschere o feticci, che proiettano per traslazione qualità proprie sul piano plastico dell'oggetto sonoro (peso, dimensioni, cromatismo). Abbiamo osservato questo secondo tipo di trasformazione tra le

---

<sup>34</sup> Il *rab* è uno spirito ancestrale che può prendere varie forme, animali o umane. Lo *ndöp* è un rituale pubblico per un *rab* che non è stato ancora nominato né localizzato, e che per tale ragione rende malata la persona con cui desidera stabilire un'alleanza. Esiste su questo rituale un filmato ormai storico, girato a Dakar nel 1967 e intitolato appunto *Le N'doep* (a cura di H. Collomb e A. Zempléni).

*taksoe* di Bali<sup>35</sup>, medium che praticano la divinazione e curano quando sono possedute da divinità o spiriti. Questi personaggi divini, che abitano nei luoghi più ritirati del loro villaggio, o in un tempio ai margini della foresta, spesso circondati e seguiti da gruppi di fedeli, pazienti e familiari, possono cambiare in modo drammatico la loro voce, il loro modo di parlare, l'espressione del viso, la motricità del corpo, e mantenere questo atteggiamento per molte ore di seguito.

Quando la *taksoe* è posseduta da una divinità bambina<sup>36</sup>, comincia a parlare con voce infantile, e può saltare, inforcare una bicicletta o salire su un cavalluccio di legno, dire le cose in modo impertinente o inatteso, facendo a volte ridere i presenti con le sue birichinate. Ma si tratta di una voce che appartiene a uno *stato infantile indefinito*, poiché non si può sapere né se la *taksoe* parla esattamente come un bambino balinese, anche se questo sembra molto difficile, dal momento che i bambini hanno organi vocali più sottili di quelli degli adulti, né se parla come un dio-fanciullo, dal momento che noi non percepiamo la voce della divinità se non quando si serve degli esseri umani come strumenti.

Il fenomeno delle deformazioni vocali ci interessa perché esso è in grado di determinare un circuito interattivo trasformatore: nel caso della maschera, alla sua voce deforme risponde quella altrettanto deformata della persona. Tra i *Sénoufo Nafara* della Costa d'Avorio, la voce di Ka'afolo, emessa da un iniziato appositamente addestrato, è talmente assillante e impressa nei novizi quando questi subiscono le prove iniziatiche, che le loro risposte alle domande rituali acquistano un carattere di semi-automatismo<sup>37</sup>. La voce di Ka'afolo è acuta, imperiosa, forte e dirompente: è allo stesso tempo femminile e autoritaria, e tutti gli iniziati devono rispondere e obbedire quando essa chiama. È la voce della matriarca o della madre che risuona, quando vi sono sepolture e funerali, in tutte le orecchie sénoufo<sup>38</sup>. È una voce che si è costretti a subire, ma che non si può produrre, a

---

<sup>35</sup> Per approfondimenti riguardanti la terapia e la trance a Bali: Belo, (1960), Inglese (2003), Jensen e Suryani (1992), Suryani e Jensen (1993).

<sup>36</sup> A Bali accade spesso che siano le divinità infantili a manifestarsi o che, all'inverso, dei bambini vengano scelti per consentire la presentificazione delle divinità sotto il loro aspetto terapeutico: ad es. la *sanghyang dedari*, danza esorcistica di purificazione dello spazio del villaggio, viene eseguita da due fanciulle in età prepubere, trasformate per l'occasione in ninfe-dee.

<sup>37</sup> Traduciamo qui alcuni passaggi da Zempléni, dattiloscritto.

<sup>38</sup> Se le lingue hanno il potere di presentificare i gruppi che le parlano, anche le voci possono funzionare come marcatori dell'identità collettiva. L'antropologo che, durante la sua iniziazione alla società segreta *poro*, assume la "vocina" (*yapo bilé*) nel bosco sacro – la voce rituale che ogni iniziato impara a emettere per pronunciare le parole segrete del *poro*, rispondendo così "a tono" alla matriarca – cessa di essere uno straniero e diventa un sénoufo.

meno che non si sia il portatore della maschera. L'altra voce, la voce che risponde e che non esce mai dal bosco sacro, è quella emessa dagli iniziati stessi. È la voce debole, nasale, timida e lamentosa del bambino sottomesso e dipendente dalla sua madre simbolica. La vocina lamentosa dell'eterno bambino e la voce imperiosa e dirimpente di Ka'afolo hanno in comune il carattere recluso e artificiale. Come tali, queste due voci sono opponibili in blocco alla voce ordinaria. Si potrebbe, in futuro, pensare di estendere questa ricerca a un maggior numero di culture: inventariare questi universi vocali "a parte", e vedere il tipo di relazione che essi stabiliscono con le voci ordinarie.

Per concludere, si può estrarre da questa serie di esempi clinici, etnografici e storici una prima coppia di principi operativi dell'influenzamento:

1) *se si vuole modificare un altro, ovvero per modificare l'altro, bisogna modificare innanzitutto se stesso!*

Il problema ulteriore è che nelle situazioni transculturali hanno luogo interazioni complesse, in quanto gli anelli ricorsivi di trasformazione sono rappresentati, come sappiamo, da tre campi: Terapeuta, Mediatore e Paziente. La seconda regola potrebbe allora essere così enunciata:

2) *per modificare l'altro si deve promuovere la modificazione del soggetto intermedio (mediatore): dal grado di modificazione dell'anello intermedio dipende anche la modificazione di quello finale (paziente) e viene prodotta la trasformazione dello stesso anello iniziale (terapeuta).*

### **1.13 Note conclusive: mediazione e mito**

Una caratteristica fondamentale della clinica è che si muove dall'ignoto – stato iniziale, momento zero dell'interazione – e presume di poter arrivare a uno stadio noto, anche se solo provvisorio. "Lei soffre di ansia, insieme scopriremo le ragioni profonde di questa condizione, le motivazioni esterne o d'ambiente o la modificazione dei suoi neuromediatori...". Ma prima di questa forma di ignoto, ne esiste una ancora precedente e superiore, rappresentata dalla pertinenza del fenomeno lamentato o accusato dal postulante rispetto alla disciplina di cui siamo titolari. Prendiamo ad esempio le stimmate che si presentano alle mani nel Venerdì santo: è vero che potremmo invocare la figura dell'isteria di conversione o l'iperreattività del sistema neuroendocrino, ma prima di tutto dovremmo considerare che le "stimmate del Venerdì santo" non sono immediatamente pertinenti alla psichiatria. Di conseguenza a questo livello iniziale non viene mai mobilitata subito una figura di mediazione, o meglio non viene richiesta una mediazione



relativamente all'aspetto oggettivo del fenomeno, ma solo in relazione alla capacità di esprimersi del soggetto di fronte al sistema clinico: egli sta parlando in un latino sacro o esoterico? Possiamo allora distinguere due tipi di mediazione per questo caso esemplare: 1) quello che abbiamo già delineato come mediatore filologico-linguistico, non necessariamente un religioso, che riesca a rendere comprensibile e a far dialogare con il *latino volgare* del soggetto postulante; 2) un mediatore religioso che ricordi la significatività del Venerdì santo rispetto al modello-matrice della formazione delle stimmate e che ne offra una convalida storica, magari spiegando che alcune epoche hanno costituito un campo di battaglia tra *veri* e *falsi* eletti.

Il campo della clinica, tuttavia, rimane più complesso della varietà dei sistemi rituali, che presuppongono l'esistenza di sistemi interpretativi e performativi essenzialmente chiusi in se stessi. L'osservatore esterno, se accompagnato da un mediatore all'interno del sistema rituale, si muove da ciò che gli è ignoto verso un significato noto *una volta per tutte*, che non possiede, grazie alle sue distillazioni progressive, significati residuali o eccedenti. In questo senso, la matrice di codificazione dell'azione rituale è sempre piuttosto rigida e ricorsiva. Il problema dell'interazione clinica, invece, è che il principio della transizione dall'ignoto al noto non risiede in nessuno degli attori attuali o potenziali che partecipano all'interazione stessa, ed è per questo che il significato eventuale assume le caratteristiche della scoperta o di una cristallizzazione locale di elementi estratti da uno o più codici rituali. Può accadere infatti che una posseduta venga riconosciuta e ribattezzata come *figlia adottiva*, mentre fino a un istante prima era reputata come *figlia naturale*: questo è uno degli eventi più frequenti con gli africani nel corso delle terapie (si tratta del problema generalizzato delle gerarchie identitarie individuali e familiari).

Mentre nell'accompagnamento di un soggetto esterno all'interno di un rito si procede verso un grado sempre maggiore di certezza semantica, nel caso della clinica nessun significato possibile può raggiungere uno stato di certezza satura. È come se la mediazione clinica somigliasse di più alla risoluzione provvisoria delle varianti numericamente e tipologicamente indefinite di un mito. Un rito può garantire un'apparecchiatura semplificata del mito, ovvero ne satura una sola dimensione semantica. Il mito invece possiede già al suo interno una molteplicità di letture, di paragrafi narrativi e di interpretazioni differentemente coerenti: Edipo e Laio, per riprendere un mito abusato dalle nostre discipline, non si riconoscono reciprocamente il carattere somatico della claudicazione, mentre riconoscono la loro differenza rispetto al rango sociale, peraltro contestato da Edipo, ispirato da una costituzione democratica che conferisce a due cittadini della *polis*

un uguale diritto di passaggio. Non si riconoscono, quindi, un rapporto di filiazione o di appartenenza. Il risultato finale è che ad un primo livello l'episodio dell'uccisione non costituisce in se stesso, per difetto di significatività, materia per il mito potendo essere assorbito convenientemente nella figura giudiziaria di un *omicidio* da strada (depredazione). Ad un secondo livello costituisce già materia per un discorso politico: un *regicidio*, che richiede la repressione o la sospensione dei diritti del popolo aggressore oppure, al contrario, la depenalizzazione di tale delitto. Ad un terzo livello costituisce materia mitologica perché configura un *parricidio* provocato dal caso e predeterminato dal fato a causa di colpe genitoriali in materia di filiazione, consumate su di un asse transgenerazionale che risale fino ad epoche remote quando la genealogia umana intersecava quella divina. In tal caso le colpe cavalcano l'arco temporale delle generazioni e diventano canto che gli aedi o i profeti di sventura possono mobilitare in un qualunque momento critico dell'esistenza individuale e sociale. Vediamo allora come il mito lavori in direzione della verticalità: più in alto si spinge la proiezione dell'atto – fino alla soppressione del seme paterno – più potente ed estesa sarà la conseguenza generale dell'atto stesso. Già solo queste tre possibili variazioni nel campo del mito indicano i problemi della pertinenza dei fenomeni rispetto al tipo di disciplina da cui verranno elaborati. Il mito scarterà dal suo interno almeno due varianti e assumerà la prima come movente o materia bruta della sua ispirazione anche se, per essere veramente universale, dovrà essere capace, una volta scelta la materia di narrazione, di far condensare su questo primo precipitato anche le altre variazioni possibili, istituendo in tal modo una pedagogia sociale allargata. Il mito funziona così come un *attrattore* di elementi eterogenei o addirittura di senso comune che finiscono col diventare significativi per altre tradizioni culturali. In un certo senso gli ulteriori significati rimangono latenti o potenziali all'interno di una tradizione e possono invece diventare egemonici in un'altra. Per tutte queste ragioni, allora, si comprende come un'interazione clinica potenziata e non solo facilitata da un mediatore possa diventare un efficace apparato mitopoietico (produttore di varianti o creatore di nuove configurazioni), e non semplicemente un'ermeneutica del mito, anche quando quest'ultimo assumesse la forma denaturata del sintomo occasionale presentato dal paziente – *entra nella stanza delle consultazioni un uomo claudicante e cieco...*

In fondo, il mito è anche, quando non soprattutto, una peculiare messa in forma di una nosologia (v. Nathan, 1988b; Inglese, 1996).

## 2. Il bricolage linguistico del laboratorio etnopsichiatrico

### 2.1 Il trascendimento della clinica

Un problema emergente dell'ascolto clinico, soprattutto in ambito psichiatrico, consiste nel fatto che una volta distinta la figura diagnostica sullo sfondo scarsamente illuminato della biografia e patobiografia del paziente, tutti gli oggetti disposti intorno e al margine della configurazione messa a fuoco vengono abbandonati, passano definitivamente nell'ombra<sup>39</sup>. Gli elementi non decifrabili dal singolo atto diagnostico sono scartati perché la loro irriducibilità comprometterebbe tutta la costruzione clinica. Ma le diagnosi dai contorni netti, che si limitano all'interpretazione di una sola parte del quadro sintomale – quella che ricorda più da vicino il nucleo di una psicopatologia nota – non possono rendere giustizia alla complessità della situazione transculturale. Invece un ascolto della persona non esclusivamente finalizzato alla diagnosi lascia all'interazione clinica un margine conoscitivo libero che il paziente può sfruttare per uscire dall'angolo teorico in cui rischia sempre di essere chiuso<sup>40</sup>. È interesse del terapeuta dare questo vantaggio al paziente così da poterlo seguire fin dentro il suo mondo culturale. Nel caso di pazienti migranti il vantaggio viene più facilmente ceduto se l'operatore è aiutato da un complice scomodo, un interprete che non permette al clinico di giungere prematuramente alle conclusioni diagnostiche, ma lo accompagna nella ricerca e gli mostra per dove passare.

Un altro atteggiamento conoscitivo che i terapeuti hanno necessità di adottare per non rinchiudere il paziente in una diagnosi psichiatrica univoca è quello di riformulare o rifondare continuamente il loro glossario teorico-tecnico, in modo tale da rendere le strategie di cura più aderenti alle variegate realtà esistenziali dei pazienti migranti. Ai fini di questa laboriosa riformulazione, il complementarismo disciplinare risulta meno fecondo di quello operabile tra teorie psicopatologiche occidentali e teorie provenienti da altri mondi culturali<sup>41</sup>. Prendiamo il caso cui già si è accennato della Scuola di Dakar-Fann. Il gruppo di Fann seppe trovare e mantenere un punto di vista mobile e creativo tra psichiatria e approccio etnosociologico, anche se le scoperte più interessanti in campo clinico non

---

<sup>39</sup> Vedi Inglese 2004b dove viene delineato un contrasto concettuale tra “pazienti di giorno”, illuminati a giorno da una teoria scientifica, es. schizofrenia, e “pazienti della notte” che conservano sempre per il clinico una parte residuale inesplorata e resistente a tentativi diagnostici unilaterali.

<sup>40</sup> Questa attività di ascolto può essere definita come una procedura ermeneutica per *distaccare il sintomo dalla persona* narrante, seguendo una nota formula di Nathan (cfr. Nathan e Stengers, 1995) che andrebbe ripresa e utilizzata sperimentalmente.

<sup>41</sup> Devereux, 1985.

vennero direttamente da questa coniugazione disciplinare, a volte sbilanciata dal lato psicanalitico, quanto da un lavoro metodico e approfondito per descrivere i sistemi di cura locali del disordine mentale. A mano a mano che entravano in confidenza con i guaritori wolof, lébou, serer, i ricercatori erano in grado di registrare con crescente accuratezza le tecniche con cui le entità psicopatologiche conosciute venivano nominate e trattate all'interno di questi gruppi, e comunicavano quindi ai clinici i rudimenti di tali sintomatologie, i lessici e la logica delle eziologie religiose, il senso e gli usi sociali della malattia e della cura<sup>42</sup>. I clinici, d'altra parte, adottavano con una certa fluidità queste conoscenze di terreno, e aprivano allo stesso tempo le porte dell'ospedale alle famiglie dei pazienti, cosicché l'istituto diventava una *palabre* di villaggio, dove i problemi individuali venivano posti in termini comunitari. Riteniamo che questo incessante movimento pendolare tra clinica e "campo" sia cruciale anche per gli operatori abituati a lavorare in aree meno distanti ma ugualmente marginali e multiethniche. Esplorando un'area metropolitana in Italia si può scoprire ad esempio che esistono degli insediamenti di "rumeni", piccoli villaggi costruiti con materiali provvisori, cartone, lamiera e compensato, che però sussistono nel tempo e accolgono a intermittenza nuovi arrivi. Le generazioni, in prevalenza maschili, si susseguono rapide, anonime, trasportate da mezzi di fortuna; i giovani giungono con notizie fresche dal paese, gli anziani insegnano ai meno esperti i trucchi della sopravvivenza, l'abilità ad accantonare valuta preziosa con cui sostenere i familiari lontani e, infine, la determinazione necessaria per ritornare a casa senza esibire le cicatrici indelebili della sofferenza sociale patita. Per necessità, questi accampamenti abbandonano molto presto la forma dell'aggregato umano casuale e si mettono a funzionare in modo organizzato: la visita di un estraneo, magari un operatore socio-sanitario, suscita l'immediata costituzione di un comitato di accoglienza. Questo incontro può dare via libera alla narrazione di storie personali e collettive aperte a ventaglio tra la disgrazia e la malattia. Già dai racconti, o meglio dallo stile uniforme in cui di solito sono presentati gli eventi negativi, è possibile intuire che i fenomeni patologici insorgenti in queste collettività "abiette" sono articolabili alla luce di una teoria tripartita, socio-psico-somatica, dell'*ethos* comunitario. È questo *ethos* che dev'essere innanzitutto conosciuto. Il

---

<sup>42</sup> Ci riferiamo in particolare al lavoro di Andras Zempléni, psicologo ed etnologo. I suoi principali studi etnopsichiatrici senegalesi sono la tesi di dottorato: *L'interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lébou du Sénégal*, e alcuni lunghi articoli pubblicati sulla rivista dell'ospedale di Dakar-Fann (1965, 1966). Per una ricostruzione dall'interno del laboratorio di Fann vedi Zempléni, 1984. Tracce di una prima riflessione italiana sulla portata delle innovazioni sperimentate a Dakar si rinvengono in Rosso, Inglese *et al.*, 1985a, 1985b.

lavoro etnopsichiatrico si completa sempre *al di là* della clinica, nel suo *trascendimento* (De Martino, 2005); se ci si avventura in siffatti villaggi invisibili con la predisposizione a incontrare i gruppi, per stabilire con essi un rapporto socialmente significativo, imparando al loro interno cosa vuol dire ammalarsi, curarsi, guarire. Non si tratta solo di un problema morale, riguarda in modo vivo il cuore stesso della teoria: quando Devereux intervistava i pazienti nativi dell'Arizona riusciva a vedere in trasparenza se la *visione del mondo* emergente dal dialogo clinico era da loro utilizzata e vissuta in modo culturalmente conforme oppure si costituiva come mera anomalia comportamentale<sup>43</sup>. Devereux ne era scientificamente e umanamente capace perché il suo sguardo clinico era acuito da una conoscenza impressionante, anche per un etnologo professionista, dell'universo culturale dei pazienti. Oggi invece i professionisti della cura, alle prese con un fenomeno migratorio variegato e complesso, hanno spesso una visione *compilativa ed esangue* del mondo da cui proviene il paziente: si rende perciò necessaria l'introduzione di un livello teorico ed esplorativo intermedio, collocato tra una *cultura troppo lontana* e un *individuo troppo vicino*, rintracciabile nei gruppi stranieri presenti sul territorio. Senza mantenere questa distanza ottimale dello sguardo e senza guadagnarsi allo stesso tempo la fiducia dei gruppi, come sono obbligati a fare gli etnologi sul campo, i clinici non hanno alcuna possibilità di capire come venga influenzato il singolo dalla sua cultura d'appartenenza e dal contatto interculturale.

Lo sguardo purificatore del clinico che cerca di cogliere il paziente isolato in una dimensione asettica deve lasciare una volta per tutte il posto a una strategia ambientale, che prenda in carico non un individuo o una famiglia, ma un'intera nicchia socioculturale. La metodologia etnopsichiatrica funziona al di là dell'ambito puramente clinico, e permette di lavorare in seno a una comunità, interpellandone direttamente gli istituti culturali, facendoli parlare al posto degli esseri umani: i sistemi-pensiero, se interrogati in maniera culturalmente conforme, offrono risposte più sincere di quelle fornite individualmente dai membri della comunità<sup>44</sup>. Tale metodologia, inoltre, una volta affrancata dalla dimensione ambulatoriale della consultazione clinica, ha maggiori possibilità di procacciarsi alleati, convocare testimoni, cooptare nuovi rappresentanti del mondo culturale dei pazienti, ascoltare voci altrimenti non percepite. Questa funzione è costruttivamente provocatoria,

---

<sup>43</sup> Devereux, 2007.

<sup>44</sup> Nasce dal concetto di adattabilità del dispositivo alla multiforme realtà metropolitana il progetto di un'*etnopsichiatria comunitaria*: un quadro di aiuto a collaborazione interpartenariale che si installa *vicino* alle famiglie in difficoltà, direttamente nei quartieri dove queste vivono (v. Ondongh-Essalt e Flot, 1998).

nel senso che fa emergere all'orizzonte della narrazione nuove soggettività parlanti, esseri prima muti che poi conquistano una voce.

I problemi esistenti a carico di specifiche coorti di popolazione, nel momento in cui diventano epidemiologicamente significativi, si raccolgono in un triste catalogo dove trovano posto, come negli ingialliti registri di ammissione degli ospedali psichiatrici, la tratta prostitutiva, le malattie sessualmente trasmissibili, il nomadismo urbanizzato, l'abuso multiplo di sostanze, le psicosi in gruppi marginali, la violenza metropolitana. Ognuno di questi problemi si presenta in gruppi umani dotati di un proprio corredo culturale che viene infine dissipato da processi di deculturazione in grado di produrre una rapida, e spesso irreversibile, sdifferenziazione identitaria di tali gruppi. Questi vengono annessi, infine, a un nuovo ordine problematico che assume la forma di una cifra statistica immemore. I programmi di intervento su tali distorsioni dell'adattamento sociale non tengono in debito conto l'identità culturale delle popolazioni attinte per cui si preferisce lavorare sulle *neoidentità stigmatizzate* ("prostitute", "senza fissa dimora", "drogati", "delinquenti") piuttosto che sulle *identità originarie* (antropologiche e culturali), comunque preesistenti all'espianto migratorio e ancora soggiacenti alle condotte sintomatiche<sup>45</sup>.

Nella costruzione di questo laboratorio di ricerca-azione è opportuno inoltre proiettarsi sul terreno internazionale, per cogliere i fenomeni in tutta la loro estensione geografica e culturale. Ogni fenomeno socioculturale – osservato nella sua fase matura, per così dire d'arrivo – deve essere pensato secondo una proiezione longitudinale allo scopo di seguirne a ritroso la traiettoria fino ad atterrare sulla sua matrice generativa. Ad esempio, il caso delle "nigeriane" – precipitate nella miseria mercificata della vita di strada delle società occidentali – non può essere compreso senza l'osservazione diretta, esercitata nei villaggi rurali e nell'inferno delle metropoli africane, dei meccanismi di funzionamento delle leve culturali che trasformano in modo radicale l'identità di queste donne. Siamo convinti

---

<sup>45</sup> Sul piano teorico, addirittura, vi sono molti studiosi che argomentano contro la sussistenza di una qualsivoglia forma di identità culturale, storicamente determinata ma anche mitograficamente ispirata, credendo di riuscire a far lievitare la soggettività intenzionale degli individui liberandola dalla "zavorra" di un'identità etnica *sostanzialista* (cfr. Poutignat e Streiff-Fenart, 2000; per l'uso delle leve culturali nel lavoro clinico e il confronto con i critici allergici al radicale *ethnos*, vedi Inglese, 1997/1998). Si tratta, in fondo, di studiosi che pensano di possedere, essi soli, la verità ultima sulla genesi degli altri gruppi umani incaricandosi di spiegare loro, quasi contro voglia, il mito, la storia, la geografia, la biologia, la religione, la psicologia che li ha generati. Clifford Geertz (1996), in punta d'ironia, paragona questi autori a esorcisti moderni ancora attardati a scacciare gli anemici fantasmi del relativismo culturale dal castello sbrecciato delle scienze umane.

che questo metodo di risalita nel corso dei fenomeni in atto fino ai terreni originari offra al clinico e allo studioso di tali problemi una capacità di osservazione appassionata delle vicissitudini umane, conquistata attraverso la fatica del viaggio, di cui l'operatore abituato a esercitare e pensare in un solo luogo non può essere dotato.

## 2.2 L'enunciazione multiculturale

Il solo fatto di parlare la lingua matrice produce già di per sé effetti terapeutici, lo si nota spesso quando si consente finalmente ad un paziente straniero di passare alla propria lingua. Scrive la linguista de Pury che “nella misura in cui è impossibile evitare una lingua per evocare un mondo, interrogando una lingua si interroga allo stesso tempo il modo in cui si fa sopravvivere un mondo” (1998:145). Questo sembra valere anche per coloro che sono capaci di parlare con padronanza la lingua adottiva. Infatti, se il paziente si mostra in grado di passare dalla sua lingua a quella del terapeuta – lo testimonia per esempio con la qualità del suo racconto, nel modo in cui riesce a restituire verbalmente fatti e sensazioni di universi lontani, – come si può essere sicuri che riesca a compiere alla stessa maniera il movimento di ritorno, riportando cioè al proprio mondo di partenza, e talvolta alla sua comunità d'origine, le parole del terapeuta? Quando si depotenzia il dispositivo di mediazione riducendo il numero delle lingue parlate, si riduce di conseguenza il raggio d'azione della clinica e diminuisce la probabilità di ottenere effetti profondi sui contesti di riferimento dei pazienti. Occorre rafforzare il radicale “ethnos” *fuori* e *dentro* se si vuole costruire un dispositivo di intervento etnopsichiatrico, anche quando tale enfasi sembra andare a scapito della parte “psichiatrica”. Mentre *l'interno* è costruito dal gruppo d'intervento stesso, assemblato in una costituente multietnica, multiculturale e multilinguistica, *l'esterno* è rappresentato dall'insieme dei pazienti migranti e dei loro gruppi di riferimento. Scommettere sulle lingue che presentificano i gruppi, e sull'esistenza di mondi al di là del lavoro clinico svolto nel qui ed ora è il solo modo per far sì che le parole suscitate nello spazio interno possano propagarsi e amplificarsi in quello esterno secondo un'intenzione concertata. Adottando questa logica di interscambio ragionato, di permeabilità intelligente tra sistemi che si parlano per mezzo di messaggeri e rappresentanti, si possono cominciare a costruire strategie di lungo respiro per la presa in carico del paziente straniero, in una società dove il contatto interculturale è intenso, persistente e dunque costituisce uno dei fattori più incisivi di cambiamento nella vita delle persone.

L'aspetto principale della mediazione non si risolve nella funzione di decodificazione linguistica applicata allo scambio comunicativo tra terapeuta e paziente, attività ritenuta necessaria per consentire un trasferimento efficiente di informazioni. La mediazione linguistica in realtà opera un passaggio, attiva una traslazione – nel senso molteplice di *trasferimento, traduzione, proiezione di significanti, interpretazione di significati, investimento sulle aspettative della reciproca comprensione*, – ma facendo tutto ciò si *interpone* anche tra i locutori. Accanto all'idea di sistema linguistico va introdotto quindi il concetto di enunciazione, per cogliere *quel discorso in atto* particolare che è l'interazione terapeutica<sup>46</sup>. Lo scopo di tale interazione – caratterizzato da un *diritto di parola* riconosciuto non solo ai pazienti in prima persona, ma anche, e soprattutto, ai loro rappresentanti – consiste nel moltiplicare i passaggi, aggiungere nuovi anelli alla teoria dei delegati, definire per ogni enunciato non soltanto “il cosa vuol dire”, ma anche il “chi parla a nome di chi”, rendendo quindi intenzionalmente stratificata l'enunciazione.

Nella consultazione di etnopsichiatria gli interlocutori sono obbligati a passare sempre attraverso il mediatore culturale anche se il paziente dimostra una conoscenza avanzata nella lingua del terapeuta, coincidente, quasi invariabilmente, con quella ufficiale dell'istituzione di servizio. La traduzione perciò non serve, primariamente, a risolvere le difficoltà che nel corso della comunicazione monolingue si immaginano inesistenti. Jakobson (1959) distingue la traduzione *endolingvistica* o riformulazione, che consiste nell'interpretazione dei segni linguistici per mezzo di altri segni della stessa lingua, dalla traduzione *interlinguistica* o traduzione propriamente detta, che invece consiste nell'interpretazione dei segni linguistici per mezzo di un'altra lingua. In genere, siamo indotti a ridurre l'intrinseca complessità del segno linguistico riconducendola all'articolazione di una parola o all'espressione di una frase, quando invece la relazione intersoggettiva si svolge attraverso concatenazioni di frasi, che chiamiamo *discorsi*, il cui significato finale non è ottenibile per semplice addizione sequenziale o arbitraria ricombinazione dei significati delle singole frasi. Per cogliere il senso di un discorso non è possibile utilizzare le unità di un sistema o di un codice prestabilito: occorre invece percepire, per un numero non finito di volte, l'atto di enunciazione che orienta quel senso come processo nello spazio-tempo e che imprime su di esso le sue marche<sup>47</sup>. È di nuovo

---

<sup>46</sup> Cfr. Latour, 1998, dove si definisce nella forma più elementare possibile, adattabile anche ad ambiti non linguistici, il concetto di *enunciazione* come “invio”, “delega”, “passaggio” ovvero “insieme degli atti di mediazione la cui presenza è necessaria al senso”.

<sup>47</sup> Cfr. Fontanille, 1998, pp. 81-82.



Latour che trova un'immagine molto efficace in proposito: le marche dell'enunciazione sarebbero come il magnetismo della lava rigettata dal cratere di un vulcano; quando questa si raffredda conserva le tracce e l'*orientazione* della forza magnetica che le ha polarizzate. La traduzione endolinguistica, nel permettere il passaggio di senso da un discorso a un altro, deve fare i conti con queste differenti prese enunciazionali. La traduzione interlinguistica, d'altra parte, serve a impedire che il passaggio fluente della comunicazione monolingue copra le discontinuità e le disomogeneità tra i discorsi. Far parlare il paziente nella sua lingua matrice vuol dire, per i terapeuti, avventurarsi nella possibilità di riconoscere, secondo approssimazioni progressive, da quale universo proviene *quell'enunciato* particolare, quanta strada ha dovuto fare attraverso gli strati della cultura che l'ha prodotto e seguendo quale traiettoria (le sue coordinate all'interno della *semiosfera*)<sup>48</sup>. In una comunicazione monolingue, effettuata in lingua veicolare, quello stesso enunciato perderebbe profondità e diventerebbe irreperibile, irricognoscibile<sup>49</sup>.

Conseguenza diretta di quanto sostenuto finora è che una clinica sensibile alla dimensione culturale tenderà a valorizzare una problematica della *parole*, degli atti di linguistici di un'istanza d'enunciazione singolare che ripresenta un sistema ricostruibile (*langue*) mettendolo già e sempre in variazione, in deformazione sui vari assi che costituiscono i supporti significativi della lingua inserita in pratiche i cui percorsi di senso sono socialmente rilevanti<sup>50</sup>. Gli effetti attivati da un simile sistema di interazione non sono ancora sufficientemente conosciuti e richiedono una lunga stagione di sperimentazione

---

<sup>48</sup> Insieme organico delle formazioni di senso, dei linguaggi, delimitato verso l'esterno e irregolare al suo interno. È l'irregolarità del *continuum* che ci interessa qui: "Immaginiamo la sala di un museo nella quale siano esposti oggetti appartenenti a secoli diversi, iscrizioni in lingue note e ignote, istruzioni per la decifrazione, un testo esplicativo redatto dagli organizzatori, gli schemi di itinerari per la visita della mostra, le regole di comportamento per i visitatori. Se vi collochiamo anche i visitatori con i loro mondi semiotici, avremo qualcosa che ricorda il quadro della semiosfera" (Lotman, 1985:64).

<sup>49</sup> Si intende qui a) la profondità "diacronica" della semiosfera: la memoria che il frammento possiede dell'insieme, e che rende possibile la ricostruzione dell'intera struttura semiotica; b) la profondità di un *campo di presenza* generato da un'enunciazione-percezione. Sui problemi e sulle virtù della mediazione transculturale nei contesti clinici ispirati all'etnopsichiatria, vedi de Pury *et al.*, 1994; de Pury, 1998; Inglese, 2000a, 2000b e 2009; Harrag, 2007. Sulle sofferenze e le opportunità del multilinguismo in una prospettiva psicoanalitica più convenzionale ma ricca di sollecitazioni, vedi Amati Mehler *et al.*, 1990.

<sup>50</sup> Ricordiamo che la svalutazione saussuriana della *parole* è stata in parte smentita dalla riedizione degli scritti in cui Saussure (2002) non fa che occuparsi della *messa in variazione* della lingua, al contrario della vulgata tradizionale, base dell'anatema benvenistiano.

prudente per attingere, un giorno, a una coerente teoria generale dell'etnopsichiatria clinica.

Il dispositivo terapeutico multiculturale messo a punto al Centro Devereux da Tobie Nathan è stato una macchina rivoluzionaria, che ha spinto la pratica etnopsichiatrica in territori dove la clinica stentava a reperire vie transitabili e metodologie operative. Ma questa mirabile macchina, proprio per le sue caratteristiche innovative e per la sua complessità, se da una parte ha saputo raggiungere risultati eccezionali sul piano tecnico clinico, e a mano a mano ha prodotto una riflessione sulle pratiche e sugli oggetti che il campo esperienziale faceva sorgere, dall'altra – se si eccettua forse l'opera di Nathan – non è riuscita a costruire una nuova teoria generale delle interconnessioni tra psicopatologia e cultura (dopo Devereux nessuno si è più cimentato in un'impresa del genere), e neppure a far comprendere a chi non abbia mai partecipato in prima persona alle sedute del Centro cosa succeda veramente quando il dispositivo, con il suo poderoso arsenale linguistico, si mette in movimento. Purtroppo quest'ultimo aspetto non si può approfondire, almeno fino a quando i materiali videoregistrati delle consultazioni fatte al Centro Devereux rimarranno inaccessibili. Occorrerebbe poi un'agguerrita équipe multidisciplinare per vagliare, analizzare, ricostruire le metodologie cliniche e le innovazioni introdotte seguendo seduta per seduta lo sviluppo dei processi clinici. Le sedute sono migliaia, andrebbero selezionate in qualche maniera quelle che hanno fatto la storia (spesso non scritta) dell'etnopsichiatria clinica. Si riuscirebbero con ogni probabilità a individuare i periodi, le diverse fasi di un metodo che non è mai rimasto lo stesso, che in modo creativo si è rigenerato inventando nuove piste di lavoro. Senza contare il fatto che attingendo a un deposito del genere si potrebbero fare degli studi per aree linguistiche, ad esempio provare a capire *come l'utilizzo di una lingua possa far variare la tecnica clinica utilizzata*, o comunque orientare in un certo modo il lavoro terapeutico.

### **2.3 Scelte linguistiche**

Le difficoltà aumentano notevolmente nelle situazioni cliniche transculturali, poiché la scelta dei mezzi espressivi non tiene quasi mai conto dell'esistenza di lingue speciali, a volte segrete, di stili linguistici o di generi, sia scritti che orali, codificati nella cultura dell'interlocutore. Spesso ci si limita a riconoscere una cultura o una lingua come un blocco unitario, senza distinguere ulteriori possibilità e articolazioni. Quando il terapeuta incontra il paziente straniero, lo spazio clinico dovrebbe diventare un luogo di viva contesa

e moltiplicazione delle lingue<sup>51</sup>. Troppe volte però questa potenzialità non può essere sfruttata a causa dell'egemonia che la lingua del sistema terapeutico, anche senza averne l'aspirazione, esercita sulle altre varietà linguistiche. Supponiamo che il clinico si offra di parlare una lingua veicolare di una certa area, ad esempio il francese, utilizzato in gran parte dell'Africa Occidentale, perché in questo modo pensa di riuscire a comunicare più facilmente con il paziente senegalese che ha di fronte. Ci sono buone probabilità che l'offerta venga respinta, perché il paziente, pur conoscendo l'italiano peggio del francese, è convinto che in italiano potrà accedere senza altre condizioni all'aiuto di cui necessita. L'intervento dell'interprete è allora necessario dal momento che la sua sola presenza all'interno del sistema terapeutico autorizza il paziente a parlare la propria lingua, senza per questo fargli temere un'esclusione dalle cure in quanto soggetto che, rimanendo ostinatamente attaccato alla propria tradizione, si mostra poco condiscendente all'acculturazione *per via* medica.

Quando il traduttore seleziona la lingua in cui avverrà lo scambio, non è certo che la sua scelta cada sulla lingua matrice, soprattutto se questa è considerata nel contesto geoculturale e politico di riferimento come un *dialetto*. Potrà accadere invece che la lingua selezionata sia quella *standard*, o lingua *tetto*, che gode di maggiore prestigio rispetto ai dialetti subordinati e funziona per essi da norma. Per la sociolinguistica (Hudson, 1980:46) una lingua standard è una lingua intenzionalmente fabbricata dalla società per mezzo di un processo, la *standardizzazione* appunto, così segmentabile:

- 1) *selezione* di una varietà già esistente, legata a un gruppo umano particolare, oppure di *item* provenienti da varietà differenti che vanno a costituire un nuovo amalgama;
- 2) *codificazione* della varietà scelta o composta in forma di dizionari e grammatiche;
- 3) *elaborazione della funzione*: il codice è impiegato sistematicamente per tutte le funzioni legate al governo politico e culturale della società;
- 4) *accettazione*: la varietà viene adottata e riconosciuta dall'intera popolazione come lingua ufficiale, che rende possibile a gruppi parlanti idiomi diversi di entrare a far parte di una comunità linguistica più ampia.

Dal momento in cui un codice viene trattato in questo modo e messo al di sopra di un arcipelago di varietà preesistenti, queste ultime diventano dialetti, in subordine alla nuova lingua emergente. Un esempio interessante di standardizzazione può essere quello della

---

<sup>51</sup> Insisto su questa visione combattiva e agonale, polemologica appunto, della traduzione clinica, per scongiurare gli effetti narcotizzanti delle teorie che invece la pensano come una facilitazione comunicativa *a priori*, una semplificazione automatica delle relazioni tra culture.

lingua cinese imperiale: “L’unificazione della Cina ebbe inizio verso il III secolo a.C. con la dinastia Qin e fu completata dalla dinastia Han, che regnò per i quattro secoli successivi. Ambedue le dinastie regnavano al nord con capitale Xian, e furono responsabili della diffusione della loro lingua, originaria della Cina del nord, a quasi tutto l’impero cinese. Nei duemila anni che seguirono si ebbe una differenziazione in numerose altre lingue ...” (Cavalli-Sforza, 1996: 220).

Prendiamo ora un esempio di traduzione clinica, che riguarda sempre il tema delle varietà parlate in Cina, e il rapporto di dipendenza tra lingua standard e dialetti.

*Caso clinico.* Durante una consultazione con una famiglia cinese il traduttore sceglie di non rivelare da quale parte del paese egli provenga. I codici cinesi di presentazione in situazioni del tipo “visita in ambulatorio” consentono una modalità molto spiccia di saluto e riconoscimento reciproco, che esclude l’indicazione della provenienza regionale. Si verifica così una situazione in cui, sebbene l’interprete e la famiglia provengano dalla stessa città del sud, e parlino di conseguenza il medesimo dialetto, l’intera comunicazione si svolge in cinese mandarino, lingua imperiale del nord, molto diversa dagli idiomi del sud. Il mandarino, o cinese standard, è uno strumento di comando, scritto e utilizzato nei documenti ufficiali, mentre i dialetti sono orali e parlati nei contesti quotidiani di vita familiare e lavoro. Scegliendo di comunicare per tutta la durata della consultazione in lingua standard, e respingendo il dialetto in un “dietro le quinte” di scambi intrafamiliari sussurrati, l’interprete imprime all’interazione verbale le marche del discorso autorizzato, fatto secondo protocollo. Se i terapeuti non immaginano l’esistenza di questo spazio comunicativo, artificialmente suddiviso in *frontstage* e *backstage*, ovvero non sospettano che il “cinese” che stanno ascoltando non sia in realtà la lingua materna della famiglia presa in carico, non avranno alcuna possibilità di utilizzare questo vantaggio tattico a fini clinici.

Una delle principali caratteristiche della lingua come oggetto vivente è quella di porsi allo snodo fra privato e pubblico, personale e impersonale, intimo ed estraneo. Il suo utilizzo e la sua interrogazione nel corso dell’incontro clinico permettono di passare in modo più o meno fluido attraverso queste soglie o livelli che separano per il soggetto lo spazio interno da quello esterno. Consentono il passaggio dagli elementi culturali astratti alla cultura vissuta (Nathan, 1994), dagli esseri già nominati che abitano i sistemi culturali a quelli ancora senza nome che si insinuano nella vita interna delle persone. È proprio della cultura il fatto che essa utilizzi e metta “... in azione la capacità umana di includere

all'interno dei confini del sé un oggetto di per sé esterno" (Devereux, 1984:89). Sarà questo il tema del prossimo paragrafo.

## **2.4 Lingua che parli, cose che vedi**

Un dispositivo di traduzione culturale e linguistica in ambito clinico non è solo un oggetto tecnico che facilita la pratica clinica con i migranti. Tradurre in salute mentale diventa un'attività ad alto investimento epistemologico: i fondamenti delle discipline psicologiche e psichiatriche vengono radicalmente interessati dai movimenti interpretativi di superficie che spingono il sistema di cura ad allearsi con altre discipline come l'antropologia, la linguistica, la semiotica delle culture. Durante la consultazione con pazienti migranti, l'interpretariato linguistico – ovvero interpretare un discorso in una lingua e produrne un secondo più o meno equivalente in un'altra – fa accadere una quantità di fenomeni che non possono mai essere saturati da una sola prospettiva disciplinare. Questi fenomeni costituiscono l'oggetto lambito dalla pluralità delle teorie inevitabilmente messe in gioco *da un sistema clinico che vive in traduzione*.

Il fare interpretativo è sempre alimentato da una doppia metodologia:

- a) investigazione dei sistemi linguistici e culturali;
- b) auto-osservazione del dispositivo mentre effettua le operazioni di traduzione nel corso dell'interazione clinica.

Per rafforzare tali componenti esplorative e auto-esplorative del lavoro occorre applicarsi allo studio degli *ethnosistemi semiotici* di cui le lingue naturali costituiscono il modello primario. Esporrò ora alcune sequenze interattive per osservare il funzionamento della traduzione durante le sedute. Esso costituisce il *focus* problematico del ragionamento fin qui sviluppato. L'illustrazione *in vivo* di segmenti dialoganti sostanzia l'ancoraggio empirico della metodologia di ricerca e conferma la necessità di moltiplicare le occasioni di interazione per poter estrarre dai fenomeni di campo le linee guida e le procedure capaci di rinnovare le modalità di scambio clinico concretamente operate nei vari momenti assistenziali problematici.

Al di là delle distinzioni che potrebbero essere tracciate tra le competenze specifiche dell'interprete, del traduttore e del mediatore, vorrei concentrare l'attenzione su quella che è la competenza principale *condivisa* da questi tre attori clinici. Essa è posta a fondamento del lavoro trasformatore esercitato nel corso della seduta transculturale, consistente nell'implementazione della *capacità di negoziazione* permanente tra culture. Questa

capacità può essere a volte inibita, ma anche dalla sua temporanea inibizione il dispositivo è in grado di ricavare informazioni utili per disegnare nuove strategie cliniche.

*Caso clinico.* F. è una giovane donna proveniente da una grande città del Maghreb. Si è sposata con un connazionale di etnia berbera, emigrato in Italia e conosciuto durante uno dei rientri estivi dell'uomo al paese. Dopo il matrimonio si è trasferita presso la famiglia del marito, dove in breve tempo ha acquisito un'ottima padronanza del berbero della zona. La vita familiare si è tuttavia rivelata difficile (la donna dice di aver imparato il berbero soprattutto per capire cosa la suocera dicesse di lei) ed ha quindi deciso di raggiungere il marito in Italia. Ma nel nuovo paese, la persona gentile che aveva conosciuto nei periodi di vacanza era scomparsa lasciando il posto a un uomo tossicodipendente e violento, con una situazione socioeconomica e abitativa marginale e promiscua. La donna, che dopo il matrimonio ha avuto due figli, è attualmente incinta e seguita da tempo dal DSM per un disturbo depressivo oscillante – nella valutazione dello psichiatra di riferimento – fra una forma endogena ed una reattiva. Il problema clinico, al momento dell'attivazione del dispositivo di mediazione, è rappresentato dalla necessità di una negoziazione fra clinico e paziente rispetto all'assunzione dei farmaci nel corso della gravidanza. Dopo un lungo percorso da "depressa" nei servizi aziendali di psichiatria, incontra per la prima volta, da quando è in Italia, un sistema di presa in carico finalmente *sensibile* alla sua *soggettività culturale* (sistema specifico e variabile) oltre che alla sua *dimensionalità psicopatologica* (sistema ipotizzato come universale e invariante). La donna, che pure possiede una buona conoscenza dell'italiano, si rivolge senza esitare all'interprete convocato nel setting clinico e da quel momento non abbandona più la propria *lingua matrice (darija)* che le permette finalmente di esprimersi con proprietà di lessico, di commuoversi e di arrabbiarsi utilizzando lo scambio verbale con il sistema clinico potenziato dalla funzione traduttiva dell'interprete.

Il cambiamento di codice linguistico, indotto in modo apparentemente spontaneo dalla presenza dell'interprete – attore "terzo" e intermediario, identificato e utilizzato sia dalla paziente che dal dispositivo interattivo in base alla comunanza del codice espressivo fondato sulla lingua – favorisce un delicato passaggio terapeutico perché autorizza ciò che nella *lingua ospite* non è necessariamente permesso, soprattutto a livello di espressione degli affetti e della (de)nominazione di eventi che risultano falsamente traducibili. Questo effetto positivo sembra così valere anche per coloro che sono capaci di parlare con padronanza la lingua adottiva. Lo slittamento linguistico permette, inoltre, una diversa assertività soggettiva seppure espressa per mezzo di una proposizione interrogativa. La

paziente domanda al gruppo operatorio perché, in precedenza, non le sia mai stato proposto il traduttore. Grazie a questa nuova presenza, infatti, trova la forza di *contestare* la diagnosi di “depressione maggiore” ricevuta negli altri servizi, e utilizza invece, per definire la sua situazione, un’espressione popolare ispirata da un versetto coranico (*makanfarraqš mabin lxxet lbyed u lxxet lkhel* “non distinguo tra il filo bianco e il filo nero”)<sup>52</sup>. Questa rapida formulazione incomincia a tessere la trama storica dell’esistenza soggettiva della paziente, la cui caratteristica specifica è contraddistinta dal suo doversi adattare alla lingua degli altri, come quando si è adattata a quella del marito, vivendo per cinque anni con la famiglia di lui in terra berbera. Adesso, per la prima volta, trova invece un servizio psichiatrico che cerca di adattarsi alle sue categorie di pensiero più intime e problematiche.

L’effetto di attivazione della persona – sprigionato dall’aggiustamento operatorio del registro linguistico che viene permesso dalla presenza dell’interprete – può essere addirittura dirompente perché la posizione passiva e dipendente, che la dimensione clinica convenzionale rischia sempre di indurre, può essere rovesciata incominciando a far leva sulla nuova competenza linguistica della paziente, anche senza uno specifico invito procedurale, né un ordine prescrittivo. La mutazione da una condizione linguisticamente subalterna (ci si adegua alla lingua dell’altro) a una posizione dinamica espressivamente autonoma e attiva (è l’altro che si adatta alla mia lingua) introduce la possibilità di una nuova autodescrizione partecipativa al programma di cura (la paziente viene riconosciuta e si autoriconosce come un motore di azione terapeutica efficiente almeno quanto quello costituito dalla terapia farmacologica assunta).

Si può osservare, inoltre, come il dispositivo di traduzione *riveli*, e allo stesso tempo *costruisca*, uno sviluppo poliedrico delle narrazioni in corso, dove lingue parlate, punti di vista e personaggi possono trasmutare con vertiginosa rapidità.

*Caso clinico.* M. è un bambino maghrebino di otto anni arrivato alla Neuropsichiatria infantile per un invio da parte di un neurologo ospedaliero che ha emesso la diagnosi di un’epilessia a evoluzione benigna. M. vive con i due genitori e una sorella (la madre ha poi partorito una bambina fra la prima e la seconda consultazione). Trascorsi i primi anni di vita in Italia, è stato rimandato al paese, presso parenti, per avviare là il suo iter scolastico,

---

<sup>52</sup> Nel Corano, II, 187, vengono fornite al credente le istruzioni sul digiuno di Ramadan: “...dunque dite loro di accettare le cose scritte per loro da Dio, e di mangiare e bere finché non appaia loro [distinto] il filo bianco dal filo nero, [a partire] dall’alba, poi di rispettare il digiuno fino a notte”. In dialetto marocchino l’espressione “non distinguere il filo bianco da quello nero” è utilizzata per indicare una condizione di grave prostrazione.

avendo la famiglia intenzione di ritornare in patria (benché con tempi ancora indefiniti). A scuola, M. si è mostrato molto intelligente, vispo, capace di relazionarsi ai compagni. Gli accessi epilettici – avvenuti la prima volta in un pomeriggio di fronte alla televisione – hanno tuttavia fatto mutare i programmi alla famiglia, che ha deciso di riportare il figlio in Italia. I progetti di rientro in patria sembrano essere stati abbandonati a causa di questo evento, al fine di permettere a M. un'assistenza sanitaria migliore e a costi minori. Nella scuola italiana, il bambino ha mostrato tuttavia molte difficoltà, sia nell'uso della lingua italiana – e di conseguenza anche nel rendimento scolastico – sia nella socializzazione con i coetanei, vivendo una situazione di quasi isolamento ed emarginazione all'interno della classe. Il bambino appare, infine, perennemente triste. Le crisi epilettiche, che comportano movimenti e contratture dell'area bucco-facciale, si manifestano quasi esclusivamente durante la notte e rappresentano in genere la conclusione di sogni angoscianti, in cui appaiono esseri mostruosi e animali divoranti. Il padre riferisce l'estrema irrequietezza del figlio, che non riuscendo a stare fermo ha difficoltà nello studio. È a questo punto che M. incomincia a raccontare al traduttore una cosa vista in classe, dalla quale è stato fortemente spaventato: il maestro, durante la lezione, ha cambiato improvvisamente faccia. Il traduttore, continuando a sollecitare con garbo il piccolo paziente, lo invita a proseguire il suo racconto, gli sorride per incoraggiarlo, ma mentre ascolta la risposta aggrotta la fronte e assume un'aria perplessa. S'intuisce che la comunicazione non è limpida, termini arabi e italiani si addensano come per colmare una lacuna. Ci troviamo senza dubbio in un passaggio comunicativo alquanto perturbato. Invitiamo l'interprete a seguire le parole del bambino ancora più lontano: “una faccia che gira...”, una struttura che gira..., ma allo stesso tempo sono le frasi in arabo che sembrano girare. L'interprete ci dice che non è facile comprendere il discorso di M., perché la grammatica araba è sottoposta a una mutazione particolare: le parole non sembrano stare al posto giusto. All'improvviso il bambino, sempre riferendosi all'episodio pauroso, pronuncia il termine arabo *jinn*, uno dei lemmi più complessi e polivalenti dell'etnopsichiatria maghrebina (Aouattah, 1993; Nathan, 2001)<sup>53</sup>. Il *jinn* è un essere appartenente al mondo *invisibile*<sup>54</sup>, ed è ritenuto all'origine di gravi disturbi, in particolare di

---

<sup>53</sup> Rispetto all'etimologia del nome forniamo qui due interpretazioni sovrapponibili: “*Jinn* probabilmente significa «coperto» o «oscurità» (Westermarck, 1926:390); “la parola djinn deriva dalla radice araba «JNN». Questa radice esprime l'idea di ciò che è nascosto, sottratto agli sguardi e avvolto nelle tenebre” (Chlyeh, 1998:33).

<sup>54</sup> Per la tradizione islamica i *jinn* hanno proprietà che li rendono esseri intermedi tra gli angeli e gli uomini; costituiscono una stirpe parallela (e in diversi modi intrecciata) a quella degli uomini: anch'essi sottoposti al



tipo psichiatrico e neuropsichiatrico. Non viene nominato quasi mai in modo diretto, essendo invece preferiti termini allusivi, per non subire eventuali ritorsioni dall'agente evocato. Tra le sue caratteristiche principali figurano l'attaccamento a *luoghi indeterminati* e inospitali (foreste, anfratti rocciosi, termitai, fognature, mucchi di rifiuti), il possesso di *una propria lingua*, e la capacità repentina di *metamorfosi*. Alcuni studiosi riferiscono che tra il *jinn* e la sua vittima si stabilisce una relazione "a specchio", tale per cui la visione del *jinn* fa assumere alla vittima posture innaturali e comportamenti bizzarri. I sintomi dell'aggressione appartengono soprattutto al registro visivo: i pazienti riferiscono molto spesso di aver avuto incontri con esseri spaventosi, capaci di *deformare a piacere* il proprio corpo (v. Zempléni, 1968).

Nel racconto del bambino, le mimiche facciali paurose del maestro di scuola si confondono con altre visioni perturbanti, come quelle di certi buffi eroi cinematografici o di animali che divorano altri animali, nei documentari sull'Africa<sup>55</sup>. Queste immagini di divoramento, di ricevere un colpo da un pugno invisibile, o di trovarsi a contatto con dell'acqua sudicia, arrivano sotto forma di sogni fulminei che precedono la crisi epilettiforme e da cui il bambino si risveglia con il viso deformato dalle convulsioni e la mandibola bloccata.

I passaggi oscuri e difficili da tradurre come quello appena illustrato si rivelano essere in genere *luoghi testuali* estremamente ricchi di informazioni. I momenti critici della traduzione non vanno perciò lasciati in ombra, bensì interrogati fino a far emergere la natura dei problemi che l'interprete sta affrontando. Ciò che lascia interdetto quest'ultimo, quando lo invitiamo a commentare la sua perplessità nel tradurre le immagini fosche sopra evocate, non è *cosa* il bambino sta dicendo, ma *come* lo sta dicendo: nel tentativo di raccontare quello che ha visto, il paziente infatti *deforma* in modo peculiare la grammatica dell'arabo. L'interprete sottolinea che l'ordine delle parole non è sintatticamente corretto, la

---

volere di Dio, sono dotati di una forza e di un'intenzionalità capaci di scaricarsi in ogni momento nella vita concreta degli esseri umani. Nel Corano (XV,27; LV, 15) si dice che i *jinn* sono esseri creati di fuoco purissimo (*nar*), senza emissione di fumo. In proposito, alcuni studiosi riferiscono che la loro presenza può essere indicata da particolari fenomeni di luce (Westermarck, 1926). Possono inoltre essere percepiti, specialmente di notte, in luoghi deserti, perché emettono un suono sordo caratteristico. Il fatto di essere invisibili non fa necessariamente dei *jinn* degli spiriti. Essi infatti hanno una sostanza corporea, che si rivela fragile quando gli uomini la feriscono o danneggiano con gesti incauti. Un *jinn* può reagire colpendo brutalmente un uomo che per inavvertenza ha fatto del male a lui o alla sua famiglia (i *jinn* hanno una fisiologia, oltre che un'organizzazione sociale, per certi aspetti simile a quella degli esseri umani: si distinguono in maschi e femmine, possono sposarsi, generare una discendenza, e morire).

<sup>55</sup> Spesso i *jinn* si manifestano agli uomini prendendo le sembianze di animali come serpenti, scorpioni, lupi, leoni, sciacalli, ma anche cani e gatti.

sequenza della frase è distorta e ha un effetto disorientante per l'interlocutore. Dunque la *relazione a specchio* bambino-*jinn* sembra trasferirsi dall'universo corporeo a quello linguistico, dove una forza deformante agisce sulla struttura sintattica delle frasi, complicando notevolmente il lavoro di traduzione. Capiamo da questa interazione commentata che il *jinn* non si limita qui soltanto ad abitare gli enunciati come pura unità di contenuto, ma si costituisce nella lingua come istanza di enunciazione parallela, in grado di perturbare l'ordine sintattico, di torcere la lingua stessa fino a trasformarla e renderla irriconoscibile o inintelligibile.

Non si deve attendere passivamente l'esito finale del lavoro di traduzione: il mediatore va incoraggiato a non risolvere da solo i passaggi critici del flusso di parola, ma a condividere le sue difficoltà con il resto del gruppo. Come da esempio, l'interprete dovrebbe segnalare puntualmente ai clinici l'esistenza di eventuali aree problematiche nella comunicazione. E dal canto loro i clinici, di fronte a una *deformazione* peculiare della lingua – l'ordine delle parole non è corretto, la sequenza normale della frase è sovvertita – dovrebbero senza indugio occuparsi dell'apparizione di questo nuovo fenomeno suscitato dal dispositivo.

Se una distorsione grammaticale simile si fosse palesata durante un'interazione condotta in italiano, come avrebbe fatto il terapeuta a decidere se considerarla un fatto linguistico-clinico di sua competenza oppure un banale difetto di conoscenza della lingua adottiva? Occorre più in generale chiedersi con quale probabilità una qualsiasi deformazione a carico della lingua adottiva possa attivare la curiosità dell'operatore. Quando il paziente si esprime in una varietà che è per lui veicolare, l'attenzione del clinico è chiaramente più spostata sul *cosa* viene detto che sul *come*. A rimarcare l'importanza dell'utilizzo di un dispositivo clinico multilinguistico concorre un secondo argomento: l'incertezza che un fenomeno osservabile in una lingua si produca anche in una seconda. Uno studio sudafricano degli anni '70 sui bilingui schizofrenici mostrava al contrario che i pazienti (uditori di voci o con allucinazioni) collocavano tali fenomeni in una soltanto delle loro due lingue, e che quando le domande venivano poste nell'altra lingua, quella "sicura", le risposte non rivelavano alcuna interferenza patologica (Steiner, 1994). Con questo non si vuole sostenere che i sintomi si dispiegano solo attraverso lingua: è evidente che le crisi notturne, i sogni angosciosi, l'agitazione psicomotoria, l'umore triste di M. hanno un'esistenza autonoma rispetto alla dimensione linguistica, ma l'uso della lingua matrice, dell'arabo marocchino piuttosto che dell'italiano, facilita la costruzione di un piano di mediazione con quelle che sono considerate dal sistema paziente le cause del problema.

La situazione clinica qui narrata è tanto più significativa in quanto è il bambino stesso che, improvvisamente, introduce nella relazione con gli operatori l'elemento terzo invisibile. Mentre il padre si è sempre tenuto distante da qualsiasi riferimento di ordine culturale, limitando il proprio ragionamento ad elementi fattuali: "il bambino è agitato ed è per questo che non studia e non impara l'italiano", "abbiamo deciso di riportare il bambino in Italia e di restarci anche noi, perché qui le cure ci costano di meno", ecc. Quando il figlio in modo inaspettato pronuncia il termine *jinn* e fa cadere la parete divisoria tra enunciati "culturali" (ad uso interno) e "fattuali" (ad uso esterno), il padre rimane in un primo momento imbarazzato, poi riprende il filo della discussione, entrando questa volta in maniera molto più viva e partecipata nelle vicende della famiglia.

## **2.5 La mediazione in Neuropsichiatria Infantile (parte I)**

Lavorando sia nei Servizi di Neuropsichiatria infantile sia in quelli della Psichiatria Adulti, ho potuto constatare che in generale l'atteggiamento verso la mediazione non cambia soltanto da un operatore ad un altro, ma dipende anche dalla cultura del servizio, dall'ottica in cui esso opera e dalla tipologia di pazienti con cui ha a che fare. Ad esempio:

1) il *gap* comunicativo avvertito dai clinici è forte quando si misurano con un bambino straniero, preferendo ricorrere all'ausilio dell'interprete piuttosto che accontentarsi della sola mediazione genitoriale, mentre con l'adulto accettano più facilmente una comunicazione imperfetta o l'aiuto intermittente di un interprete occasionale reperito nella famiglia del paziente.

2) Essendo più elevato il grado di *enigmaticità* del paziente in età evolutiva, si è maggiormente inclini a utilizzare risorse a loro volta poco conosciute ma potenzialmente generatrici di soluzioni culturalmente indovinate. L'enigma che il bambino presenta nella forma di un disturbo riguarda spesso la capacità di comunicare verbalmente: *perché questo bambino non accede in modo pieno al linguaggio? Perché non parla come gli altri?* La presenza del traduttore consente di passare dal *problema-scatola nera* del linguaggio a quello meno oscuro, più concreto ed esperienziale delle lingue: *quale lingua non sa parlare questo bambino? E quale invece sa parlare?*

*Caso clinico.* Un bambino cinese di sette anni è inviato al Servizio per un ritardo nell'apprendimento scolastico. Veniamo a sapere che il bambino non ha difficoltà solo nello studio dell'italiano, ma anche del cinese standard, mentre si esprime correttamente nel proprio dialetto. Succede nel caso di molte famiglie cinesi trapiantate in Italia che, quando i genitori vivono in condizioni difficili e devono rispettare orari di lavoro inconciliabili

con la crescita dei piccoli, i figli vengano rimandati in Cina presso i parenti. Lo stesso è accaduto al nostro piccolo paziente, che ha vissuto coi nonni fino all'età di sei anni, parlando esclusivamente il loro dialetto. È perciò comprensibile che ora abbia delle difficoltà nel parlare italiano, e che ne abbia in cinese standard coi mediatori della scuola. Se però si è convinti che trattandosi di un bambino cinese nato in Italia debba per questo essere bilingue, cioè altrettanto competente in cinese come in italiano, di fronte al dato inatteso che il bambino non sa parlare bene né l'una né l'altra lingua si farà l'ipotesi troppo affrettata di ritardo nello sviluppo linguistico, mentre il bambino si è sviluppato normalmente, soltanto che lo ha fatto in un'ecologia nascosta, sconosciuta agli operatori. Il salto linguistico e culturale che adesso deve compiere per inserirsi nella scuola italiana (con la scarsa mediazione dei genitori) è troppo grande per poter parlare nel suo caso di un ritardo: non è partito dalla stessa situazione dei suoi coetanei cresciuti in Italia. Purtroppo i Servizi di Neuropsichiatria vengono attivati molto spesso dalla Scuola, ma talvolta per motivi sbagliati.

Per i gruppi stranieri l'educazione dei piccoli è estremamente problematica, ma cruciale: si tratta di una scommessa da non perdere, che interessa il destino del gruppo e le possibilità reali di convivenza pacifica con le altre costituenti sociali. I Servizi si trovano ad essere il luogo in cui viene riscontrata, e mai apertamente dichiarata, una duplice difficoltà a gestire lo sviluppo del bambino straniero: da parte della famiglia, impossibilitata a riprodurre e utilizzare in modo funzionale il proprio *pattern* educativo nel contesto adottivo, e da parte della Scuola italiana che non sempre riesce a esprimere la preparazione o la flessibilità adeguate ai nuovi compiti formativi.

## **2.6 Se il mediatore non è immunizzato**

La focalizzazione sulla dimensione culturale del problema/processo clinico costituisce per il gruppo terapeutico uno strumento ermeneutico e trasformativo essenziale. Tuttavia tale opzione contiene immancabilmente una carica perturbativa, se non addirittura patogena, per l'assetto cognitivo dei vari attori coinvolti nonché per le relazioni intersoggettive all'interno del *setting*. Sebbene durante l'incontro clinico il rischio psicopatologico si rifrangano ogni volta in maniera disuguale tra i componenti del gruppo, accade spesso che sia l'interprete ad occupare la posizione più esposta e vulnerabile.

Il prossimo esempio ci mostra un incidente in corso di seduta e fa vedere quanto possa essere vissuta in modo problematico dal paziente la figura dell'interprete. Inoltre ci permette di toccare uno dei capitoli più interessanti della sociolinguistica e

dell'antropologia linguistica, molto promettente anche per lo studio delle interazioni cliniche all'interno di gruppi meticci: i *pidgin*. Le varietà denominate pidgin sono generate da processi di sintesi tra lingue che per qualche ragione sono entrate in contatto persistente. Si tratta di codici creati espressamente per la comunicazione (spesso di tipo commerciale o amministrativo) tra gruppi umani differenti che mantengono al loro interno l'uso della propria lingua matrice. Sul piano storico, i pidgin si sono formati prevalentemente nelle situazioni di dominio coloniale: ci sono pidgin a base inglese, francese, spagnola, portoghese, olandese. Rispetto a queste *lingue genitrici*, i pidgin hanno strutture grammaticali ridotte – dato che devono risultare economici da acquisire – e un lessico basato su quello dei gruppi dominanti. La *morfologia flessionale* è abolita: quando vengono indicate differenze di tempo, numero, caso, esse sono segnalate dall'aggiunta di particelle separate. Molte costruzioni sintattiche e tratti fonologici possono invece assomigliare a quelli delle varietà subordinate. Il pidgin non ha di solito parlanti nativi e quando diventa lingua matrice per una comunità di parlanti viene definito *creolo* (es., creolo haitiano). Il *pidgin english* nigeriano è un'eccezione: infatti, sebbene non venga considerato una lingua creola, conta una comunità molto vasta di parlanti nativi (Deuber, 2005). Diffuso nel quadrante sud-est della Nigeria e altrove, nei centri urbani oltre che lungo le vie di commercio, è parlato da circa 15 milioni di persone (su un totale di 61,5 milioni di abitanti). Questa lingua, anche senza uno standard unificato e regole ortografiche definite, viene usata con crescente successo in romanzi, opere teatrali, poesia, alla radio, ed acquista sempre maggiore importanza nella società africana contemporanea.

*Caso clinico.* G. è una giovane donna proveniente dalla Nigeria. La incontriamo per la prima volta presso un servizio territoriale, dopo un breve ricovero ospedaliero determinato da uno scompenso psicotico acuto. La crisi è caratterizzata da idee persecutorie, allucinazioni, comportamenti fortemente aggressivi. Sottoposta a cura farmacologica, dice di sentirsi bene e di non voler continuare il colloquio. È venuta soltanto perché incoraggiata dal suo compagno italiano, il quale appare molto preoccupato per il suo stato di salute. La donna ha cominciato a star male appena rientrata da un viaggio nel paese d'origine. Nel corso dell'incontro G. accenna ad un conflitto familiare verificatosi in seguito ad un raggio di cui sarebbe stata vittima, riguardante l'acquisto di una casa nella città natale. Ad un certo momento del colloquio viene anche fatta allusione all'arrivo recente di un pacco dall'Africa, ma la donna si mostra molto reticente ad approfondire questo punto. Il secondo incontro si svolge una decina di giorni dopo, in ospedale, tramite accesso

diretto. Il compagno ha infatti richiesto una visita urgente perché G. presenta di nuovo dei sintomi allarmanti.

La troviamo di fronte alla porta del servizio psichiatrico di diagnosi e cura, sprofondata in una crisi psicotica. L'uomo la tiene stretta a sé e la convince teneramente ad entrare. Egli ci spiega daccapo che la compagna sta così male da quando ha ricevuto per posta un pacchetto spedito dal suo paese e contenente alcuni strani oggetti. Quando ha aperto l'involucro è rimasta terrorizzata e, in preda all'agitazione, ha cominciato a parlare in *yoruba*, la lingua del suo gruppo etnico<sup>56</sup>. Da quel momento in poi ha anche smesso di interagire con lui e con il mondo circostante in italiano, come se fosse completamente trincerata nella sua lingua matrice, assorbita in un dialogo con interlocutori invisibili. Non riuscendo a trovare un interprete *yoruba*, tentiamo con una mediatrice nigeriana parlante inglese (*west african english*) e *pidgin english*, sebbene siamo consapevoli che durante tali fasi di sofferenza acuta la traduzione diventi quasi impossibile, perché il soggetto è tutto rivolto da un'altra parte, verso un mondo dove fondamentalmente non si parlano più le lingue degli esseri umani. Come temuto, l'intervento della mediatrice viene respinto dalla paziente, che continua a rivolgersi al gruppo clinico nella sua lingua sconosciuta, caricandola di toni minacciosi: il significato oscuro dei suoni e la contrapposizione radicale alla funzione d'interpretariato fa pensare a una specie di glossolalia, o all'imitazione idiosincratica di un gergo stregonesco, in ogni caso a un'*anti-lingua* impugnata come un'arma contro la *lingua di mediazione*. Non sorprende che possa essere proprio il *pidgin english*, lingua africana mescolata, concepita per lo scambio interetnico, ad eccitare la reazione della paziente, anche se è chiaro che una reazione simile non è dovuta soltanto al codice parlato dalla mediatrice, ma più in generale alla presenza di un'altra africana, nigeriana, nella stessa stanza. Chiunque provenga da quel mondo può essere agli occhi della paziente un persecutore. E difatti nel giro di pochi minuti il comportamento di G. si fa ancora più ostile: estrae dalla tasca dei pantaloni un pacchetto di fazzoletti e comincia ad appallottolarli, sputandovi dentro e facendo dei segni con le mani, per poi lanciaarli contro l'interprete. I proiettili così assemblati sembrano riportare in scena una replica rudimentale dell'ordigno che ha spaventato a morte la paziente, e che ora serve per terrorizzare e dissuadere l'interprete. Quest'ultima, di fronte agli attacchi ricevuti, appare turbata e si

---

<sup>56</sup> Lo *yoruba*, lingua (o meglio gruppo di varietà linguistiche) appartenente alla famiglia Niger-Congo, parlata da oltre ventidue milioni di persone, principalmente in Nigeria, Benin e Togo. Esiste anche una varietà "standard", letteraria. Lo *yoruba* è una lingua a toni (fonetica), isolante (morfologia), con un ordine di tipo *Soggetto Verbo Oggetto* (sintassi).

astiene dal fare ulteriori tentativi di approccio. In questo caso il dissolversi della funzione di traduzione non è spiegabile solo con la figura del *rifiuto* della paziente nei confronti dell'interprete (vedi sopra); bisogna anche tenere conto della *repulsione* di quest'ultima per un possibile *contagio* psichico proveniente da parti oscure del proprio mondo d'origine, da cui sente di non poter essere mai del tutto *immunizzata*. Questa osservazione solleva problemi che dovrebbero tenere continuamente vigili i dispositivi clinici che lavorano con i traduttori: a quale *rischio* si stanno esponendo gli interpreti con la loro traduzione e con la loro presenza? Quali sono le paure che li rendono più facilmente vulnerabili? Quali *protezioni* possono difenderli? Come e quando è possibile soccorrerli nel caso vengano attaccati? La relazione fra paziente e interprete occupa infatti un'area potenzialmente critica, soggetta a prove di forza e logiche culturali non sempre comprensibili, dunque prevenibili, da parte degli operatori italiani.

## **2.7 La messa a punto del dispositivo**

Un dispositivo clinico potenziato da un sistema di *esplorazione culturale e linguistica* necessita, per essere davvero funzionante, di numerose risorse, e soprattutto di una continua messa a punto alla quale deve partecipare tutto il gruppo multiprofessionale. Vanno infatti ridefiniti seduta per seduta gli elementi tecnici che compongono il quadro:

a) le *regole d'interazione con il paziente*. Sotto questa etichetta mettiamo i codici d'ospitalità, di presentazione, le posizioni nello spazio degli operatori, la gestualità, il modo in cui si organizza il gruppo rispetto alla conduzione, ecc...

b) i *modi di traduzione*. S'intende qui l'accordo specifico tra clinico e interprete per gestire al meglio il processo di traduzione, nonché tutte le questioni tecniche di tipo linguistico che possono emergere durante l'interazione. Fanno parte ovviamente di questo punto anche le strategie che consentono all'interprete di conquistarsi progressivamente autorità e autonomia di parola.

c) le *modalità di protezione del mediatore*. Come abbiamo visto sopra si devono adottare in seduta delle procedure per evitare che il mediatore venga attaccato o catturato dal sistema paziente, o sia messo dal gruppo clinico in una posizione di eccessivo stress.

d) le *risorse da acquisire*. A fronte della complessità delle situazioni cliniche il quadro operativo non è mai chiuso, può sempre modificarsi nel tempo, anche a processo già avviato, e acquistare per esempio nuovi interpreti e mediatori. Le lingue, come spero di aver fin qui mostrato, costituiscono un elemento centrale di questo assetto clinico.

Vista la complessità del dispositivo, e la molteplicità di elementi da monitorare in modo continuativo, le riunioni di staff prima e dopo le sedute sono parte irrinunciabile del metodo clinico etnopsichiatrico, in quanto:

- 1) permettono ai membri del gruppo di *negoziare* e *progettare* nelle sue diverse dimensioni operatorie e metodologiche l'azione clinica;
- 2) promuovono e accelerano il *trasferimento di competenze* da una parte all'altra del sistema: gli interpreti acquisiscono progressivamente la conoscenza delle regole del lavoro clinico mentre i professionisti apprendono le regole del processo di traduzione;
- 3) danno modo al dispositivo di *auto-istruirsi attraverso la moltiplicazione dei propri circuiti di retroazione* (dinamica costruttivista estesa): *maggiore* sarà il numero di connessioni e informazioni scambiate all'interno del gruppo, *migliore* sarà la sua sensibilità esplorativa che si accoppierà a una sua più avanzata competenza clinica rispetto alla varietà e all'incremento dei fenomeni problematici (sintomi, segni, sindromi, disturbi psicopatologici influenzati dai contesti culturali di provenienza e di adozione in ogni momento della loro presentazione: patogenesi, patoplastica, terapeutica ed esito).

## **2.8 Ricalcare l'idioletto**

La traduzione di testi letterari è complicata perché lo stile autoriale crea un sottouniverso linguistico con regole e caratteristiche proprie, la cui formula va studiata al microscopio se si vuole riuscire a trasmettere al nuovo testo le qualità distintive dell'originale. Eppure la traduzione clinica rischia di essere ancora più complessa, non tanto perché si svolge nell'istante interattivo, procedendo secondo modalità sequenziali, ma perché in questo tipo di situazione il bisogno di riprodurre la parola in tutte le sue sfumature, anche estetiche, può diventare per gli attori in gioco una questione di vita o di morte.

Una modalità di traduzione che occorre sicuramente evitare è quella di appiattare e semplificare il tessuto *semioticamente denso* di cui sono fatti i discorsi, sia del paziente che del clinico. L'operazione di semplificazione, condotta a colpi di parafrasi, presuppone l'idea che la sola dimensione linguistica importante sia quella semantica. Questa visione riduttiva della lingua dell'altro consente all'operatore di evitare la perplessità che altrimenti gli deriverebbe dall'intrecciarsi perturbante di microeventi linguistici fuori dal suo controllo. Anche l'interprete è sollevato dall'incombenza di gestire un flusso comunicativo così complesso, perché è autorizzato a concentrarsi unicamente sul senso complessivo del discorso del paziente, e sulla produzione di unità semanticamente equivalenti nella lingua del clinico. Abbiamo però osservato che mentre i contenuti possono essere sempre



parafrasati, la parola – atto linguistico concreto – non può essere piegata a questo trattamento. Essa infatti si costruisce come *arrangiamento contestuale*, aggregato di elementi e di forze la cui risultante va ben oltre il significato delle frasi enunciate: elementi sintattici, prosodici e stilistici che a volte forniscono indicazioni cliniche rilevanti, per esempio segnali di disordine cognitivo (come nel delirio). Serve allora un cambio di prospettiva: l'interprete, invece di lasciar cadere la parte intraducibile dei discorsi, dovrebbe cimentarsi il più possibile in una restituzione completa dell'*idioletto* del paziente, seguendone dappresso il *lessico* (arcaico, ricercato, colloquiale...), la *parlata* (dialettale, gergale...), il *ritmo* (la ritmica specifica della parola: poesia, atto divinatorio, orazione funebre...), l'*intonazione* (frase dubitativa, dichiarativa...), e addirittura gli *inciampi della voce* (quale voce sta usando il locutore? Si possono percepire alterazioni legate per esempio a fattori culturali, psicologici, sociali...) <sup>57</sup>. La parola ordinaria attraversa momenti di salienza poetica e di povertà patologica che andrebbero colti e messi in valore dal traduttore dotato di sensibilità clinica. La decisione del sistema clinico di trattare la traduzione come uno *spazio interno*, oppure come un *confine improprio* della comunicazione terapeutica assume un grande valore strategico nella presa in carico dei pazienti migranti. Perciò la metodologia clinica e la metodologia della traduzione non sono cose separate, bensì vanno sviluppate insieme all'interno dello stesso laboratorio. Infatti, portando al centro del proprio sistema la traduzione, il terapeuta fa venire verso di sé il mondo del paziente, ed è forse in grado di *ospitare nel proprio pensiero clinico enunciati teorici che gli sono culturalmente estranei*. La traduzione non si svolge in un luogo neutrale artificialmente collocato tra sistema-terapeuta e sistema-paziente; al contrario, le *perturbazioni* della traduzione sono un affare che riguarda da vicino tutte le parti in gioco. Tali perturbazioni si manifestano nello spazio di *circolazione* e di *scambio* in cui la lingua del paziente incontra e modifica sia quella *intermediaria* dell'interprete che quella *trasformativa* del clinico. Qualsiasi evento che si verifichi in quest'area di scambio produce degli effetti su tutti i partecipanti all'interazione. Ma il clinico non abituato a lavorare con i mediatori, o meglio che non ha fatto sua una metodologia clinica della traduzione, tenderà a tagliare fuori i fenomeni che accadono sulla linea di mediazione. Si crea così all'interno del setting un punto cieco inaccessibile all'osservazione clinica, uno spazio ignoto dove

---

<sup>57</sup> Si definisce *idioletto* "l'attività semiotica specifica di un attore individuale che partecipa a un universo semantico dato [...] allo stato puro, l'idioletto dipende dalla psicolinguistica patologica e potrebbe essere identificato con la nozione di autismo" (Greimas e Courtés, 1986).

abita solo lo straniero; invece *clinico e traduttore dovrebbero essere sintonizzati per tutto il tempo dell'esplorazione linguistica*, senza perdere il contatto l'uno con l'altro.

## 2.9 La lingua matrice come stazione d'arrivo

Di solito non è semplice individuare di primo acchito la lingua matrice del paziente. Possono servire diverse sedute prima di *ricoscerla* dietro lo spessore delle varietà ufficiali, standard, veicolari parlate dalla persona. E una volta individuata, non è automatico che diventi proprio quella la lingua utilizzata nell'interazione, anche quando il mediatore è in grado di parlarla. La *lingua matrice è un oggetto* che viene trovato *nel corso del colloquio*, anzi sarebbe meglio dire *ricostruito* nello spazio polivocale della seduta, nello scambio partecipato di tutti i presenti.

Si potrebbe perfino sostenere che le lingue parlate in consultazione non vanno trattate come oggetti storico-naturali, ma come prodotti di un *bricolage* da laboratorio<sup>58</sup>. Per il fatto stesso di essere pensati e manipolati da un dispositivo clinico fondato sulla parola multilingue, i codici linguistici diventano codici mutanti, immersi in situazioni di contatto assolutamente eccezionali. Ciò porta a mettere fra parentesi affermazioni di carattere generale come “la grammatica e...tutta la struttura di una lingua resistono alla mescolanza meglio del lessico” (Cavalli Sforza, 1996:219)<sup>59</sup>. Infatti i prodotti della mescolanza indotta da queste situazioni sperimentali di confronto e torsione linguistica non sono affatto prevedibili. Alla luce dei fenomeni d'interferenza generati in seduta appare evidente che i codici linguistici non solo funzionano come leve trasformative, per mezzo delle quali agiamo sugli altri e su noi stessi, ma sono essi stessi oggetto di trasformazione durante lo scambio interattivo. Si produce così un nuovo interrogativo (clinico ed etnopragmatico) riguardante il che cosa noi facciamo alle lingue quando mettiamo in movimento una consultazione di etnopsichiatria.

La regolazione sulla lingua matrice deve sempre avere un alto grado di tolleranza, per sopportare tutte le oscillazioni e le esitazioni del processo multilinguistico. Se immaginiamo la lingua matrice come il centro ideale dell'universo semiotico da esplorare, dobbiamo pensare alla possibilità di arrivare a questo centro attraverso una molteplicità di cammini, a volte assai tortuosi. Dobbiamo però allo stesso tempo calcolare l'eventualità di

---

<sup>58</sup> Si usa l'espressione “storico-naturale” per indicare “una lingua non artificiale, non costruita con un atto di volontà da un singolo ma formatasi e modificatasi attraverso un divenire storico” (Cardona, 1988:212).

<sup>59</sup> Affermazione che andrebbe comunque ridiscussa: studi abbastanza recenti di linguistica teorica applicata ai sistemi di commutazione di codice (*codeswitching*) e mescolanza tra codici (*code mixing*) hanno mostrato che anche gli elementi grammaticali sono trasformati nelle interazioni miste (cfr. Myers-Scotton, 2002).

non raggiungere l'obiettivo prefissato: si tratterà allora di perlustrare con la massima cura gli universi semiotici intermedi, resi accessibili da varietà linguistiche meno centrali per il paziente, ma comunque significative.

Un'indagine preliminare per capire quali varietà linguistiche si parleranno in seduta costituisce un passaggio fondamentale per impostare il lavoro con i mediatori; ovviamente ciò non significa un maggiore controllo sulla mediazione, ma favorisce lo sviluppo di una metodologia clinica che fa dell'alleanza con le lingue un suo punto di forza.

## **2.10 Riepilogo**

Riassumendo gli aspetti della traduzione in ambito clinico discussi fin qui, possiamo dire che essa: 1) fa emergere conoscenze implicite sui mondi vissuti (del paziente ma anche del gruppo terapeutico) e le trasforma in elementi adoperabili per fabbricare nuove ipotesi esplicative, modificare o falsificare teorie, ecc.<sup>60</sup> 2) consente l'attivazione della persona, permettendole di avere un ruolo dinamico all'interno del processo diagnostico e terapeutico; 3) fa entrare la diversità linguistica e le relazioni esistenti tra le lingue (prospettiva storica, politica, ecc.) nella partitura dell'interazione clinica; 4) genera un nuovo campo di fenomeni, una nuova curva di visibilità nel dominio clinico; 5) costituisce per i mediatori un potenziale rischio psicopatologico da valutare volta per volta. Tenendo conto di questi fattori possiamo ottenere una traduzione innervata dalla logica clinica e viceversa una clinica attenta ai passaggi e ai rinvii della traduzione

La materia da trattare è complessa, instabile, e richiede ampie possibilità di sperimentazione sul lungo periodo, dispositivi "a mediazione" installati nei luoghi sociali di maggiore contatto interetnico e interlinguistico, infine gruppi d'iniziativa dediti a moltiplicare, diversificare e innovare le pratiche dell'etnopsichiatria.

---

<sup>60</sup> Il processo selettivo messo in moto dalla traduzione è sempre massimamente rilevante; può agire o per amplificazione e moltiplicazione dei significati o per loro riduzione e concentrazione (fino al limite dell'eziologia unica).

### 3. La macchina clinica plurilingue

#### 3.1 La centralità delle lingue nel dispositivo etnoclinico

In questo capitolo mi propongo di riflettere su quali siano gli elementi basilari per la costruzione di un dispositivo di mediazione nell'ambito della salute mentale. Innanzitutto, occorre un attore collettivo, cioè un gruppo di lavoro costituito da varie figure professionali (operatori socio-sanitari, mediatori, ricercatori di varie discipline come antropologi, linguisti, filosofi, giuristi, ecc.) che sia capace di fare della mediazione linguistico-culturale un asse portante della propria metodologia operativa. Tale riferimento non deve mai essere smarrito, neppure qualora il gruppo sia costretto a intervenire in condizioni lontane da quelle ideali. Per spiegare in cosa consista un dispositivo di mediazione clinica bisogna poi rivolgere l'attenzione all'oggetto centrale di questa macchina complessa: la lingua, o meglio le lingue, dove il plurale indica una molteplicità babelica di varietà linguistiche in azione e confluenti nel discorso clinico. Cercheremo soprattutto di pensare la mediazione come un sistema interattivo che fa parlare gli oggetti (le lingue), piuttosto che come un processo intersoggettivo, interumano, messo in moto da persone (i mediatori).

L'acquisizione delle lingue all'interno del sistema clinico non va vista come un *lusso*. Spesso nelle discussioni con gli operatori pubblici di salute mentale si ascolta questo tipo di obiezione, giacché è ben diffusa l'idea che per alleviare gli spasimi di un'esistenza in crisi sia importante arrivare al nucleo psicopatologico e che soltanto dopo, una volta risolto il problema di natura profonda, ci si possa concedere di risalire verso strati più superficiali (o superflui) della persona, come quello dell'appartenenza culturale. Eppure le matrici linguistiche – in cui l'individuo matura emotivamente, cognitivamente, e grazie alle quali riesce ad esprimere al meglio la visione del mondo, i valori, l'ethos del suo gruppo, e allo stesso tempo la singolarità del suo vissuto culturale – non sono per nulla elementi accessori del lavoro di ricostruzione, bensì i sistemi fondamentali che consentono di comprendere *quella* persona, *quella* forma di vita particolare (individuale o collettiva, sempre data storicamente e culturalmente) con le sue derive psicopatologiche. Abbiamo già definito in precedenza queste lingue-mondo come *lingue matrici*, per differenziarle dalle "lingue materne", concetto troppo etnocentrico e legato a contesti monolingui (secondo la formula "la lingua prima del bambino è la lingua della madre") per entrare in una riflessione dedicata alla mediazione con pazienti provenienti da società e gruppi multilingui (cfr. de Pury, 1994). Attraverso la lingua matrice è possibile esplorare le reti significanti della persona, poiché essa non solo fa parte del mondo empirico del soggetto –

e in questo è come ogni altro oggetto sensibile – ma consente anche di comunicare su quel mondo, e di fare collegamenti verso oggetti, persone, pratiche, situazioni molto distanti dal qui ed ora dell'enunciazione, cioè nel caso che ci interessa dalla situazione clinica e dall'universo di riferimento degli operatori. Questi collegamenti sarebbero altrettanto facilmente attivabili in un altro codice, magari acquisito dal paziente come lingua seconda? Probabilmente no, non sarebbero accessibili né per il paziente stesso, che adattandosi alla lingua del clinico sarebbe in parte costretto a narcotizzare i nessi con i contesti d'origine, né per il clinico, che non decentrandosi dalla propria matrice comunicativa non riuscirebbe a percepire dietro la parola dell'altro un mondo pieno di senso.

Le lingue dunque non andrebbero viste come un ostacolo insormontabile, una barriera comunicativa, bensì come l'opportunità di aumentare la porzione di scambio tra l'universo clinico e quello del paziente. È chiaro che l'introduzione delle lingue incrementa i livelli di complessità del sistema di cura, al punto che alcuni operatori hanno rinunciato all'impiego dei mediatori linguistico-culturali nella loro attività con i gruppi stranieri. Questa chiusura però, tanto più paradossale quanto più i fenomeni di contatto tra culture si moltiplicano e si intensificano, produce una cecità profonda rispetto alle esperienze e ai contesti di vita del paziente, e può addirittura configurarsi come maltrattamento, perché privando l'intervento di cura della sua parte *etn clinica* si preclude all'individuo sofferente la possibilità di ricorrere alla forza del suo gruppo, ai legami significativi con la propria comunità.

Una volta che questi assunti di base siano condivisi senza riserve, il gruppo di mediazione può cominciare la sua carriera. Prima però di passare alla fase operativa vera e propria, sarebbe auspicabile una *formazione teorica e tecnica* congiunta, rivolta a tutte le figure professionali coinvolte nell'attività clinica, poiché l'utilizzo appropriato della mediazione linguistico-culturale nell'ambito della salute mentale dipende da una metodologia di lavoro che funziona se applicata dalla totalità del gruppo. Chiunque rimanga all'oscuro dei metodi e degli obiettivi della mediazione finisce con l'ostacolarla.

Quale tipo di formazione sarebbe maggiormente utile? Da quali e quanti elementi dovrebbe essere composto il gruppo di mediazione? In quale punto della rete socio-sanitaria si dovrebbe collocare? Sono queste alcune delle variabili da considerare ogniqualvolta si decida di attivare un dispositivo di mediazione etn clinica, la cui progettazione deve sempre tenere ben presenti le esigenze specifiche del territorio, in base alle caratteristiche dei gruppi con i quali si intende aprire un dialogo, ai fenomeni che

necessitano di risposta, alle risorse linguistiche e professionali disponibili, all'organizzazione dei servizi che già operano in quel contesto.

Immaginate ora un setting clinico nel quale il paziente è invitato a usare la propria lingua matrice (o una delle lingue-matrice possibili: pensate a persone cresciute in famiglie o contesti multietnici dove si parlano correntemente diverse varietà). Anche se in maniera a volte combattuta, conflittuale, il paziente accetta sempre l'invito ad esprimersi nella sua lingua, perché insieme a lui c'è il mediatore, qualcuno che parla la sua stessa varietà linguistica, e si manifesta come il suo doppio: seconda voce narrante in grado di raccontare le esperienze della migrazione, dell'esilio, dello sradicamento; alter ego che ha saputo conquistarsi uno status riconosciuto all'interno del gruppo curante. La presenza del mediatore è un antidoto efficace contro la tentazione di raffigurare gli altri, gli stranieri, come dei *nullatenenti* (privi anche di nome, di relazioni sociali e familiari), mentre ci rivela la loro natura di *proprietari*, innanzitutto proprietari della lingua. Questa scoperta ci permette di fare un notevole salto conoscitivo, poiché sia il mediatore sia il paziente diventano dei ricercatori attivi, che esplorano col sostegno del gruppo clinico aree incognite dei loro mondi di provenienza. E le domande che si pongono sono rivolte in primo luogo al sistema di pensiero del loro gruppo. Lo scambio in lingua matrice avvia infatti durante la seduta un processo di *presentificazione* del gruppo di appartenenza del paziente, e delle realtà culturali con cui quel gruppo si identifica. "Tra soggetti e oggetti culturali si istituisce un'*equazione identificatoria*: come i prodotti tecnici appartengono a un gruppo e sono *identificati* quale proprietà inalienabile di quest'ultimo (*oggetto generato da gruppo*), il gruppo è identificato dall'esistenza e dal funzionamento di questi oggetti (*gruppo derivato da oggetto*). Nella dimensione cronologica (mitica, storica) tale equazione diventa spesso una *funzione processuale* che garantisce mutazioni, cambiamenti e innovazioni sia dei gruppi sia degli oggetti, attraverso *azioni* su questi ultimi (es.: smarrimento, oblio, profanazione, distruzione, sostituzione) o per loro *traslazione* dalle mani di un soggetto culturale all'altro" (Harrag, 2007:158). La perdita dei testi sacri può trascinare con sé, per dispersione, la fine di un popolo. Gli esempi sono numerosi, perché il catalogo degli esseri culturali è un insieme aperto: ci sono genealogie, interdetti, teorie eziologiche, pratiche di cura, di divinazione e così via.

A monte dell'oggetto-lingua sta il tradurre, indissociabile dalla pratica clinica. La traduzione si pone come elemento primo. Anche il singolo locutore, al limite, è un traduttore, nel momento in cui passa dal sistema linguistico virtuale all'atto concreto, sociale, di parola.

Con il termine “traduzione” però qui intendiamo un processo di comprensione delle lingue (Steiner, 1975), di trasmutazione del senso, per il quale abbiamo sempre bisogno dell’altro. Il paziente che all’improvviso si mette a parlare nella sua lingua d’origine senza che nessuno possa comprenderlo sta probabilmente sfidando il sistema clinico, oppure si sta difendendo, ed è per questo che si inabissa in un codice incomprensibile. Devereux (2007), in una delle sue osservazioni con pazienti nativi nordamericani, riporta il caso di un reduce di guerra obbligato, sotto l’effetto del *pentotal*, a recuperare lo spessore emotivo di un’immagine che continua a suscitargli una narrazione completamente distaccata, nonostante la sua atrocità (il cadavere del fratello carbonizzato in un’esplosione). Durante l’esperimento accade che il paziente, arrivato al punto critico del racconto, non potendo più nascondere la propria emozione per effetto del farmaco, smette di parlare inglese e passa alla lingua della propria tribù, incomprensibile per lo staff medico: poiché non può distanziarsi dalla visione del fratello morto con l’artificio della narrazione oggettivata, compie un *code-switching* per separarsi almeno dai suoi interlocutori. Oppure, forse, mentre egli sente di perdere il controllo su una parte di sé, è la sua lingua che gli viene in soccorso.

Se non c’è un interprete che si mette al lavoro, noi perdiamo la capacità di comprendere il paziente proprio nel momento in cui viene posseduto dalla lingua. In questi casi la presenza di un mediatore che traduca diventa una precondizione del colloquio perché obbliga il paziente ad uscire dalla trance linguistica incomunicabile, per entrare eventualmente in una trance a due. Solo installandosi in questa posizione il mediatore può ricadere produttivamente nel raggio d’influenza del paziente riuscendo così a interpretarne le istanze comunicative: dunque, sempre abbastanza vicino al paziente da esserne *influenzato* e, in un certo senso, *posseduto*, ma sufficientemente distanziato da non confondersi e perdersi nell’identità del paziente.

Il clinico non abituato a lavorare in un gruppo di mediazione, dove il confronto tra lingue settoriali e prospettive teoriche diverse aiuta a sviluppare un pensiero strategico rispetto ai problemi della traduzione, tende sistematicamente a lasciare l’interprete fuori dalla sua visuale; si aspetta da lui che gli restituisca invariati i discorsi del paziente, mentre il più delle volte resta all’oscuro degli sforzi che l’interprete ha dovuto compiere in solitario. Perché il ruolo dei traduttori non è quello di trasferire i significati della lingua da un posto all’altro, ma di obbligarci a portare lo sguardo sui modi di essere della significazione all’interno della lingua. Nella traduzione le lingue vengono stressate, confrontate,

sperimentate, trasformate. Il mediatore, infatti, esercita una forma di traduzione: a) in tempo reale; b) in un flusso continuo e multivocale di enunciati che provengono da mondi diversi e alimentano controversie, c) in concomitanza con un processo diagnostico e trasformativo. Egli deve pertanto possedere una coscienza linguistica molto viva, che gli permetta di riflettere rapidamente ma con accuratezza su regole, valori, contesti d'azione della propria lingua. E deve essere in grado di riflettere anche sugli stili, che riguardano il modo concreto dell'esecuzione di un atto linguistico (intonazione, impostazione della voce), sui registri, che comprendono gli strumenti retorici messi in atto per sviluppare un tema e infine, naturalmente, sui sottocodici delle tecniche di cura e sui contesti d'uso dei termini specialistici tradizionali.

Quella che noi chiamiamo lingua, e che ci rappresentiamo come qualcosa di compatto, è in realtà una gamma di varietà che comprende forme più o meno standardizzate e forme fortemente influenzate da vernacoli locali (es. nell'inglese nigeriano si va dalla forma *british* al *pidgin*); le varietà si dispongono cioè secondo un *continuum*, con numerose interferenze tra una varietà e l'altra. Le competenze all'interno di una stessa comunità linguistica sono distribuite, stratificate, differenziate a seconda dell'educazione linguistica di ogni membro. Esistono inoltre delle culture in cui il sentimento della lingua è estremamente sviluppato: laddove esiste un'estetica spiccata della lingua, si sente immediatamente "chi parla bene" e "chi parla male" (cfr. Cardona, 2006:15).

*Caso clinico.* Una volta un mediatore kurdo iracheno, di lingua *sorani*, mi ha riferito di essere così sensibile a certe parlate di villaggio, sgradevoli al suo orecchio, che quando per caso ne sente una non può fare a meno di allontanarsi<sup>61</sup>. Forse è anche per questo, ha poi aggiunto, che certi pazienti kurdi di città preferiscono parlare con un mediatore arabo piuttosto che con un altro kurdo proveniente dalle zone rurali.

Ci siamo già soffermati su alcune caratteristiche salienti del mediatore linguistico-culturale. Abbiamo scritto che la neutralità spesso invocata come requisito essenziale del mediatore è un malinteso, derivante da un modello giuridico bipolare secondo il quale ci sono due parti in disaccordo e una terza, estranea agli interessi delle parti contendenti, che ha il compito di pacificare, ricomporre il conflitto. Al contrario, secondo noi la specificità del mediatore sta proprio nella sua *parzialità*. Egli proviene dalla stessa area culturale del paziente, e contemporaneamente è membro del gruppo clinico; all'interno di quest'ultimo

---

<sup>61</sup> Il kurdo, per l'appunto, non è una lingua unificata: esistono per lo meno due dialetti principali, uno del nord, il *kurmanji*, e uno del centro, il *sorani*.



però egli deve trovare una propria autonomia di parola e di interpretazione, altrimenti il confronto auspicato tra diverse posizioni teoriche perde forza, mentre rimane in primo piano soltanto il discorso egemone del terapeuta. Abbiamo chiamato “battaglie della mediazione” gli sforzi del gruppo clinico per rendere progressivamente più salda e originale la posizione di parola del traduttore, fino a permettergli di conquistare un potere personale (o impersonale, visto che gli deriva dalla lingua) sulla produzione del discorso.

Proviamo adesso a passare a un altro livello di analisi, concentrandoci non più sulle figure della mediazione, quanto sull’uso delle lingue nella clinica. Questo tema, che fino ad ora non ha ricevuto grande attenzione da parte dei ricercatori – abbiamo visto l’esempio dell’etnolinguista de Pury (1998), che ha studiato il dispositivo di traduzione etnoclinica ma non l’impiego effettivo delle lingue durante le consultazioni – ci permetterà di ritornare sulle questioni della mediazione in maniera più proficua.

In un dispositivo multiculturale di salute mentale la centralità delle lingue dipende da almeno due aspetti principali: 1) da come esse partecipino all’efficacia della cura – possono infatti diventare leve potenti di trasformazione, perché possiedono una forza propria che va calcolata e valorizzata durante l’intervento terapeutico; 2) da come esse traducano gli altri codici del campo clinico (es. le sintomatologie). A questo proposito ci rendiamo conto di un fenomeno rilevante: il modo in cui i disordini si presentano all’osservazione clinica ha in comune con le lingue il fatto di essere in variazione continua. Possiamo allora cercare di spingere il nostro ragionamento in questa direzione. Immaginiamo un dispositivo linguisticamente sensibile, reattivo, animato da “terminazioni nervose” che vengono sollecitate (ancor più che informate) dall’incontro con l’oggetto-lingua; questi recettori sono sempre in movimento nello spazio aperto della dimensione pragmatica e reagiscono a stimoli minimali, ancora confusi, a variazioni del *continuum*, cromatismi sonori più che fonemi, valenze più che significati, e quando avvertono qualcosa, come un tocco, un cambiamento di colore, cercano di capirne la provenienza e la destinazione, di attribuire un’intenzionalità a quei flussi linguistici, sicuramente orientati verso un fare. Sappiamo infatti che ogni parlante è mosso dall’intenzione di comunicare (pragmatica della comunicazione umana). L’immagine che proponiamo è perciò quella di un dispositivo dalla sensibilità quasi tattile per le lingue, votato all’esplorazione continua dell’ambiente. Il lavoro esplorativo non è affidato unicamente agli interpreti, che rappresentano comunque i sensori linguistici più sofisticati, ma è assunto con interesse dall’intero gruppo. In che modo? Partiamo con l’osservare l’interprete al lavoro. Egli è sempre completamente assorbito nella traduzione: mentre ascolta ciò che viene

pronunciato in una lingua proietta il senso e l'intensità delle parole nell'altra, esamina mentalmente i valichi che ogni sistema-lingua gli consente di attraversare, predispone le strutture grammaticali di passaggio e, sempre mantenendosi in uno stato di fluidità senza il quale non potrebbe stare al passo con l'interazione dei parlanti, stabilisce dei punti di riferimento per ricordare le cose dette, il come vengono dette e per quali vie conviene passare per tradurle. Inoltre, considerato che questo impegno si protrae per tutto il tempo della seduta, l'interprete dà prova di resistenza, tenacia, capacità di concentrazione.

Cosa fanno nel frattempo gli altri membri del gruppo clinico? Possono spendere il tempo di durata della traduzione in diversi modi: uno è quello di seguire il flusso dei propri pensieri, senza interessarsi allo scambio traduttore-paziente, come se non facesse veramente parte della seduta, o non dipendesse dall'intenzione globale del dispositivo; un altro, più costruttivo, è invece quello di concentrarsi sul non verbale, o sulle altre parti del discorso che non richiedono una conoscenza della lingua (ma spesso la trasparenza del codice non-verbale è illusoria); un altro ancora è quello di mettersi in ascolto, lasciandosi prima attirare e poi iniziare dalla lingua straniera. L'ultima opzione è sicuramente la più dispendiosa, ma è quella che ci spinge più avanti nell'esplorazione dei mondi altri. Senza conoscere nulla dell'organizzazione di un codice, dei suoi usi pratici nella vita quotidiana e nei contesti di esperienza meno ordinari, non siamo in grado di superare il fossato che ci separa da quel mondo significativo. La metafora del mediatore-ponte crolla se non facciamo noi stessi questo sforzo verso la lingua dell'altro. Per apprezzare la potenza incorporea di un codice non ci basta interrogare l'interprete su alcuni termini, poiché "il linguaggio come uso di una lingua particolare acquista la sua forza non solo dalla varietà lessicale (quante parole per uno stesso concetto o per una "famiglia" di concetti?), ma anche dalla combinazione di nomi, aggettivi, avverbi e verbi, classificatori, quantificatori ecc. che fondano la costruzione della frase" (Duranti, 2007:27). Dunque senza avere un'idea della singolare struttura di una lingua non si può neppure cogliere la sua forza, che a sua volta non può essere utilizzata vantaggiosamente nell'azione clinica. Se invece proviamo a colmare la nostra lacuna tramite una conoscenza sempre più fine delle strutture linguistiche possiamo migliorare il lavoro con l'interprete e sfruttare appieno la traduzione. Questa proposta consiste insomma nell'incrementare l'intelligenza linguistica del dispositivo. Parliamo qui di intelligenza, e non di coscienza linguistica; la coscienza è quella dell'interprete, e consiste nel sentimento vivido e intuitivo della propria lingua accompagnato dalla capacità autoriflessiva, mentre l'intelligenza è una qualità fatta di studio e addestramento a riconoscere le lingue e a saperle trattare come oggetti specifici,

con le loro caratteristiche strutturali, i loro principi organizzativi e le loro pragmatiche. Anche i lessici sono utili da studiare, quelli della vita quotidiana, delle emozioni, e soprattutto le terminologie specialistiche, riguardanti la diagnosi e la cura dei disordini mentali/spirituali. I lessici etnoclinici, una volta conosciuti, vanno poi usati con molta cautela, senza voler simulare la competenza di un guaritore. Riconoscere infatti in un'espressione del paziente un termine che rinvia ad un sistema di cure tradizionali può farci credere di esserci avvicinati al nucleo problematico della persona. "Ecco – pensiamo – finalmente la persona ha deciso di parlare la lingua profonda, ora comincerà a depositare in seduta i suoi oggetti"<sup>62</sup>. Ma la comparsa di un termine "profondo" nel colloquio clinico non è garanzia di per sé che ci troviamo realmente davanti a un caso di disturbo etnico. Questo termine infatti potrebbe essere impiegato in maniera impropria, e riferirsi a un malessere che non corrisponde a nessun modello nosografico esistente nella cultura originaria del paziente: la pretesa di risalire così alla configurazione etnica classica del disturbo ci renderebbe clinicamente ciechi di fronte all'eventuale singolarità del fenomeno morboso concreto.

### **3.2 Variazione e ricombinazione di codici: l'italiano di seconda generazione**

I gruppi stranieri fanno deflagrare l'idea di una lingua unica. Gli sforzi per arginare queste spinte centrifughe, come l'idea dell'esame di italiano per ottenere la cittadinanza, sono deboli in confronto all'ampiezza e capillarità del fenomeno. Si scorgono chiaramente i limiti di un progetto politico dal fiato corto, che non può essere all'altezza della prova dei mutamenti linguistici, sociali, culturali. In ambito clinico ci appare chiaro come l'italiano sia continuamente "traslocato", i suoi confini riplasmati; le *interlingue* di coloro che apprendono l'italiano sono molteplici – vettori che non approdano mai a una lingua unica e definitiva – diventando esse stesse codici autonomi<sup>63</sup>. Nel lavoro di conquista della lingua fatto dagli stranieri si disegnano perciò nuove possibilità, vengono connessi e coniugati elementi che fanno emergere varietà mai sentite prima. Gli stessi dialetti italiani entrano in questo processo di apprendimento/fabbricazione: i principi fondamentali in atto sono la *variazione continua* e la *ricombinazione*. Quest'ultimo concetto è stato già utilizzato in maniera efficace da Salvatore Inglese per descrivere la vitalità e la capacità di

---

<sup>62</sup> Usiamo "profondo" nel senso in cui si dice "wolof profondo", intendendo il wolof di Saint Louis o quello parlato nei villaggi storicamente a maggioranza etnica wolof, contrapposto a un wolof di città, per definizione quello di Dakar, mescolato con il francese e con altre varietà locali (cfr. Swigart, 2000).

<sup>63</sup> In glottodidattica si chiamano così i sistemi linguistici che si formano durante l'apprendimento di una nuova lingua e in cui convivono regole di più lingue (quelle di partenza e quella di arrivo). Cfr. Beccaria, 1994.

mutazione/ibridazione delle sindromi culturali: “Non si deve escludere che in aree sociali dove impera uno scambio incessante tra molti modelli culturali estranei e competitivi si possa instaurare una ricombinazione imprevedibile di sintomi e sindromi” (Inglese, 2011). L’italiano dunque è una lingua conquistata, e le sgrammaticature e gli errori di pronuncia sono marchi di appropriazione, ancor più che interferenze. I pazienti stranieri usano spesso queste varietà per comunicare con noi in seduta, ma tale comportamento non diminuisce affatto la necessità degli interpreti. Questi a volte traducono anche quando il paziente parla italiano. Ciò non è, come potrebbe sembrare in un primo momento, una svista, un tradurre a oltranza, dimenticando che la persona sta *già* parlando italiano; si tratta invece di un’operazione eseguita sulla linea di variazione continua della lingua: l’interprete fornisce delle variabili grammaticali in risposta alle espressioni ibride, agrammaticali, emesse dal paziente. “L’espressione atipica costituisce una punta di deterritorializzazione della lingua, gioca un ruolo di *tensore*, fa in modo cioè che la lingua tenda verso un limite dei suoi elementi, forme o nozioni, verso un al di qua o un al di là della lingua” (Deleuze e Guattari, 2006:162). Il mediatore, anche quando svolge un lavoro apparentemente superfluo come tradurre dall’italiano, continua a svolgere il suo ruolo di intermediario in maniera del tutto appropriata dicendo “attenzione, vi mostro io cosa *sta facendo* il paziente con la vostra lingua, o con quella che voi pensate ancora sia la vostra lingua, esclusivamente vostra...”.

### **3.3 La mediazione in Neuropsichiatria Infantile (parte II)**

Il lavoro di appropriazione della lingua è particolarmente visibile nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile, perché qui arrivano i bambini dei migranti con difficoltà scolastiche, spesso su segnalazione degli insegnanti. I processi di acquisizione delle varie competenze linguistiche, culturali, relazionali risultano specialmente travagliati per il primogenito, che non di rado ha passato i primi anni di vita nel paese d’origine dei genitori, e per l’ultimogenito, l’“italiano” del gruppo, quello nato e concepito nel paese d’immigrazione. “Le ricerche etnopsichiatriche individuano i bambini maggiormente sensibili all’impatto dell’esposizione migratoria, riconoscendoli nel primo e nell’ultimo figlio che aprono e chiudono le *res gestae* di un romanzo familiare i cui protagonisti partono da un altrove culturale e approdano avventurosamente in un mondo radicalmente straniero” (Inglese, 2004a). Questi campioni in erba, già fin dai primi mesi di vita alle prese con l’ordalia dell’emigrazione e del trapianto, sono chiamati a svolgere un compito di capitale importanza per l’intero gruppo familiare, conquistando l’uso della parola in un’ecologia

completamente diversa rispetto a quella di partenza, senza quindi poter beneficiare, a differenza delle generazioni ascendenti, di tutto ciò che il proprio gruppo culturale è riuscito a trovare per vivere e pensarsi in relazione con l'ambiente, e per generare esseri umani riconoscibili come suoi membri. In che modo ci rivolgiamo a questi bambini quando facciamo clinica? In quale lingua? Siamo consapevoli di avere davanti degli eroi culturali, dei sopravvissuti, degli eletti, delle creature sospese tra mondi diversi di affiliazione, tra passato e futuro, ecc.?

Quando si lavora con tutta la famiglia, e abbiamo nella stessa stanza genitori e figli, può capitare di differenziare i codici a seconda delle generazioni: non si utilizzerà in maniera indiscriminata la lingua matrice per parlare con tutti i membri, ma si prediligerà ad esempio la lingua matrice con gli adulti e l'italiano con i ragazzi, per sottolineare una variazione strutturale della famiglia che nel suo insieme è chiamata a inserirsi in un nuovo ambiente culturale, ma che in effetti assegna ai più giovani il compito di portare a termine il processo di acculturazione. Al contrario, si potrà parlare la lingua matrice con i figli, per lavorare sui loro legami di affiliazione al gruppo culturale d'origine, e l'italiano con i genitori, in modo che essi si rendano conto della necessità di accompagnare i figli nell'indispensabile cammino di acculturazione. Lo scambio comunicativo risulterà, comunque, bilingue, ma a seconda degli interlocutori e della problematica individuata sarà diverso l'impiego di ciascuna lingua. Questa scelta è un'opzione tecnica del dispositivo, che rinvia a una necessaria integrazione tra teoria della mediazione e metodologia clinica.

### **3.4 Costruire comparabili: lingue in traduzione**

A volte i pazienti, soprattutto quando hanno una discreta padronanza dell'italiano, sembrano prendere le distanze dalla traduzione, e preferiscono parlare direttamente agli operatori. Allora, ma non sempre, può capitare di incoraggiarli ad approfittare della presenza dell'interprete: "come si direbbe nella sua lingua?" oppure, in maniera più direttiva, facendo presente un vincolo del dispositivo: "parli pure nella sua lingua". Cosa accade però se il paziente accetta di compiere questo passaggio, e riprende un discorso avviato in italiano riformulandolo nella sua lingua? Spesso si ha la sensazione che si tratti di un altro discorso, o di un altro che parla: non si può dire la stessa cosa usando due lingue diverse, a maggior ragione se i due sistemi linguistici non sono imparentati tra loro. È un problema di relatività linguistica. Questa idea, attribuibile a vari studiosi come Humboldt, Boas, e in modo particolare Sapir e Whorf, che la svilupparono negli anni quaranta, consiste nel ritenere che le strutture semantiche delle diverse lingue siano tra

loro incommensurabili, e di conseguenza lo siano anche i modi di concettualizzare l'esperienza. Dopo un periodo di eclissi dovuto all'imporsi delle scienze cognitive negli anni sessanta, questa visione è stata ripensata con favore critico da molte discipline, come la psicologia, la linguistica, la sociolinguistica, l'antropologia linguistica (cfr. Gumperz e Levinson, 1996).

Riprendere qui l'idea di relatività linguistica non vuol dire negare la possibilità che persone di culture diverse possano intendersi, o insinuare che la traduzione sia qualcosa di impraticabile. Se così fosse, perché mai dovremmo insistere su una clinica che ha come fulcro metodologico la moltiplicazione delle lingue? Rileviamo però che esiste una profonda differenza nel modo in cui il locutore può raccontare un proprio vissuto tramite l'italiano o il cingalese; le due lingue infatti propongono codifiche dell'esperienza, e degli stati del mondo, difficilmente assimilabili. Eppure, procedendo per costruzione di comparabili (cfr. Ricoeur, 2008), ovvero per momenti felici di traduzione imperfetta, queste due lingue possono arrivare a parlarsi. I codici, prima ancora che le persone! Lutero ad esempio avrebbe posto le basi per questa possibilità di dialogo tra lingue molto distanti: "si può dire che Lutero non ha solo costruito un comparabile traducendo la Bibbia in tedesco, «germanizzandola», come osava dire egli stesso, nei confronti del latino di san Girolamo, ma che ha anche creato la lingua tedesca come comparabile del latino, del greco della *Settanta* e dell'ebraico della *Bibbia*" (Ricoeur, 2008:23). L'espressione utilizzata da Ricoeur, "creare una lingua come comparabile di un'altra", ci sembra calzante per illustrare quanto stiamo dicendo a proposito della necessità di partire dal sistema impersonale e non dalla soggettività umana. Se interpello direttamente il paziente chiedendogli di usare la lingua matrice al posto dell'italiano, facilmente sortirò su di lui un effetto di disorientamento, o di chiusura, oppure, se il paziente si conforma alla richiesta, potrò avere l'impressione di una differenza incommensurabile, o al contrario di una traducibilità totale tra costrutti che non sono dunque percepiti come comparabili in quanto differenti, ma semplicemente come identici. In poche parole non riuscirò mai a tenere la giusta distanza dalla lingua del paziente. Se invece – opzione Lutero – parto dal lavoro del traduttore, ovvero dalla costruzione della lingua matrice come comparabile dell'italiano (e *viceversa*), allora forse riuscirò ad aprire una possibilità di parola per il paziente, a far sì che sia finalmente lui a presentarsi – e a presentare i suoi oggetti – nella propria lingua.

L'interprete è abitato dalla lingua, e quando riesce ad incarnare i principi teorico-tecnici della metodologia etnopsichiatrica diventa un vero posseduto della traduzione (cfr. de

Pury, *et al.*, 1994:14). È soltanto a questo punto che l'interprete può davvero dirsi mediatore e svolgere i compiti di diplomazia interculturale che finalmente gli vengono affidati. Essere mediatore non è tanto un ruolo professionale predefinito, quanto una funzione, uno *stato* di funzionamento all'interno del dispositivo che permette di intensificare le qualità recettive (sensibilità culturale) e creative (vocazione terapeutica) dell'intero gruppo. Mentre l'interprete fa parlare le persone, ed è quindi un traduttore *personale*, il mediatore fa parlare le cose – o forse, dovremmo dire, è parlato dalle cose – ed è per questo un traduttore *oggettuale*<sup>64</sup>. Nel primo caso la lingua è data come competenza specifica del professionista della traduzione, nel secondo è un artefatto che agisce sui gruppi.

### 3.5 Il plurilinguismo dell'altro

Le situazioni di plurilinguismo sono frequentissime, tanto da rappresentare la normalità. In Italia la lingua standard si è costituita a partire da numerosi dialetti, eppure a volte ce ne scordiamo e tendiamo a confondere l'italiano con la facoltà di linguaggio, ma essi non sono la stessa cosa. Nei contesti di vita attuali, e non solo metropolitani, vediamo una proliferazione imponente delle varietà linguistiche, con fenomeni di contatto e interferenza del tutto nuovi. Le lingue, dislocandosi con i gruppi che le parlano, si stanno modificando, ampliano le loro variazioni interne e si confrontano continuamente con situazioni comunicative impreviste; sono perciò costrette ad inglobare o inventare nuove espressioni. Non c'è solo il fatto di imparare la lingua del paese dove si va: si modifica la propria. Mentre da un lato le lingue arrivano ad esaurimento del loro ciclo e muoiono, insieme ai loro ultimi locutori, dall'altro tendono a moltiplicarsi, incrociarsi, variare, influenzarsi (cfr. Calvet, 2011 e 1999). Inoltre, le lingue appaiono sempre meno legate (se mai lo sono state davvero) a una rappresentazione univoca del mondo: il presunto nesso necessitante *gruppo – territorio – visione-del-mondo* si allenta a mano a mano che si estende il raggio d'azione del gruppo e i suoi membri sono costretti ad acclimatarsi in contesti molto diversi da quelli d'origine.

La situazione monolingue non è naturale; però è ancora diffusa l'idea che di una lingua unica ci si possa meglio appropriare, come se non fosse possibile la realizzazione

---

<sup>64</sup> “[...] j’appelle «chose», cet être à la nature imprécise et qui «cause», au sens de «qui produit ce que j’observe». Mais je veux être plus précis. «Chose» est cet être qui capture qui s’en approche. [...] la langue est une chose – typiquement ce qui «cause» –; et ce dernier exemple nous apprend une caractéristique des choses: elles sont le produit d’une fabrication, toujours oeuvre d’un collectif. Les plantes hallucinogènes telles qu’elles ont été découvertes/construites par les Amérindiens sont une chose” (Nathan, 2001:127).

compiuta dell'individuo, delle sue facoltà psichiche, senza la *monolingua* (è per questo che talvolta si tende perfino a vedere un bambino a rischio in ogni bambino immerso in una situazione di bi- o tri-linguismo). In realtà non c'è mai appropriazione assoluta, perché non c'è proprietà naturale della lingua, non si riesce a "intrattenere con essa dei rapporti di proprietà o identità naturali, nazionali, congeniti, ontologici" (Derrida, 2004:29). Esistono diversi casi di gruppi che non parlano la lingua corrispondente al loro etnonimo: in certe zone del Mali i Peul definiscono la loro identità *peul* attraverso la pratica della lingua *bambara*; oppure vedi l'esempio di alcuni gruppi tuareg che usano il *sonraï* come lingua materna e il *tamasheq* come lingua veicolare (cfr. Amselle, 2004:275).

Le condizioni per cui si realizza la situazione monolingue sono quanto mai artificiali. Spesso dipendono addirittura da operazioni di separazione o sottrazione eseguite in modo dispotico. Ad esempio Derrida (2004) parla di una *triplice dissociazione* operata sulla comunità degli ebrei indigeni di Algeria, di cui egli faceva parte: dalla lingua e cultura araba e berbera; dalla lingua e cultura francese; dalla lingua e cultura ebraica. Il filosofo, ormai anziano, racconta di quando era ancora uno studente di liceo ad Algeri, e descrive il funzionamento del dispositivo pedagogico al quale era affidata la preparazione dei giovani, in particolare quello che succedeva riguardo alla scelta della lingua. L'accesso allo studio di qualsiasi lingua dell'Algeria che non fosse il francese (arabo dialettale, letterario, berbero) non era formalmente vietato, ma l'interdetto comunque c'era, e operava secondo vie silenziose, apparentemente pacifiche, senza bisogno di decreti ufficiali. Ed era efficace, tant'è vero che ai corsi di arabo si iscrivevano solo pochi figli di coloni, che più tardi avrebbero dovuto comunicare coi loro operai agricoli. Mentre il berbero non figurava neppure nei programmi, l'arabo era considerato lingua straniera facoltativa. In Algeria! Appena due generazioni prima, i nonni di Derrida parlavano arabo, per lui invece era la lingua del vicino, un vicino separato da un confine allo stesso tempo invisibile e invalicabile. Del resto non era neppure disponibile una *lingua rifugio*, come lo yiddish per gli ebrei askenaziti dell'Europa Centrale e Orientale, perché il ladino, o giudeo-spagnolo, non era già più praticato in Algeria, soprattutto nelle grandi città dove si concentrava la popolazione ebraica.

Infine – terza dissociazione – la cittadinanza francese ottenuta dagli ebrei d'Algeria nel 1870 fu loro tolta dalla Francia collaborazionista di Pétain, e poi ridata dopo due anni. Così i giovani "ebrei indigeni" vennero resi estranei alle radici della cultura francese, benché il francese fosse la loro unica lingua, il loro solo sistema d'istruzione. C'era quindi una lingua, ma non c'era più una cultura, perché "per tutti il francese era una lingua



considerata materna, ma la sua fonte, le sue norme, le sue regole, la sua legge erano situate altrove” (Derrida, 2004:50). L’autore parla a tale proposito di “incultura radicale” in cui si trovò a vivere, e racconta alcuni drammatici effetti provocati da una situazione sociosemiotica così disturbata. L’ablazione della cittadinanza fu un dramma che toccò decine di migliaia di persone, e produsse a livello collettivo una vera e propria “turba dell’identità”. È mai accaduto – si chiede il filosofo – un fatto del genere a un gruppo in quanto tale? La rarità dell’evento, e la sua estensione a tutti i membri di quella collettività, rese per molti versi insormontabile il danno arrecato al senso di identità culturale.

Questo disordine collettivo ebbe inoltre puntualmente delle conseguenze sul piano individuale. Derrida parla in proposito di una “nevrosi della lingua unica”, della lingua pura, da cui fu segnato per sempre nell’atto dello scrivere. Riferisce di sentirsi come se fosse l’ultimo erede della lingua francese, il solo al quale essa confidi i suoi segreti, quelli della sua purezza; gli sembra di essere perso o condannato fuori da essa, e di padroneggiarla quanto più ne aumenta le resistenze alla traduzione, spingendosi fino al paradosso dell’intraducibilità intralinguistica (convinzione che un testo scritto da lui in puro francese non possa essere riformulato in un altro francese meno puro).

Dopo aver mostrato con un esempio storico l’indesiderabilità della lingua unica (e anche la sua antinaturalità e anticulturalità) passiamo adesso a un altro esempio: un mito nordamericano che sembra quasi un’inversione del racconto biblico sulla torre di Babele<sup>65</sup>. *latiku*, la divinità madre degli Indiani Akoma, gruppo nativo delle *mesas* americane, moltiplicò le lingue perché vide che gli uomini, avendo una lingua unica, passavano il tempo a trucidarsi (cfr. Crystal, 2009). Questo mito è interessante anche perché anteriore all’arrivo degli Spagnoli, e dunque alla diffusione della Bibbia tra i sopravvissuti Akoma. Il punto di partenza e il punto d’arrivo dei due racconti sembrano gli stessi: se all’inizio esiste la lingua unica, parlata da tutto il genere umano, alla fine c’è la moltiplicazione delle lingue; diversa è però, nei due esempi, l’intenzione divina. Nel testo biblico la divinità interviene per mettere fine a un progetto umano di usurpazione della propria sovranità, e dunque per annientare la capacità degli uomini di parlarsi, organizzarsi: li disperde linguisticamente, in modo che non possano più rimettersi insieme. Al contrario, nel mito akoma l’operazione compiuta dalla divinità è quella di far cessare le liti sanguinose, per instaurare una capacità diffusa di intercomprensione e mediazione tra i gruppi umani. Quella di *latiku* non

---

<sup>65</sup> Anche l’ultimo libro di Calvet (2011) presenta in breve alcune cosmogonie cinesi, songhaï, guarani, sottolineando come esse elaborino sull’origine del plurilinguismo un’idea molto diversa da quella biblica.

è una punizione, o una sanzione invidiosa, ma un dono, un provvedimento salvifico per permettere agli uomini di ottenere la pace interpretandosi. Il mito fa vedere che per trovare un accordo bisogna saper parlare, e interpretare, molte lingue<sup>66</sup>.

Torniamo alla situazione clinica ordinaria, non implementata da un dispositivo di mediazione, in cui il singolo operatore dei servizi ha di fronte il paziente straniero. Alla luce di quanto abbiamo appena scritto, non ci dovrebbe più sembrare una cosa naturale l'idea di fare tutto il colloquio in italiano, anzi dovrebbe apparirci come una manovra simile a quelle di tipo dissociativo cui faceva riferimento Derrida. Infatti la costruzione di un ambiente operatorio monolingue comporta delle azioni *contro l'altro* come la separazione della persona dalle sue lingue e da tutto ciò che ha contribuito a fabbricarlo come essere umano specifico (cfr. Nathan, 2001 e 1994). Affermare che l'italiano è la monolingua obbligatoria per lo scambio è spesso il primo passo per poi imporre all'altro esclusivamente le teorie e gli oggetti del clinico.

*Caso clinico.* Il seguente bozzetto mostra quanto sia radicata in alcuni ambienti scientifici pedagogici e riabilitativi la prospettiva monolingua. L'orientamento degli operatori – delle loro teorie! – indirizza il percorso riabilitativo verso soluzioni che tengono conto soltanto del sintomo, cioè della parte disfunzionante, ma sopprimono le alleanze della persona. È il caso di una bambina cinese sorda, con impianto cocleare, per la quale, visti gli scarsi progressi dell'iter logopedico, si vuole procedere ad un affidamento in modo da permetterle di stare per la maggior parte del tempo con una famiglia italiana. Questa soluzione non ha evidentemente il senso di un bagno linguistico, perché il bambino sordo apprende la lingua vocale attraverso un insegnamento specifico e mirato, non impara mai attraverso un'esposizione continuata alla lingua in ambiente naturale. La protesizzazione acustica (impianto cocleare) non permette l'acquisizione spontanea della lingua orale perché non ripristina l'udito normale, bensì richiede un'abilitazione della percezione uditiva che è estremamente impegnativa in termini di tempo ed energie da investire (Gisoldi, 2008). Non bastano i professionisti della riabilitazione, sono anche i familiari ad essere coinvolti nel processo educativo. Nella filosofia d'intervento nei confronti del bambino sordo c'è ormai da parecchi anni il riconoscimento dell'importanza dell'ambiente

---

<sup>66</sup> Inglese (2009), analizzando il racconto della torre di Babele, ha avanzato l'idea che la divinità non avesse sottratto agli uomini la capacità di *parlare* una lingua (poiché il testo biblico descrive un mondo pre-babelico popolato da razze che parlano lingue diverse) ma quella di *interpretare* le tante lingue già esistenti.

circostante, identificato soprattutto nella famiglia e nella scuola, ovvero nel gruppo dei pari udenti. Alla madre in particolare viene chiesta la massima collaborazione nelle attività educative verso il bambino, con esercizi specifici da svolgere a casa. Cosa succede però se la madre parla un'altra lingua, diversa da quella utilizzata nelle sedute di logopedia? E magari per questo motivo fa fatica a seguire le indicazioni degli operatori? Si dice che il processo riabilitativo fallisce perché il *caregiver* primario non è sufficientemente competente, e perché la bambina si trova divisa tra sistemi linguistici completamente diversi, foneticamente alieni uno all'altro. È qui che la visione degli operatori viene informata dalla teoria monolingvistica in modo pregnante: oltre ad impedire il consolidamento del lavoro fatto nelle sedute, la comunicazione in cinese avrebbe un altro difetto, cioè provocherebbe un disorientamento percettivo per cui la bambina non si abitua a riconoscere i suoni e discriminarli. Questa posizione non emerge soltanto in contesti super-specialistici come questo: anche nella scuola spesso il bilinguismo è visto dagli insegnanti come un problema. Ma nel caso che sto descrivendo viene proposta una misura educativa radicale – un acculturamento per via protesica totalizzante, – a fronte di una condizione di base sulla quale possono in realtà coesistere punti di vista molto diversi<sup>67</sup>. Tramite l'inserzione chirurgica dell'impianto cocleare (che è una neuro-protesi, perché sostituisce una funzione direttamente interfacciata col sistema nervoso), si modifica questa condizione di partenza e si dà l'avvio ad un processo d'iscrizione esclusiva nel monolinguisma, attraverso l'intervento di una rete inter-istituzionale, che impone la sostituzione della famiglia naturale con una italiana affidataria. Dunque l'applicazione di un piccolo dispositivo, prodotto da una filiera in cui le neuroscienze e l'ingegneria biomedica mettono la teoria e il progetto tecnico, chiama a sua volta con sé una serie di sostituzioni successive di altra natura: si parte dall'orecchio interno fino ad arrivare alla lingua materna e alla famiglia. Tutto viene protesizzato. Ho parlato di "processo d'iscrizione nel monolinguisma", ma dovrei piuttosto parlare di una doppia iscrizione: innanzitutto nel metodo oralista, che esclude la lingua dei segni (come fu stabilito al Congresso di Milano del 1880), e poi nella lingua italiana, a discapito del cinese, in base ad una teoria neurolinguistica che molti ricercatori non condividono, secondo la quale l'esposizione simultanea a due lingue ritarderebbe il raggiungimento di certe abilità, come l'utilizzo dei contrasti fonetici per apprendere nuove parole. Il

---

<sup>67</sup> Secondo una prospettiva medica la persona sorda è identificata come un soggetto che presenta un deficit più o meno grave dell'udito, ma secondo la Federazione Mondiale dei Sordi essa è vista come appartenente ad una minoranza linguistica e culturale.

ragionamento che deriva da questa visione sembrerebbe il seguente: se per il bambino udente il fatto di crescere in un ambiente bilingue comporta un rallentamento temporaneo dello sviluppo linguistico, che poi viene recuperato e compensato con abilità aggiuntive, per il bambino sordo protesizzato esso può significare un blocco o un rallentamento dell'acquisizione linguistica.

Non ci si deve stupire se alla fine, di fronte a una soluzione del genere, la famiglia adotta una risposta simmetrica, cioè decide di mandare la figlia in Cina dai nonni per sperimentare l'inserimento in un istituto per sordi (che in quel paese costituisce la misura di recupero dominante).

Una proposta metodologica fondamentale dell'etnopsichiatria è stata quella di introdurre sistematicamente nella situazione duale operatore-paziente la mediazione. Nel contesto italiano tale innovazione ha significato, in maniera assai meno sistematica, l'apertura del *setting* clinico agli interpreti e ad altre figure interessate a questo tipo di approccio.

L'assunzione del principio di moltiplicazione (visto all'opera negli esempi di genere sociolinguistico, storico, mitico) può portare a una pacificazione proprio perché costringe i vari attori a confrontarsi anche duramente sugli enunciati teorici veicolati dalle diverse lingue (fase polemologica), ma poi a cooperare per trovare una soluzione intermedia possibile (fase negoziale). Le lingue stesse, mettendosi in tensione tra loro, in quella particolare tensione che è la traduzione, devono superare la loro chiusura strutturale e funzionale per aprirsi alle altre. Dalla traduzione, che mette in rilievo i punti di *divergenza* concettuale, si può così arrivare alla mediazione, che consiste nella costruzione di punti di *convergenza* tra mondi diversi (Inglese, 2009). Chiedendo a un paziente magrebino se è convinto che gli altri possano 'vedere' i suoi pensieri – nell'ipotetico tentativo di esplorare il suo vissuto delirante rispetto a schemi derivati dal Manuale Diagnostico-Statistico – ci accorgiamo prima di tutto che non possiamo usare il verbo vedere (*šaf*) per rendere quella frase. Altrimenti facciamo delirare il traduttore, che in condizioni 'normali', cioè parlando per proprio conto e non per conto di un gruppo clinico, non avrebbe mai reso il "pensiero" oggetto del verbo "vedere". Questo è il primo livello di difficoltà (riguardante la traduzione): che cosa usiamo al posto di "*šaf*"; il livello più avanzato è quello che ci obbliga a cambiare formulazione e tipo di domanda, e ci fa muovere verso un piano teorico più complesso e attinente alla problematica realmente espressa dal paziente. Tale livello richiede di mettere sotto pressione lingue e sistemi di pensiero impegnati nel dialogo fino a trovare una soluzione discorsiva e concettuale condivisibile nei vari mondi culturali che

partecipano all'interazione. Nell'esempio dato possiamo prendere in considerazione il fatto che la nozione di delirio esiste anche nella lingua araba, sebbene formulata in termini diversi dai nostri e secondo un altro modo di esperienza; se il paziente e il suo gruppo non intendono far propria nessuna delle definizioni di disturbo delirante reperibili nelle lingue a disposizione, allora si dovrebbe cercare da un'altra parte, muovendo in direzione di aree semantiche più calzanti rispetto ai vissuti delle persone, anche se meno riconoscibili da un punto di vista psicopatologico formale. Occorre quindi creare una *comparabilità* tra saperi, definire una zona intermedia dove si possano costruire concetti ibridi, temporaneamente validi e acquisibili da parte del gruppo paziente.

Riassumendo, la proposta dell'etnopsichiatria sarebbe quella di sostituire all'esercizio duale, monolingue e intersoggettivo della terapia una *macchina clinica plurilingue*, dove le varie funzioni indispensabili al colloquio clinico – traduzione e mediazione incluse – siano pensabili come le funzioni di un collettivo multiprofessionale e multiculturale.

I vantaggi offerti da una macchina così congegnata sono numerosi, per esempio il fatto di rendere visibili i concetti dell'altro e permettere la connessione ai gruppi d'appartenenza:

- a) *Visibilità dei concetti*. Il dispositivo di mediazione plurilinguistico consente di vedere oltre l'orizzonte di un unico sistema di pensiero, culturale e clinico. Nella situazione monolingue i concetti dell'altro rimangono invisibili perché nascosti dietro la linea dell'orizzonte epistemico (ognuno di noi prende meno in considerazione ciò che la sua lingua non nomina). Ma se utilizziamo lingue diverse, le compariamo, e così facendo parliamo non solo *per mezzo* della lingua, ma *intorno* e *sulla* lingua (cfr. de Pury, S., 1998), nuovi fenomeni cominceranno ad apparirci ai confini del campo clinico. Poi si potrà lavorare anche in italiano, soprattutto quando la pratica dell'operatore avrà già incorporato l'abitudine alla *comparazione*, perché a quel punto l'italiano sarà pensato come vettore aperto, connesso ad altre varietà linguistiche nominabili, convocabili durante la seduta. L'operatore, anche in assenza di interpreti, dovrebbe sapersi mantenere saldamente in questa posizione dinamica di *avvistamento*.
- b) *Connessione ai gruppi*. La lingua funziona come un elemento di chiusura/apertura del gruppo sociale: "*chiude* gli scambi del gruppo verso l'esterno e al tempo stesso *apre* lo scambio di parola e di discorso al suo interno, contribuendo insieme ad altri elementi culturali (concezioni del mondo, organizzazione sociale, tecniche di governo e di adattamento alla realtà materiale) a generare un collettivo umano intorno a nuclei di affinità e identificazione reciproca. Se i pazienti si esprimono

nella loro lingua originaria si avvantaggiano degli effetti di apertura verso il gruppo culturale di appartenenza con i quali ripristinano un contatto funzionale” (Inglese, 2009:5). Senza il mediatore il problema non è tanto quello di perdere la capacità di comunicare con il singolo soggetto, ma di non riuscire più a connettersi con il suo gruppo. La lingua è una formidabile risorsa clinica proprio perché non è soltanto uno strumento di comunicazione: essa fonda le relazioni umane. Inoltre è un oggetto con statuto di esistenza anfibio, tra psiche e mondo, tra individuo e gruppo; forse proprio qui sta la sua forza di leva terapeutica e trasformativa.

Può essere problematico scegliere quali lingue utilizzare nei colloqui con i pazienti stranieri. La scelta della lingua, per quanto ponderata rispetto alla provenienza culturale dei pazienti, è cruciale nella definizione di quali “mondi” (Inglese, 2004a) e “attaccamenti” (Nathan, 2001) si riusciranno ad esplorare. Infatti, le dinamiche interne al sistema-paziente sono rese visibili, e risultano diversamente trattabili, anche in relazione all’oggetto-lingua selezionato dal dispositivo. Nel corso delle sedute si scoprono spesso universi familiari e linguistici estremamente complessi – che ci appaiono quasi caotici in certe loro manifestazioni, – e di fronte ai quali la scelta della lingua operata a monte del processo clinico andrebbe rivista, per valutare se essa sia ancora in sintonia con le dinamiche trasformative che si vorrebbero innescare. Esiste a questo proposito un filone di ricerca (cfr. Santiago-Rivera e Altarriba, 2002) che tenta di comprendere come si possa utilizzare in modo strategico il cambio di codice durante fasi specifiche del processo terapeutico con pazienti bilingui. Rispetto alle ricerche pionieristiche di stampo psicoanalitico che mettevano principalmente l’accento sulla commutazione di codice come meccanismo di difesa, queste nuove direzioni di ricerca offrono ai dispositivi terapeutici la possibilità di sfruttare le proprie risorse linguistiche e quelle dei pazienti ai fini del trattamento.

Una cautela necessaria quando si selezionano le lingue da utilizzare in seduta, è quella di non affrettare la presa sul nucleo culturale. Conviene di più talvolta un’approssimazione lenta, graduale a questo nucleo, magari servendosi di una lingua veicolare che non metta sotto stress il paziente rispetto ai suoi vincoli di identità e appartenenza. Il vantaggio di una lingua siffatta, ad esempio l’inglese o il francese per l’Africa Occidentale, è quello di permettere al paziente di sentirsi a suo agio nel comunicare, senza costringerlo a prendere troppo presto una posizione all’interno del dispositivo terapeutico (che può essere anche una posizione ostile). Chiameremo allora *lingua di mediazione* una varietà

che venga impiegata per lavorare in situazione transculturale, indipendentemente dal fatto che si tratti di una lingua matrice o veicolare.

Proponiamo inoltre il concetto di *timing*: non riferito in questo contesto alle interpretazioni (modello psicoanalitico), ma all'utilizzo delle lingue nello scambio clinico. L'avvicendamento delle lingue di mediazione, da quella veicolare, più esterna alla matrice culturale della persona, a quella più prossima al suo nucleo culturale, può richiedere un tempo di maturazione, di consolidamento della relazione. Un passaggio troppo rapido o immediato alla lingua matrice, soprattutto se non c'è un rapporto stabile di collaborazione tra operatori clinici e mediatori, potrebbe anche provocare nel paziente una reazione di rifiuto o minaccia (naturalmente occorre valutare caso per caso, perché le configurazioni possibili sono innumerevoli). Per questo mi sento di criticare un passaggio metodologico teorizzato dalla linguista de Pury a proposito del dispositivo di mediazione. Nel suo testo viene illustrata l'interazione iniziale di una prima seduta in cui è richiesto esplicitamente a una signora franco-marocchina di parlare la sua lingua materna, ovvero l'arabo marocchino... "Ce n'était, bien sûr, pas parce qu'elle parlait mal le français que nous lui proposons de parler en arabe marocain, mais parce que... Pourquoi, en vérité? Nous lui avons simplement dit qu'il était important de parler dans sa langue maternelle. En fait, nous lui avons imposé une contrainte" (de Pury, 1998:61). L'autrice giustamente sottolinea che la proposta di parlare in arabo marocchino non deriva da una scarsa conoscenza del francese da parte dell'interlocutrice: madame Benakim è cresciuta in Francia ed è perfettamente bilingue. L'imposizione della lingua "materna" trova invece la sua ragione nel fatto stesso di costituire un vincolo: vincolo a esprimersi in una lingua che consentirebbe di pensare fino in fondo le cose marocchine riguardanti la nascita, la filiazione, la circoncisione del figlio maschio... Nello stesso tempo però si tratta di una costrizione ad abbandonare – fin da subito – il francese (che Madame Benakim sceglie di primo acchito), senza lasciare il tempo alla donna di acclimatarsi nella nuova situazione artificiale creata dal dispositivo di mediazione. Questo mi sembra un punto di rigidità nella proposta clinica e linguistica descritta da de Pury, tanto più che gli effetti collaterali di tale imposizione sono immediatamente visibili in seduta, con la signora che cerca di assumere il ruolo dell'interprete mettendosi a tradurre lei quello che la traduttrice le dice in arabo. Certo, la confusione di ruoli dura poco, dopodiché madame Benakim comincia a lasciarsi andare, a parlare marocchino, eppure un *timing* diverso nella determinazione del vincolo traduttivo, e un invito meno perentorio a cambiare codice avrebbero magari permesso di toccare le questioni essenziali senza forzare il processo. Ma la condizione iniziale in cui si

apre la seduta – la signora parla in francese – è letta come svantaggiosa per il dispositivo, perciò viene immediatamente rovesciata suggerendo alla signora di passare attraverso l'interprete. Il rovesciamento di ruoli effettuato a sua volta dalla donna non può che essere letto come una reazione a questa manovra. Dal mio punto di vista il fatto che l'interlocutrice voglia parlare francese non è così sfavorevole per il dispositivo clinico; anzi, lasciare al paziente il tempo di situarsi linguisticamente permette un più ampio dispiegamento delle possibilità di divenire offerte dal gruppo.



## 4. Un'alleanza tra discipline linguistiche ed etnopsichiatria

### 4.1. L'apporto dell'antropologia linguistica

La proposta scientifica dell'antropologia linguistica mi sembra assai interessante per il dispositivo etnopsichiatrico, perché cerca di studiare la lingua come essa è *vissuta* dai gruppi umani all'interno di specifici contesti socioculturali: "Molti antropologi culturali continuano a vedere la lingua principalmente come un sistema di classificazione e rappresentazione, e quando delle forme linguistiche vengono usate nelle etnografie, esse tendono ad essere impiegate come etichette per significati stabiliti in maniera indipendente. Gli antropologi linguisti, dall'altra parte, hanno sostenuto un'idea di lingua come insieme di pratiche che giocano un ruolo essenziale nel mediare gli aspetti ideatori e materiali dell'esistenza umana, e dunque nel determinare particolari modi di essere-nel-mondo" (Duranti, 1997:4-5). È questa idea dinamica e complessa dell'oggetto-lingua, contro una assai più statica di stampo cognitivo, che permette all'antropologia linguistica di posizionarsi in modo nuovo tra le scienze dell'uomo. Anche il lavoro sul campo cambia radicalmente prospettiva, perché un conto è registrare un termine come un'etichetta per designare un'istituzione o un elemento del mondo esistenti in maniera autonoma, di per sé, e un altro è ammettere che quell'istituzione o elemento possono anche essere agiti dalla lingua, trasformati per mezzo della parola. In questo secondo caso la lingua viene vista come una forza attiva che partecipa alla costruzione della società e dell'universo culturale. "Prenderemo seriamente in considerazione la multifunzionalità delle lingue storico-naturali, la loro continua disponibilità e abilità non solo a descrivere il mondo (sia quello fisico che quello psicologico) ma anche a cambiarlo..." (Duranti,1992:16). È necessario sottolineare quest'ultimo aspetto delle lingue, la loro capacità di modellare i contesti, le situazioni – non solo i discorsi – tramite gli atti di parola. Appare dunque una connessione interessante tra la lingua come prassi culturale che agisce sulle cose, e la lingua come leva operatoria utilizzata in etnopsichiatria clinica. Non è sufficiente per immaginare una collaborazione tra discipline?

Nel suo manuale introduttivo all'etnografia della comunicazione – scritto, come egli stesso racconta, su invito e sfida di Giorgio Raimondo Cardona – Duranti utilizza il modello costruito da Hymes per l'analisi degli eventi linguistici (il cosiddetto S-P-E-A-K-I-N-G),

come guida per elaborare la sua esperienza di campo nelle isole Samoa<sup>68</sup>. Ne risulta un ritratto in movimento della lingua samoana ricco di spunti teorici interessanti. Prendiamo ad esempio la A dell'acrostico, che corrisponde all'Aspetto sequenziale dell'interazione. Analizzando una sequenza di parlato in cui un visitatore annuncia le ragioni del suo presentarsi a casa del visitato, Duranti mostra come siano necessari diversi atti linguistici per raggiungere lo scopo, e che tali atti possono essere compresi solo in quanto parte della sequenza in cui sono prodotti. "Questo andamento complesso del parlato – in cui in una stessa frase vengono eseguiti diversi atti, attivati più ruoli e più di una realtà descritta o evocata – è assai comune nella vita sociale quotidiana e costituisce quella multifunzionalità del linguaggio che perdiamo, invece, di vista quando pensiamo alla lingua come a un sistema isolato e ne studiamo le forme grammaticali avulse dal loro contesto socioculturale" (Duranti, 1992:89). Una metodologia come questa, che ci permetta di considerare la lingua come un oggetto dinamico, multifunzionale, tessuto nella temporalità, è certamente utile per l'analisi di *frames* interattivi estratti dalle sedute, dove spesso in pochi minuti si condensa una quantità indefinita di operazioni e fenomeni linguistici. L'altro elemento messo in evidenza da Duranti riguarda il problema dell'interpretazione dei dati: "dovrebbe essere ovvio che la complessità dei dati cresce proporzionalmente alle conoscenze di cui disponiamo e alle domande che ci poniamo. Il fermarsi a un dato punto è una decisione arbitraria, a volte dettata dalla natura delle informazioni a nostra disposizione, a volte dal tipo di analisi che ci interessa fare da un punto di vista teorico" (Duranti, 1992:90). Questo discorso mi sembra valere anche per il lavoro con il traduttore, quando si analizza il processo al termine delle sedute, oppure quando ci si sofferma a discutere un passaggio linguistico durante il colloquio. Maggiore sarà la nostra competenza sul contesto e più approfondita sarà la nostra capacità di leggere il testo. Parlando in generale di come vadano osservati e compresi gli eventi linguistici all'interno di un gruppo, Duranti invita a tenere conto di tutte le modalità interattive dello stesso gruppo: "Quando studiamo l'interazione verbale in una società dobbiamo avere un'idea del modo in cui il tipo di interazione che stiamo documentando è comune in altri contesti. Questo vuol dire che lo studio di un qualsiasi evento linguistico implica una conoscenza di base della gamma di eventi linguistici possibili in quella stessa comunità" (Duranti,

---

<sup>68</sup> Hymes (1974) costruisce un modello analitico per l'evento linguistico che prevede una serie di componenti raggruppate in otto voci fondamentali. SPEAKING non è altro che una formula mnemonica, l'acrostico formato dalle iniziali di queste voci: S (situation), P (partecipans), E (ends), A (act sequences), K (key), I (instrumentalities), N (norms of interaction and interpretation), G (genres).

1992:70)<sup>69</sup>. Mentre seleziona una lingua, un termine, un suono, il parlante attinge a un repertorio di forme acquisito nel corso della sua vita comunitaria; conoscendo il ventaglio di possibilità comunicative e i contesti cui sono legate, si può cogliere assai meglio non solo quello che l'altro (nel nostro caso il paziente) sta dicendo, ma anche cosa sta facendo tramite la parola, e come nel farlo agisca sulla lingua.

Se passiamo ora alla K, corrispondente alla chiave (*key*), cioè al “tono, maniera o spirito in cui un atto viene compiuto” (cfr. Hymes, 1974), troviamo nel caso samoano studiato da Duranti due sistemi fonologici, che i Samoani stessi chiamano “parlata buona” (*tautala lele*) e “parlata cattiva” (*tautala leaga*). Come spiega l'antropologo, la distinzione tra i due registri non è riconducibile all'opposizione “formale” vs. “informale”, o “standard” vs. “vernacolare”. “Bisogna, invece, chiamare in causa le categorie “occidentale” vs. “indigeno”. La parlata buona è fortemente associata con l'alfabetizzazione e con attività o contesti introdotti nella società samoana in seguito all'incontro con l'Occidente. Viene dunque usata a scuola, alla radio, nelle funzioni religiose cristiane e nel parlare con gli stranieri. La parlata cattiva è riservata a contesti “indigeni”, tradizionali, che comprendono interazioni quotidiane informali o anche formali, pubbliche, con protagonisti di alto rango sociale”. (Duranti, 1992:93). Il *keyswitching* (come il *codeswitching*), cioè il cambiamento di registro all'interno dell'evento linguistico in atto – e a volte nella stessa frase – diventa un segnale estremamente importante da cogliere, perché avverte l'interlocutore di uno spostamento, per esempio un riassetto nella struttura partecipazionale della conversazione. Nello scambio analizzato da Duranti si vede come il passaggio improvviso dalla parlata cattiva a quella buona – ottenuto aggiustando un solo suono del nome del ricercatore: da Alesaga (per Alessandro) ad Alesana – indichi all'antropologo straniero la sua inclusione tra i partecipanti attivi. Diventa allora interessante per il lavoro clinico immaginare di poter influire in modo consapevole sulla struttura partecipazionale dell'evento “seduta” muovendo le leve che spostano da un registro all'altro la lingua. In varietà linguistiche diverse dal samoano potrà non esistere la distinzione tra parlata cattiva (lingua interna) e parlata buona (lingua di contatto con gli stranieri occidentali), ma esisterà comunque una differenziazione tra registri utilizzata dai parlanti per modificare l'assetto dell'evento in corso o compiere su di esso altri tipi di operazioni. La conoscenza delle

---

<sup>69</sup> Allo stesso modo si potrebbe dire che per studiare a fondo una qualunque forma psicopatologica in una società data dobbiamo aver chiaro lo spettro completo dei disturbi psicopatologici da cui tale società è affetta (cfr. Inglese, 2011)

chiavi di lettura di una lingua, mediata dall'interprete, rende inoltre straordinariamente più sensibile l'ascolto clinico.

Merita particolare attenzione l'ultimo capitolo del testo di Duranti, intitolato "Wittgenstein in Samoa", dove vengono mostrati punti di contatto sorprendenti tra la visione della lingua maturata dal Wittgenstein delle *Ricerche*, e l'idea di lingua per i Samoani: entrambe mettono in luce l'aspetto del parlare in quanto fare, della lingua come azione sociale, pubblicamente visibile. Grazie a questa scoperta – che una teoria locale raccolta in un remoto arcipelago del Pacifico è capace di dialogare con le premesse filosofiche di una disciplina occidentale – l'etnografo della comunicazione è costretto ad assumere un *regard éloigné* sul bagaglio conoscitivo che porta con sé, e mette in guardia i colleghi dall'andare in luoghi esotici con la sicumera di trovare dati grezzi senza teoria. In realtà le teorie sono già là, sul terreno, e spesso sono sofisticate quanto quelle del ricercatore, col vantaggio che sono di proprietà del gruppo fatto oggetto di ricerca. In queste considerazioni epistemologiche si scorge lo stesso tipo di invito che Tobie Nathan indirizza ai clinici, quando suggerisce loro di mettersi in posizione di apprendistato rispetto ai guaritori tradizionali, trattandoli da colleghi piuttosto che da informatori. Possiamo trarre da qui anche un'altra considerazione utile: il linguista che lavora in un setting etnopsichiatrico deve immaginare le lingue degli altri sempre accompagnate da un corteo di locutori nativi sapienti (i mediatori possono esserci di grande aiuto in questo). Anche se si tratta di una lingua orale, senza scrittura, stiamo certi che essa, da qualche parte, ha i suoi custodi e i suoi teorici, con i quali è necessario confrontarsi, qualora non si voglia snaturare l'oggetto-lingua trattandolo da codice anonimo, privo di cultura. La qualità della traduzione, l'efficacia dell'interazione clinica dipendono anche da questo livello. Tutte le lingue servono all'uomo per comunicare, ma il come dipende dal loro profilo strutturale, e dai modi in cui vengono effettivamente pensate e impiegate nelle rispettive comunità di parola (il che dà forma a ciò che si potrebbe definire l'attitudine di una lingua). Laddove poi il codice è scritto, fioriscono immancabilmente trattati di lessicografia e grammatica impostati secondo criteri anche molto distanti dal nostro modo di concepire le caratteristiche della lingua. La grammatica per l'appunto è una *tékhnē* specifica che ogni popolo coltiva secondo le proprie inclinazioni letterarie e testuali. Quando allora discutiamo di una lingua in seduta, può essere utile – come lo è per ogni elemento della clinica – interrogare le categorie native (grammaticali, lessicali) per capire come esse concepiscano e segmentino l'oggetto.

## 4.2 L'apporto dell'etnopragmatica

Uno dei presupposti teorico-metodologici alla base di un lavoro di ricerca intenzionato a superare la frattura che si è prodotta negli ultimi decenni tra specialisti dei codici e specialisti dell'interazione è quello di "tener conto sia degli aspetti interazionali sia delle proprietà strutturali delle lingue utilizzate. A questo scopo è indispensabile prendere in considerazione la grammatica intesa come organizzazione della codificazione dell'esperienza resa possibile da una particolare tradizione linguistica e culturale" (Duranti, 2007:12). Duranti chiama questo approccio, che cerca di saldare due diverse tradizioni di ricerca, "etnopragmatica". Le teorie che hanno fornito concetti-chiave per pensare la forza della lingua, come la teoria degli atti linguistici o delle massime conversazionali, hanno evitato di affrontare sia la dimensione esistenziale (etica ed estetica) del parlare, sia la dimensione denotativa delle lingue. L'etnopragmatica, al contrario, nel concettualizzare l'impatto della lingua in quanto "fare" sui contesti cerca di tenere insieme entrambi gli aspetti: la forza performativa delle lingue storiche e la loro struttura grammaticale. L'importanza di questo secondo aspetto per l'antropologo linguistico è data dal collegamento tra struttura della lingua e modalità di pensiero. Un caso interessante viene offerto dal greco antico, che rispetto alla situazione comune attestata dalla comparazione delle varie lingue indoeuropee presenta un tratto assai specifico, vale a dire la facoltà di rendere fedelmente un'esperienza complessa, grazie all'uso di particelle in grado di marcare le articolazioni interne del discorso. Ad esempio: *ge* per richiamare l'attenzione su un punto del discorso, *toi* per esprimere una certezza soggettiva, *pou* un grado di genericità o d'incertezza, *mén* per segnalare un punto del discorso che avrà degli sviluppi, *dé* nel caso un elemento si presenti come fatto nuovo (cfr. Cardona, 2006:110)<sup>70</sup>. Così il greco adegua la sua struttura sintattica a una capacità nuova di pensare il mondo; per converso, è probabile che una lingua capace di rendere con tale precisione certi modi dell'esperienza aiuti il pensiero a svilupparsi ulteriormente secondo quella direzione. Ciò non toglie che la lingua possa riattraversare stadi già raggiunti in precedenza senza che questo implichi necessariamente un'idea di involuzione.

Diamo ora un altro esempio che evidenzia con chiarezza i vantaggi di uno sguardo teorico sulla lingua attento sia alla dimensione interazionale sia a quella strutturale:

"Avec ce *sérñ-là*, je me sens très proche de lui, et cela a commencé avec les salutations

---

<sup>70</sup> Cardona riprende qui il testo di Durante, M., *Sulla preistoria della tradizione poetica greca*, Roma, Ateneo.

initiales<sup>71</sup>. Au début, uh quand moi et le *sérɪɲ* on a commencé a se saluer, nous, on n'a pas seulement établi une relation étroite entre nous, mais aussi une relation avec les ancêtres. Mes ancêtres peuvent être contactés à travers le voisinage du *sérɪɲ* et je peux mieux les ressentir, quoi. Donc, au Sénégal, une thérapie médicale ne peut pas fonctionner sans les salutations, quoi. Elles doivent être très affectionnées et tu dois te sentir comme si le *sérɪɲ* était un membre très proche de ta famille, quoi. Tu dois te sentir très à l'aise avec ton *sérɪɲ*, sinon la thérapie ne peut pas marcher, puisque le *sérɪɲ* ne peut pas entrer ton esprit et le mettre en contact avec les ancêtres et avec son propre esprit aussi. Les salutations sont normales au Sénégal. Je ne peux même pas penser de commencer a parler avec une personne sans avant tout la saluer. Je sais bien que pour vous, uh les *tubaabs*, c'est différent. Les *tubaabs* ne saluent jamais bien. Et quand ils saluent, ils ne peuvent pas saluer bien, quoi. En effet, leurs salutations sont très brèves. Les docteurs *tubaabs* ne saluent pas bien aussi, uh. Comment est-ce que les thérapies peuvent marcher de cette façon là?" (Perrino, 2002:230).

Perrino vuole qui mostrare che nella cultura wolof, alla quale appartengono paziente e guaritore, il grado d'intimità della relazione e i comportamenti verbali con cui gli interlocutori si segnalano tale prossimità sono sentiti come parti integranti del processo di cura. Sottoponendo la trascrizione della fase dei saluti agli informatori wolof, ciò che a un primo ascolto era sembrato tipico diventa però singolare: l'utilizzo insistito da parte del paziente di forme deittiche prossimali, -i, al posto delle distali, -a, come ci si sarebbe potuto aspettare in una sequenza improntata alla cortesia e a un'asimmetria di status tra gli interlocutori. Nelle domande di rito poste dal paziente al *sérɪɲ* "Come va la casa? E la famiglia? E il lavoro?" i referenti delle frasi nominali "la casa", "la famiglia", "il lavoro" sono deitticamente proiettati come prossimali rispetto al parlante. Ad esempio la domanda-saluto *naka xale yi? – naka* (interr. "come") *xale* (sogg. "figli") *y-i* (classificatore plurale prossimale) – mostra appunto nella scelta grammaticale del deittico una prossimità del parlante al referente della frase e dunque all'interlocutore. Questo, insieme all'intreccio serrato e ritmato delle domande e risposte, crea complessivamente un effetto di intimità, anche se poi rimangono presenti nell'architettura dell'evento linguistico le marche dell'asimmetria. Sarebbe proprio questa doppia dimensione di intimità e asimmetria a costituire la specificità dell'interazione, che rispecchia poi l'architettura di base del processo terapeutico per eccellenza: la trasmissione della *baraka*, per contatto e impregnazione, dalla sorgente primaria (Allah) o secondaria (santo, guaritore) al destinatario (persona, animale, cosa). Anche dall'elemento grammaticale, quindi, che ricorre nella fase iniziale dei saluti, dipende quel senso di vicinanza fisica e spirituale indispensabile alla trasmissione del fluido terapeutico e al successo della cura.

---

<sup>71</sup> Come ci spiega l'autrice, il termine wolof *sérɪɲ* (in francese *marabout*) indica una persona religiosa, versata nella conoscenza del Corano, che occupa un posto preminente all'interno di una confraternita sufi senegalese. Grazie alla sua sapienza e al carisma di cui è investito, egli è anche un mediatore di guarigione.

### 4.3 Temi di etnolinguistica clinica

Dopo aver inizialmente optato per “linguistica antropologica”, Giorgio Raimondo Cardona preferisce adottare il termine “etnolinguistica” in ragione del parallelismo con gli altri due termini omologhi più correnti nell’uso scientifico italiano, quelli di “etnomusicologia” ed “etnostoria”. Al di là della scelta relativa all’etichetta disciplinare, esiste una differenza di metodo e contenuti tra la proposta dell’etnolinguistica e quella dell’antropologia linguistica? In molti suoi lavori Cardona (1979, 1980, 1981, 1985, 1989) mostra un’attenzione più spiccata verso i “fatti di sistema” – come codificano l’esperienza i sistemi linguistici? – che non per le problematiche connesse all’uso della lingua – come agiscono i parlanti per mezzo della lingua? Allo stesso tempo però l’opera di Cardona è estremamente ricca e complessa: ci sono studi, contemporanei a quelli sulle classificazioni e le tassonomie etnoscientifiche, come quello sui Tuareg dell’Air (1977), che si situano appieno nella dimensione dell’etnografia della comunicazione e prendono in esame le forme culturali del parlare. Tuttavia, anche qui il ricercatore si concentra maggiormente sulle regole del comportamento verbale (il galateo linguistico, i tabù) e sulle forme codificate all’interno della comunità (lingue segrete, generi linguistici), dando invece meno spazio a quei fenomeni di irregolarità e variazione propri del parlato. L’etnolinguista insomma sembra osservare in maniera prevalente i fenomeni di cui rimane una traccia stabile a livello di sistema, pur essendo consapevole del fatto che solo la lingua vissuta nell’interazione ha una sensibilità sufficiente per captare le vibrazioni più estemporanee dei processi culturali. Dunque, mentre l’antropologia linguistica studia il versante linguistico interattivo degli aspetti antropologici di una comunità, l’etnolinguistica sembra orientarsi verso oggetti meglio definiti, come i sistemi simbolici, le tassonomie, il folklore verbale, le lingue segrete, i sistemi onomastici, e così via. Utilizzando l’elenco ragionato offerto da Cardona nel suo manuale come un abbozzo di programma di ricerca proverò ora a ruotare gli oggetti etnolinguistici verso la clinica, in modo da evidenziare alcune aree d’interesse comune:

1) Viene portato l’esempio di “Mangalore, città di lingua konkai, [dove] cristiani e indu parlano due varietà differenti; una donna avrà però all’interno della sua varietà religiosa anche la sua varietà sessuale; e inoltre quella determinata dal suo mestiere e dalla sua casta: come risultato, ogni scelta linguistica ne identificherà immediatamente mestiere, casta, sesso, religione, appartenenza etnica” (Cardona, 2006:65). Questa appartenenza di ciascun individuo a più reti sociali, dove ogni rete è caratterizzata da una varietà specifica non sempre trasparente per chi ne sta fuori (si pensi alle lingue segrete), può rivelarsi un utile meccanismo di identificazione in sede clinica laddove è necessario fare economia di

domande troppo dirette. Infatti, con l'aiuto di un mediatore esperto, si può ricostruire gran parte del mondo cui appartiene il paziente attraverso il suo modo di parlare (l'impiego di certi termini, la pronuncia, ecc.). Per quanto non tutte le società siano così schematicamente articolate da marcare in modo netto con una varietà linguistica riconoscibile ogni distinzione, in tutte si possono certamente ritrovare una molteplicità di varietà e repertori utilizzati da sottogruppi diversi. Occorre però non pensare a queste differenze come rigidamente riflesse nella lingua, e fissate a una certa categoria di parlanti. Molte volte l'uso sociale della lingua, assai più fluido di grammatiche e lessici, ma anche delle norme sociali stesse che dovrebbero regolare gli scambi tra persone con ruoli, mansioni e ascendenze diverse, rende disponibili queste risorse per rinegoziare sul momento le appartenenze e le distinzioni tra partecipanti all'interazione.

2) Il capitolo sull'onomastica potrebbe ancora costituire uno degli assi principali della ricerca etnolinguistica in ambito clinico. Cardona lamenta quanto siano rare le ricerche di onomastica che adottino una prospettiva globale e non si limitino a fare il catalogo dei nomi. La scienza che qui ci interessa, per potersi intersecare con la clinica, deve necessariamente possedere larghe vedute. Mentre studia i nomi presso i diversi gruppi umani si applica alla conoscenza dei criteri che rendono possibile l'attribuzione o la modificazione dei nomi personali, nonché all'analisi del sapere tecnico che accompagna tali gesti: come è dato il nome? Con quale ricetta è fabbricato? Che ideologia rispecchia all'interno della comunità? Qual è la sua funzione? Come entra nella vita sociale?

In questo senso più ampio i nomi propri costituiscono un'area densa delle lingue; in molte di esse il significato del nome è ancora trasparente, sebbene vadano studiate le progressive erosioni e semplificazioni dei vari sistemi onomastici sotto la pressione di meccanismi acculturativi di ampia portata che ovunque si infiltrano scardinando le logiche locali. Nei nomi si possono condensare le condizioni di apparizione e fabbricazione di un nuovo membro comunitario. Non solo: a volte il nome è già il risultato di una negoziazione tra molteplici forze suscettibili di determinare o influenzare il destino dell'essere umano alla nascita. In base a questa logica un nome potrebbe costituire, grazie ad una procedura oracolare specifica, il tentativo di correggere una natura disgraziata o predestinata negativamente: nominando si cura o si tempera la costituzione del nominato.

*Caso clinico.* Per diverso tempo, insieme all'équipe di un centro di salute mentale, ho incontrato un ragazzo cinese il cui nome era stato lavorato a più riprese dalla famiglia tramite l'intervento di un indovino. La prima volta si era trattato di agire sulla sua complessione, che l'oracolo dava per cattiva perché sbilanciata su un elemento (eccesso



di 'fuoco'); la seconda di moderare l'elemento antagonista ('acqua') che il nome dato dal primo oracolo "conteneva" in eccesso, e da cui derivava una disarmonia non minore della precedente; infine, e questa volta esclusivamente su iniziativa della famiglia, senza alcun intervento tecnico esterno, per sovrapporre al secondo nome un vezzeggiativo ancora più innocuo<sup>72</sup>. Mentre il secondo nome conservava, benché attenuato sotto il profilo della quantità e intensità, l'elemento terapeutico contenuto nel primo nome, il soprannome metteva completamente fra parentesi l'operazione oracolare di bilanciamento tra elementi. Il caso in sé meriterebbe molto più spazio, ma qui ci serve soltanto per evidenziare come l'apporto dell'onomastica possa farci cogliere dei passaggi clinici fondamentali. Trattando un caso come questo, infatti, non si dovrebbe trascurare l'esistenza in Cina di una teoria che mette in correlazione il nome con la composizione della persona, né tantomeno andrebbe ignorata la tecnica che consente allo specialista cinese di accoppiare in modo terapeutico nomi personali ed elementi "fisici" costitutivi dell'essere umano.

3) Il *codeswitching* è un fenomeno centrale all'interno delle sedute con pazienti stranieri<sup>73</sup>. Queste commutazioni di codice sono frequenti durante il colloquio, ed è spesso significativo il momento in cui si passa da una lingua all'altra. Non penso però che la commutazione dipenda solo dalle esigenze discorsive del parlante (commentare quanto si sta dicendo, indicare il destinatario, ecc.). I fattori che fanno cambiare codice mentre si parla possono essere molteplici, e alcuni di essi anche estranei all'economia discorsiva del parlante o alle sue intenzioni comunicative. In un'ottica di dispositivo clinico plurilingue direi che le commutazioni non vanno osservate solo come un gioco intersoggettivo tra

---

<sup>72</sup> Poniamo il caso che per controbilanciare il fuoco in eccesso venga dato alla persona un nome d'acqua, per esempio "Mare". Al secondo giro, constatata l'eccessiva quantità di acqua evocata da "Mare", si opta per ridurne la massa e la sua inclinazione ad agitarsi, scegliendo il nome "Lago". "Piccolino" è invece il soprannome utilizzato dalla famiglia, forse per minimizzare la pericolosità del figlio, oltre che per indicare la sua posizione di secondogenito.

<sup>73</sup> Si definisce *codeswitching* il passaggio da una lingua a un'altra nel medesimo discorso (c. interfrasale), o nella medesima frase (c. intrafrasale), da parte di un parlante bilingue (v. Beccaria, 2004). La categoria di *codeswitching* è problematica perché ciò che è visto come un evidente cambio di codice o come un prestito dai linguisti può al contrario essere sentito da chi parla come mescolanza, ibridazione, invenzione (Spitulnik, 1998). La nozione di *codeswitching*, inoltre, è oggi criticata perché pensa le lingue come oggetti compatti e delimitati, circoscrivibili, tanto che, secondo tale teoria, sarebbe possibile distinguere chiaramente quando si parla A e quando invece si passa a B. Alcuni studiosi (ad es. Woolard, 1998) sottolineano come le idee di interferenza e bivalenza siano meglio indicate per denominare i fenomeni translinguistici di attrazione e mescolanza tra codici, di cui il *codeswitching* sarebbe una figura particolare.

locutori: possono anche essere il frutto di perturbazioni e interferenze che si producono spontaneamente quando si è in presenza di codici diversi. Se venisse registrato un colloquio e si mettessero in evidenza tempi e modalità del *codeswitching*, emergerebbero sicuramente dei punti di cambio linguistico non coincidenti con le esigenze comunicative di un attore in particolare. In questi casi si potrebbe dire che è proprio la molteplicità di lingue a indurre il *code mixing*<sup>74</sup>. Infatti nelle ecologie multilinguistiche i fenomeni di mescolanza (commutazione, ibridazione, invenzione) costituiscono la regola. Bisogna notare inoltre che il lavoro con l'interprete spesso non introduce più ordine nello scambio: a ciascuno la sua lingua materna e il suo turno di parola! Al contrario, esso contribuisce ad incrementare i fenomeni di interferenza e ibridazione. Una linguistica radicata nella dimensione clinica transculturale non può certamente fare a meno di studiare tali figure. Un caso particolare è costituito dai lapsus bilingui, dove il soggetto parlato dalla lingua (ad es. il *francoarabo*, o il *francowolof*) si fa sfuggire una parola in cui gli universi semantici sono confusi. Rajaa Stitou (2007-2008:15-16) fa l'esempio di un paziente tunisino che riferendosi al suo malessere dice: "Tout ça vient de *milad*"; egli pronuncia così allo stesso tempo la parola francese *maladie* e quella araba *mouloud*, che significa nascita, compleanno, e rinvia alla festa musulmana in cui si celebra la nascita del Profeta. La terapeuta mostra come questa confusione permetta in modo subitaneo l'accesso a temi fino a quel momento non toccati, che per il paziente sono saturi di intensità emotiva.

4) Anche il problema dell'ideologia linguistica è spesso centrale nelle sedute di etnopsichiatria, se si considera il diverso peso e prestigio che le lingue possiedono in ogni contesto multiculturale. Lo studio di Swigart (2000) sul *wolof urbano* è un buon esempio di analisi sociolinguistica applicata all'ideologia che contrappone il francese (lingua coloniale diventata lingua nazionale del Senegal) al wolof, e il wolof "profondo" al wolof metropolitano. L'ideologia linguistica è sicuramente un fattore di cui tenere conto nella misura in cui influenza l'utilizzo di una certa varietà rispetto ad un'altra. Nel lavoro con l'interprete sarà fondamentale raggiungere un grado elevato di sensibilità non solo rispetto alle ideologie connesse alla malattia mentale nella cultura del paziente, ma anche rispetto alle ideologie linguistiche tendenti a costruire delle gerarchie di potere e prestigio tra le varietà parlate. È un fattore di cui non tiene conto la linguista de Pury (vedi oltre in questo capitolo un commento più esteso al suo lavoro) nell'analizzare le ragioni che durante una

---

<sup>74</sup> Questa espressione è di solito utilizzata per la commutazione di codice intrafrasale (v. Beccaria, 2004), a me però sembra più adatta per descrivere il fenomeno generale di cui fanno parte entrambi i tipi di *codeswitching*.

consultazione di etnopsichiatria spingono una signora senegalese – con un figlio di otto anni in una grave situazione d’insuccesso scolastico – a preferire la lingua wolof a quella peul, pur essendo lei di etnia peul ed avendo a disposizione sia un mediatore peul (non parlante il wolof) che una mediatrice wolof (non parlante il peul)<sup>75</sup>. Come mai, si chiede la linguista, la donna sceglie di parlare in un codice veicolare, e non invece nella lingua del proprio gruppo etnico? Risposta: perché la signora opta innanzitutto per una relazione preferenziale con una donna, mentre scarta le soluzioni ai problemi di suo figlio che le provengono dal mondo degli uomini: il peul è anche la lingua del marito, da cui è separata (cfr. de Pury, 1998:93). Se davvero si vogliono studiare gli oggetti clinici dal loro versante linguistico, questa risposta appare inadeguata. Per far luce sugli eventi prodotti dalla mediazione non bisogna trovare delle scorciatoie interpretative che taglino fuori le teorie sulla lingua. In questo caso varrebbe di più la pena fare una riflessione sulla coppia wolof/peul, e in particolare sulle varietà di wolof e peul parlate in seduta. Il conflitto rispetto al mondo maschile potrebbe essere integrato in questa riflessione più articolata, osservando ad esempio da vicino il funzionamento e l’uso di una varietà peul femminile rispetto ad una maschile. Vagliato questo livello, si potrebbe vedere se in realtà il conflitto non sia ancora più esteso: la signora scarta tutte le soluzioni che le provengono dal suo gruppo etnico, senza distinzioni di genere, e perciò si ritira progressivamente dallo scambio in lingua peul che dà accesso a quel mondo, mentre si rivolge decisa alla mediatrice wolof. Torniamo così alla questione dell’ideologia linguistica che stiamo qui discutendo. A partire dagli anni ’90 – la seduta di cui parliamo si svolge presumibilmente a metà di quella decade – il wolof, o meglio la varietà urbana del wolof, è una lingua in forte ascesa, dal punto di vista del prestigio sociale e del suo utilizzo sempre più ampio nel quadro della vita senegalese: è insomma una lingua nazionale che fa concorrenza al francese, e in certi casi comincia addirittura ad avere più influenza del francese. Viene usato dai mass media, è impiegato nei contesti pubblici, nei discorsi ufficiali, istituzionali, “alti”; inoltre ha il vantaggio di essere una lingua africana, nativa, capace di veicolare un patrimonio “tradizionale” forte ed è parlata come prima lingua da un’ampia comunità in via di globalizzazione. Scegliendo il wolof la signora opta per una lingua alternativa al francese, ma comunque centrale nel mondo senegalese, che le permetta di utilizzare concetti “tradizionali” e allo stesso tempo non la faccia sentire marginalizzata rispetto ai

---

<sup>75</sup> Entrambi mediatori etnoclinici del Centro Devereux. È la terapeuta di origine senegalese a condurre la seduta. Come vedremo, questa potrebbe essere una ragione non secondaria della preferenza linguistica manifestata dalla signora.

suoi interlocutori e al funzionamento linguistico del dispositivo. Se infatti la terapeuta principale parla wolof oltre che francese, mettersi a parlare il peul vuol dire allontanarsi dal centro del sistema, rinunciare al prestigio e alle possibilità che una lingua con maggior “peso” offre ai suoi locutori. Il vincolo della traduzione è ben accetto, non lo è altrettanto quello di parlare in una lingua periferica, benché materna<sup>76</sup>. E su questo punto vorrei muovere un'altra critica al testo di de Pury, perché non prende mai in considerazione le operazioni che vanno fatte per sostenere attivamente il lavoro del mediatore in seduta. Quando l'équipe si accorge che l'interprete peul è stato, per così dire, “disinstallato”, che cosa può fare per tentare di ripristinare il suo ruolo? In un'altra sezione del mio lavoro ho cercato di rispondere a questa domanda, ma vorrei qui aggiungere un'ulteriore osservazione. Poiché il processo terapeutico è globalmente multilingue, nessuna trasformazione può essere effettiva fino a quando non sia resa operabile in tutte le lingue funzionanti in seduta. Esse fanno parte del quadro al pari delle teorie che guidano il lavoro terapeutico<sup>77</sup>. La marginalizzazione del peul può costituire un problema clinico nella misura in cui non permette all'interazione terapeuta-paziente di divenire efficiente anche in tale mondo. Detto diversamente, se i Peul non contribuiscono alla soluzione del problema, ogni proposta del gruppo terapeutico correrà il rischio di esserne inficiata.

---

<sup>76</sup> Sto pensando qui al modello gravitazionale, secondo cui le lingue nel mondo possono essere concettualmente raggruppate in costellazioni; esiste una lingua iper-centrale (inglese) intorno alla quale gravitano tutte le costellazioni; ognuna di esse è formata da una lingua super-centrale e da altre in posizione centrale o periferica. A loro volta alcune di queste lingue possono costituire il centro di una costellazione. Ad esempio il wolof fa parte della galassia francese, ma esso stesso è il centro gravitazionale di una galassia che ha il peul, il jola ecc. come lingue periferiche. Calvet (1999) rende più complesso il modello originale pensato da de Swaan, in modo da tener conto delle interferenze tra campi di gravitazione e del fatto che certe lingue periferiche possono appartenere a seconda dei contesti a due costellazioni differenti (è il caso del peul che appartiene sia alla galassia wolof che bambara). Il valore di ciascuna lingua, e quindi la sua posizione inter e intrasistemica, è dato da un insieme di fattori quali ad esempio quello demografico (quanti parlanti possiede?), quello economico (è una lingua commerciale?), quello religioso (è veicolo d'espansione di una fede?). Si tratta di un modello interessante per pensare i fenomeni di bilinguismo su scala mondiale, insieme alle questioni di geopolitica linguistica e alle dinamiche secondo le quali evolvono i rapporti tra le lingue e tra i gruppi. Abbiamo già accennato all'inizio del capitolo al fatto che clinica e geopolitica sono spazi interconnessi.

<sup>77</sup> Il quadro va inteso come un sistema aperto, negoziato, di cui è necessario talvolta far variare alcune componenti, così da far emergere, nel corso del processo, nuovi oggetti – ad esempio nuove lingue – capaci di definire un quadro più funzionale per il paziente (cfr. Nathan, 1986; Yahyaoui, 1988).

5) Un'altra questione interessante, che assume anch'essa un'indubbia rilevanza dal punto di vista clinico, è quella dei generi linguistici (lamentazione, preghiera, orazione, saluti, congedo...). Il colloquio clinico è una situazione linguistica molto complessa, dove la parola varia da un momento all'altro assumendo talvolta forme culturalmente riconoscibili. Essa non fluisce in maniera monotona e uguale dall'inizio alla fine della seduta, ma può prendere ora l'andatura di un discorso assembleare, ora il modo di una conversazione scherzosa, di un atto divinatorio, e così via. Le regole formali di questi vari generi incassati all'interno dello stesso evento linguistico dipendono naturalmente dalla cultura di chi parla. La mediazione può sfruttare attivamente questo tipo di regole in modo da creare contenitori discorsivi comprensibili per il paziente. Si tratta di una linea di ricerca promettente, perché apre il lavoro clinico alla conoscenza delle forme del parlare nei diversi contesti socioculturali. Un esempio preso dalla mia esperienza servirà a mostrare il ruolo che i generi linguistici possono giocare nell'interazione clinica.

*Caso clinico.* B. è una donna ghanese di 40 anni, proveniente da una regione al confine col Togo. Nonostante conosca poco l'italiano, i primi colloqui si svolgono senza interprete perché non è possibile individuare una persona che parli la sua lingua (una *varietà akan*). Finalmente viene trovata una traduttrice; benché non appartenga al gruppo della paziente conosce la lingua avendo abitato a lungo nella medesima regione. La comunicazione tuttavia resta difficile: spesso la paziente ascolta in silenzio le parole dell'interprete e non dà segni di aver inteso. Proviamo allora con delle perifrasi, semplificando la sintassi e abbreviando le frasi italiane in modo da rendere meno laboriosa la traduzione. Poiché le *impasses* comunicative continuano, mi propongo di analizzare insieme alla traduttrice alcune sequenze di sedute registrate. Così vorrei ricostruire a sommi capi un profilo grammaticale di questa varietà akan, per farmi un'idea di quanto sia effettivamente distante dalla struttura dell'italiano, e se ciò non giustifichi in parte le difficoltà fin qui avute con la traduzione. L'idea è ingannevole: sappiamo infatti che qualunque enunciato emesso in una lingua può essere riprodotto in un'altra – anche se non proprio con lo stesso identico significato. Ma allora dove sta il problema se non riguarda la struttura? Da linguista, preferisco continuare a pormi questo interrogativo considerando il funzionamento della lingua, piuttosto che il funzionamento mentale della paziente. Occorre tuttavia riflettere su una questione: per cercare la chiave di quei lunghi minuti di perplessità, di quei fenomeni di incomprensione e fraintendimento, non si può usare un metalinguaggio disciplinare che lasci impregiudicata la posizione della lingua, pensando così di smontare il processo clinico solo dal punto di vista linguistico. Se veramente si vogliono cogliere gli

elementi critici del processo va creata una sorta di oscillazione tra clinica e linguistica, in modo che quest'ultima passi attraverso la trasformazione – indotta dal vincolo clinico – dei suoi presupposti teorici e metodologici.

Un giorno, nel corso di una consultazione, accade qualcosa di sorprendente. Il terapeuta sta utilizzando un linguaggio immaginifico per descrivere alla signora quali siano le sue sensazioni tutte le volte che si verifica un black-out comunicativo e la seduta sembra piombare in un'oscurità da notte africana; la signora aspetta la traduzione e poi illuminandosi esclama "Ah, ma questo ha l'aria di essere un proverbio". Da quel momento, e per tutto il resto dell'interazione, il dialogo procede senza incidenti, con una fluidità insolita. Che cosa è successo? Come ha fatto la comunicazione a stabilizzarsi improvvisamente? La nostra ipotesi è che nel buio della situazione linguistica, rischiarata a fatica dall'interprete, la paziente ha percepito una forma di parola riconoscibile. Sarebbe interessante capire come abbia fatto la paziente – o l'interprete – a trasformare il discorso del terapeuta in un proverbio akan. Ma la cosa importante è che finalmente, nel momento in cui il discorso clinico prende una forma proverbiale, la signora partecipa al colloquio e capisce quello che le viene detto. Il proverbio è un genere linguistico, e come tale risponde a regole generative che ne ordinano le caratteristiche formali e strutturali, la funzione, e la grammatica d'uso. Ha dunque la proprietà di rendere stabile e coerente il discorso, funzionando per i parlanti come una cornice interpretativa condivisa. Al contrario, quando la nostra parola non ricalca o non riesce a tener conto dei modelli culturali conosciuti dalla paziente, questa si disorienta, non segue più il discorso e si disconnette. Ciò naturalmente non significa che se troviamo una formula che funziona una volta dobbiamo poi applicarla in modo ripetitivo. Ma il fatto di aver trovato un interprete – ovvero una lingua – di per sé non garantisce ancora un livello di comunicazione accettabile.

C'è un'ultima cosa che vorrei sottolineare a proposito di questo esempio: il proverbio è la forma nella quale il diritto consuetudinario può essere tramandato. Dunque, se la paziente dice "ah, ma questo sembra un proverbio", dobbiamo chiederci se non ci stia anche offrendo un indizio su ciò che la preoccupa e su come sia possibile venirne a capo. Forse, invece di un colloquio clinico in senso stretto, sarebbe più utile una discussione che consenta di materializzare in seduta il diritto consuetudinario akan. Se poi si parla, come in questo caso, di una persona costretta a fuggire dal suo paese, richiedente asilo in un paese europeo, diventa ineludibile la questione del rapporto tra diritto internazionale e diritto consuetudinario, dove il primo non va contrapposto al secondo in base al fatto che il diritto internazionale è moderno, mentre quello consuetudinario è arcaico e fondato sul

costume (altrimenti si ripeterebbe lo stesso schema che affligge il rapporto tra psichiatria e mondi tradizionali della guarigione). In realtà anche il diritto consuetudinario si trasforma, è capace di mutare sotto la pressione degli eventi storici, e addirittura in certi casi ne viene stravolto; le controversie che tenta di regolare sono quasi sempre calate nella società del tempo presente, non in un tempo mitico, eternamente fisso. Il problema, semmai, è nuovamente quello di far dialogare tra loro due sistemi, questa volta di tipo giuridico. È una questione che ricade direttamente sul dispositivo, perché per raccogliere la sfida esso è obbligato a creare nuove articolazioni tra sé e il mondo. L'infittirsi dei collegamenti con altri sistemi, soprattutto extra-clinici, costituisce un indicatore importante del fatto che il dispositivo sta lavorando in modo proficuo.

6) Il concetto di *"fashions of speaking"*, introdotto da Whorf e poi ripreso da Hymes come *"ways of speaking"*, rinvia ai modi di analizzare e riferire l'esperienza che si sono stabiliti nella lingua grazie a un complesso di elementi coordinati di natura lessicale, morfologica, sintattica, integrati in una cornice coerente. Nei rapporti interpersonali queste maniere di parlare sarebbero fondamentali per una piena comprensione reciproca: la condivisione della stessa lingua non basterebbe a garantire tale livello ottimale di comunicazione. Usiamo ancora categorie troppo rigide e generiche per valutare la competenza linguistica necessaria a realizzare uno scambio comunicativo pienamente soddisfacente. Le lingue non sono monolitiche né dal punto di vista della struttura – quello che chiamiamo lingua è di solito un *continuum* di varietà – né dal punto di vista del loro funzionamento: una volta fatte proprie da parlanti in carne e ossa, che se ne servono per scambiare punti di vista e vivere in società, hanno la tendenza a generare nuove forme, continuando a plasmarsi in funzione dei gruppi. È proprio questo vivere in società che consentirebbe la formazione di sistemi di scambio peculiari, maniere di parlare e di intendersi secondo uno stile espressivo caratteristico. Il lavoro di interpretariato non si ferma dunque al confine esterno tra una lingua e l'altra, perché una volta attraversato questo confine, che da fuori sembra l'unico esistente, ne appaiono di nuovi, e a mano a mano che si continua la traversata ci si rende conto di incontrare a ogni passaggio di confine interno un nuovo collettivo con cui è possibile dialogare secondo una specifica modalità di parola.

7) Anche le formule di allocuzione nei contesti multilingue sono da studiare attentamente. Quali sono le regole di deferenza utilizzate nella seduta? Ogni lingua conoscerà le sue. Come viene gestita la distanza e il grado di intimità tra interlocutori di lingue diverse durante la seduta? Quali modelli allocutivi, ad esempio quali formule di cortesia saranno adottate nel corso dell'incontro? Il momento delle presentazioni è denso di biforcazioni, di

possibilità che condizionano gli eventi successivi, non è solo una garbata cornice messa lì per iniziare gradualmente il lavoro dopo essersi scambiati alcune informazioni personali: la scelta degli elementi allocutivi risulta fondamentale per la circolazione della parola. Abbiamo visto, nel caso senegalese presentato sopra, quale sottile gioco di contrasti venisse creato al momento dei saluti iniziali modulando la struttura grammaticale in un senso (intimità) e la cortesia linguistica nell'altro (distanza), e come questo contribuisse a rendere la situazione linguistica propizia per l'atto terapeutico.

#### **4.4 Discussione sul *Traité du malentendu***

In passato ci sono già stati contatti interessanti tra l'etnopsichiatria e l'etnolinguistica: Sybille de Pury è stata la prima ricercatrice – forse l'unica – ad essersi occupata degli aspetti linguistici del laboratorio nathaniano. Entrata nel gruppo di ricerca del Centro Devereux portando come dote la sua esperienza di etnolinguista tra gli indiani Nahuatl, ha cominciato a interrogarsi sulle singolari caratteristiche della mediazione interculturale in situazione clinica; si trattava per de Pury di pensare le pratiche di traduzione all'interno del dispositivo, e per far questo è stata obbligata a sperimentare, a far parte lei stessa di un dispositivo etnoclinico. Ha fatto parte di un'*équipe* di ricerca-azione che aveva il compito di svolgere delle mediazioni nelle scuole a favore di ragazzi con "difficoltà di apprendimento" e di inserimento scolastico. I casi osservati da de Pury – casi di "malinteso" interlinguistico più che casi clinici, tutti provenienti da famiglie di origine straniera – hanno permesso alla ricercatrice di fare alcune riflessioni interessanti; innanzitutto su quello che sembra un paradosso della traduzione: "La traduction nous a introduits dans un monde où règnait le paradoxe: où plus les choses devenaient complexes et éloignées, moins elles bloquaient l'entretien, où plus les mondes étaient distingués, plus le passage de l'un à l'autre s'opérait avec facilité, où moins on se «comprendait», plus on «communiquait»" (de Pury, 1998:28)<sup>78</sup>. Che due lingue siano sempre intertraducibili, sostiene l'autrice, non è interessante quanto il fatto che nel passaggio dall'una all'altra succede spesso qualcosa d'imprevisto: il punto non è tradurre per ridire quasi la stessa cosa, ma per dire qualcosa di

---

<sup>78</sup> Con "malinteso" de Pury intende una situazione interlocutiva che pone l'esigenza ineludibile di interrogarsi sulla costruzione dell'enunciato appena emesso; in questo senso, conclude l'autrice, si può dire che il malinteso sia all'origine della comprensione (cfr. de Pury, 1998:140). Non è che le situazioni monolingui siano prive di malintesi, tutt'altro, è solo che sfuggono più facilmente quando lo scambio verbale avviene tra parlanti della stessa comunità linguistica: "On dit souvent que les situations de contact entre cultures sont propices aux malentendus. En fait, elles sont propices au repérage des erreurs de compréhension, non à la production de malentendus" (de Pury, 1998:129).



nuovo. Diamo un esempio preso dal *Traité*: durante una consultazione, una madre congolese commenta così il comportamento della figlia che a scuola – anzi, solo a scuola! – non parla e si rifiuta di svolgere alcune attività obbligatorie: *la tête, ça marche pas*, “la testa, non funziona”. Quando, però, la mediatrice insiste nel parlare lingala e chiede alla signora di raccontare che cosa si direbbe al suo paese di una bambina che si comporta in quel modo, essa risponde con il termine lingala *kimpi*. Con *kimpi* si indica una persona resa instabile, perturbata da un soffio capace di penetrare e alloggiarsi nella testa<sup>79</sup>. Questa seconda definizione ha il vantaggio di far emergere una diagnosi di attacco stregonesco che l’espressione francese non può rivelare. In realtà “la testa, non funziona” è la traduzione letterale di un enunciato lingala che contiene già un implicito riferimento all’eziologia stregonesca, ma questo è un passaggio impossibile da cogliere senza la mediazione. Se ci si accontenta del primo enunciato, usato apposta dalla madre per parlare delle difficoltà della figlia evitando ogni accenno alla stregoneria, se ne ricava una spiegazione di senso comune, comprensibile eppure inadatta a comunicare il senso più nascosto e pregnante della frase. Invece lo scopo della traduzione, afferma l’etnolinguista, è proprio quello di elicitare termini come *kimpi*, per rendere il discorso clinico polifonico e multiteorico: le lingue servono a convocare le teorie, e ad aprire porte altrimenti invisibili. Cercando un modello teorico per pensare la traduzione de Pury trova nelle riflessioni di un matematico l’idea essenziale di cui ha bisogno: quella di vincolo (*contrainte*). Il teorema enunciato da René Thom dice che quando uno spazio è sottoposto a un vincolo, esso accetta il vincolo dato, salvo in un certo numero di punti (singolarità) dove si concentra, facendo resistenza, tutta la sua struttura. Questo concetto è reso visivamente con l’immagine della manica di una giacca che fa delle pieghe quando la si comprime. Allo stesso modo – sostiene la linguista – quando si traduce, ovvero quando si cerca di dire la stessa cosa in un’altra lingua, compaiono dei punti di resistenza: “A certains points précis, on voit apparaître une résistance. Chacun de ce points est une «pli» où se concentre la structure linguistique lorsqu’elle refuse de se soumettre à la structure d’une langue autre” (de Pury, 1998:59). Queste pieghe, aggiunge la ricercatrice, sono preziose, ed è là che il traduttore deve fermarsi e interrogare la lingua: è nell’esaminare le pieghe che emerge il sistema. Parlando del dispositivo di mediazione, della sua artificialità, de Pury si pone

---

<sup>79</sup> Ce n’est pas la même chose de dire «traduisez en lingala ce que nous disons en français» et de demander «que dites-vous en lingala dans une même situation?». Seule cette seconde question est à même de faire advenir des énoncés que nous n’attendions pas mais qui n’auraient pas manqué d’être prononcés ailleurs. Ici, c’est le mot *kimpi* qui a surgi et que la traductrice a attrapé au vol” (de Pury, 1998:40-41).

come sperimentatrice all'interno di un collettivo di ricerca: "Ce que nous avons fait, c'est choisir un cadre qui permette d'agir, c'est-à-dire de produire des réaction aux contraintes imposées, lesquelles seront alors traitées comme des réponses à ce que nous avons induit" (de Pury, 1998:71). I vincoli costituiscono un quadro, un contesto che consente di agire, senza però generare risposte predefinite. Tramite il vincolo della traduzione si condiziona la produzione discorsiva del locutore, ma non la si determina. Ciò che la mediazione rende possibile durante le consultazioni di etnopsichiatria è il dispiegarsi della libertà discorsiva individuale (paziente), in parallelo con l'emergere delle singolarità del sistema linguistico (gruppo d'appartenenza). Invece, nell'uniformità del discorso monolingue sia l'individuo che il gruppo perdono in definizione e capacità di parola.

Sebbene consideri per molti versi illuminante il saggio di de Pury, mi permetto di avanzare alcune critiche alla sua impostazione. Il testo riporta diversi frammenti di seduta, ma tutte le frasi dei colloqui sono tradotte in francese, mentre in lingua matrice non compare mai più di un termine alla volta – ovviamente quello cliccabile, che richiama una teoria eziologica, o una nosologia. Vengono nominate numerose lingue africane, ma di nessuna compare una frase translitterata. Non penso che sia solo per evitare al lettore un ragionamento troppo tecnico, anche se la volontà di scrivere un testo agile può aver influito sulla costruzione degli esempi linguistici. Secondo me è l'aver messo l'accento sulla mediazione che ha fatto passare in secondo piano le lingue, e con esse il bisogno di rappresentarle graficamente nella loro singolarità (di suono e struttura). La traduzione – e il traduttore – sono posti come elementi centrali del dispositivo, potremmo dire le costanti, mentre le lingue sono ciò che passa, le variabili: "Le médiateur se trouve [...] placé au coeur du dispositif, il en est le moteur, il est responsable de ce qu'il fait advenir" (de Pury, 1998:142). In questo passaggio è percepibile il timore della linguista di aver disumanizzato il dispositivo per mezzo di un discorso fondato sull'idea di "sistema"; da qui deriva la correzione verso la dimensione soggettiva, e il registro della creazione. Così, dopo alcune brillanti definizioni, la mediazione torna ad essere un luogo d'incontro tra gli interlocutori. Forse però le conclusioni andrebbero tratte in senso opposto: il vero snodo tecnico della mediazione non è tanto il livello intersoggettivo – interlocutorio – quanto il livello *interoggettuale*, in cui l'interazione avviene prima di tutto *tra oggetti* linguistici. A volte questi oggetti possono essere dei singoli termini, in altri casi sono ampie porzioni discorsive, generi, registri, ecc. Per restare all'esempio congolese citato sopra, il termine lingala *kimpi* interagisce in traduzione col termine francese corrispondente *instable*, ma bisognerebbe effettuare uno studio semantico comparato per mostrare la relazione

interoggettuale tra queste due entità. Purtroppo de Pury non si addentra in queste discussioni: dopo aver isolato il termine dal resto della lingua non ce ne svela l'architettura interna<sup>80</sup>. L'interesse esclusivo per la traduzione distoglie la ricercatrice dagli interrogativi riguardanti gli aspetti strutturali o interazionali delle lingue. Il lavoro che esse compiono all'interno del processo clinico non è circoscrivibile – come a volte potrebbe sembrare leggendo il testo della de Pury – al momento rivelatore in cui, eureka, la parola capace di dischiudere un sistema di pensiero fa la sua apparizione. Nemmeno può essere compreso tenendo conto soltanto del livello semantico, e piuttosto servirebbero analisi del parlato che descrivano il funzionamento complessivo delle lingue nell'esecuzione della pratica clinica.

In cosa consiste il lavoro del linguista, quando è chiamato ad agire sui propri oggetti durante la consultazione? Su questo punto il testo non offre risposte soddisfacenti. Sappiamo che se compare un linguista all'interno di un'*équipe* etnopsichiatrica è perché esiste una particolare tipologia di oggetti attivi – le lingue – che richiede un doppio *savoir-faire*: la competenza di un locutore professionale (il mediatore), e la conoscenza di uno specialista iniziato all'analisi di questi oggetti. Il testo però si concentra unicamente sulla pratica dei mediatori, tralasciando quasi del tutto il ruolo attivo del linguista nelle sedute.

#### 4.5 Elogio della molteplicità

Vorrei concludere questo capitolo con una specie di elogio della *molteplicità*. Come vedremo essa è una condizione indispensabile per concepire: a) la trasmissione delle lingue ai bambini (linguistica acquisizionale), b) le interazioni verbali all'interno di una società (socioetnolinguistica, antropologia linguistica), c) i processi comunicativi in ambito clinico (etnolinguistica clinica).

Innanzitutto poniamoci la domanda seguente: *quanti locutori servono per fare una lingua?* Ovvero, quali processi, situazioni, giochi linguistici servono per trasmettere una lingua? Quale tipo d'interazione influenza maggiormente la primissima acquisizione linguistica? A lungo si è insistito su un modello di apprendimento basato sulla diade ideale parlante-ascoltatore, che sostanzialmente focalizzava l'attenzione sugli scambi madre-bambino. Questi studi stabilivano che la trasmissione aveva luogo grazie alla comunicazione faccia a faccia, concentrata sul bambino. Secondariamente, quando l'input linguistico non era direttamente rivolto a questo, subentrava lo schema del bambino "origliante", cioè situato

---

<sup>80</sup> Nel caso del nahuatl, invece, le sue analisi lessicali sono molto precise e contribuiscono a gettare luce sulle strutture del pensiero nahuatl (cfr. de Pury, 1989).

in una posizione terza rispetto a un parlante e a un ascoltatore che comunicavano tra loro in sua presenza. Tali teorie psicolinguistiche erano ben lungi dal poter fornire un modello universale di acquisizione della prima lingua, perché mettevano fra parentesi la società, e con essa le idee di variazione e di molteplicità nei *patterns* interattivi di comunicazione. È soprattutto questo l'aspetto che rendeva impraticabile la loro estensione ad altre realtà, e non tanto il fatto che fossero costruite in un laboratorio con confini geografici e culturali troppo ristretti (la *middle-class* euro-americana bianca; cfr. Ochs e Schieffelin, 1984). Un laboratorio altrettanto specifico – costituito da alcune comunità Maya, quella Zinacantec in particolare (de León, 1998) – ma in compenso attento alle dinamiche di socializzazione linguistica e contemporaneamente alle modalità attraverso le quali (attraverso quali pratiche e teorie culturali) i bambini divengono esseri umani, può dare risultati notevolmente diversi. Potremmo allora immaginare di poter generalizzare queste osservazioni, al punto da renderle utilizzabili per altri contesti di apprendimento, quelli per così dire diadici, scoprendo magari che anch'essi risultano multiformi e complessi come il mondo maya.

Secondo il modello proposto da de León, i bambini in età prelinguale acquisiscono la lingua perché immersi fin da subito in un flusso continuo di situazioni interattive diadiche e poliadiche; così, prima ancora di poter parlare, sviluppano un'abilità partecipativa che fa già parte della lingua nel suo essere acquisita. La varietà maya *tzotzil* sottolinea questo aspetto graduale, progressivo dello sviluppo psichico del bambino con l'espressione "sta venendo/arrivando la sua anima", *chtal/chul xa xch'ulel* (de León, 1998:136). Vista la vulnerabilità di questo processo, almeno nei primi mesi di vita, i *caregivers* sono sempre molto consapevoli degli stati fisici ed emotivi del bambino, e metacomunicano costantemente tra di loro sulle sue attività, sentimenti, intenzioni. Un altro aspetto interessante è il fatto che il bambino è sempre portato, ovvero rimane per la più parte del suo tempo da sveglio in contatto corporeo col *caregiver*, di cui condivide il centro prospettico, interagendo con gli altri membri della famiglia all'altezza-occhi degli adulti.

L'autrice discute vari esempi di socializzazione linguistica in atto: ad esempio nella vignetta dei saluti mostra come il bambino a quattro mesi sia già in grado di partecipare a un evento complesso coordinando il proprio sguardo con quello del *caregiver* mentre questo rivolge la parola alle persone che passano in strada: il bambino è seduto in braccio alla zia nel patio di casa e durante lo scambio di saluti tra la zia e i passanti mantiene lo sguardo *caregiver* su questi finché non si allontanano. Facendo ciò, ovvero coordinando il

proprio contatto visivo (identico a quello della zia) col contatto vocale stabilito tra gli adulti, manifesta un notevole livello di coinvolgimento nell'evento linguistico.

Un'altra vignetta interessante fa vedere come attraverso alcuni giochi linguistici, quali ad esempio le 'minacce per scherzo', i piccoli maya vengano iniziati alla lingua e nello stesso tempo al mondo mitologico *tzotzil*. Esseri sovranaturali rapitori di bambini sono convocati con la formula *chastzak*, "ti prende", e mentre il piccolo viene portato via dalle braccia del 'rapitore per scherzo' ripete la radice verbale *tzak tzak tzak* "prende prende prende", finché il bambino non si mette a ridere o a piangere. Queste reazioni vengono poi studiate dal gruppo e diventano lo spunto per fare commenti vivaci sul carattere del 'socializzando'. Prima che arrivi il tempo della parola, e dell'interazione dialogante, i bambini zinacantec sono ingaggiati fin dai primi mesi di vita in situazioni comunicative a più persone, e fanno esperienza di un'ampia varietà di *patterns* linguistici, che cominceranno a utilizzare come parlanti veri e propri verso i due anni di età. Ciò vuol dire che all'inizio c'è la molteplicità, l'interazione poliadica e poi, quando le abilità maturano e la lingua ha messo radici nel mondo interno del bambino, arriva la diade, la conversazione faccia a faccia, il dialogo. Siamo così in grado di rispondere alla domanda iniziale: quanti locutori occorrono per fare una lingua? Ebbene, per fare una lingua, cioè per fabbricare un nuovo parlante in quella lingua, la madre non basta, serve almeno un gruppo familiare, ma forse occorrono anche dei vicini di casa, dei conoscenti con cui scambiare saluti e formule di cortesia; in effetti non bastano neppure dei parlanti, serve piuttosto una *macchina del parlare* funzionante a pieno regime, che crei connessioni fluide tra locutori, situazioni, atti verbali, giochi d'azione comunicativi. I vecchi modelli psicolinguistici fondati sulla diade soffrivano di un restringimento del campo visivo: per essi esisteva solo il centro e non la periferia, dove il centro sta per la capacità d'interazione con un singolo partner conversazionale, mentre la periferia raccoglie un insieme mutevole di routine sociali, scambi poliadici e giochi linguistici plurivocali. Nel modello suggerito da de León la periferia è il luogo d'elezione in cui nasce la lingua, e da questo orizzonte il bambino procede gradualmente verso la conquista della parola.

La seconda parte del mio ragionamento si concentrerà su un'altra domanda, simmetrica a quella precedente: *quante lingue contribuiscono a formare il locutore?* Detto in altri termini: può costituirsi un parlante assolutamente monolingue? È improbabile che ciò si verifichi, prima di tutto perché "l'esistenza di un monolinguisma è possibile solo se si concepisce la lingua come un insieme omogeneo, o se si contrappone una lingua per esempio letteraria ad un'altra letteraria. Altrimenti ogni parlante conosce, se non altro, più varietà della sua

lingua” (Cardona, 1988). Le articolazioni della vita sociale vanno infatti di pari passo con le articolazioni della lingua. Le suddivisioni tra gruppi sono quasi sempre marcate anche da scelte linguistiche: è così che nella stessa comunità si possono avere varietà femminili o maschili, varietà religiose, di casta, di mestiere, e così via, le quali possono anche articolarsi ulteriormente tra di loro, dando luogo, ad esempio, a varietà religiose femminili. Trovandosi all’intersezione di più reti sociali, ogni parlante sa parlare più di una varietà, e ciò nonostante continua a far parte sempre della stessa comunità linguistica (v. Cardona, 2006:65). Va da sé che il modello di acquisizione della lingua visto sopra, focalizzato sulle relazioni poliadiche, implica la presenza di un gruppo e dunque l’attivazione di un repertorio linguistico eterogeneo, costituito da più varietà. Se le cose stanno così, se cioè l’ambiente di apprendimento della prima lingua è sempre plurilinguistico, vuol dire che essa si fonda necessariamente su una molteplicità di idiomi; non è l’uno che permette di pensare i molti – Nathan afferma che la prima lingua è importante perché ci consente di pensare tutte le altre – bensì è il molteplice che consente di pensare l’unitario. Qualora il bambino non fosse sprofondata in un flusso di varietà linguistiche, non potrebbe imparare *la* lingua, né potrebbe capire che *cosa* sia lingua. Altro che *baby talk!*

Facciamo ora una digressione su quello che appare unitario ma non è. Una *koinè diálektos*, una lingua comune, si costituisce a partire da un adattamento, in cui varietà locali più specifiche lasciano spazio a una varietà meno connotata ma capace di tenere unite le diversità<sup>81</sup>. Non appena però si va a scavare nella lingua comune, sotto l’omogeneità apparente rispunta fuori l’elemento irriducibilmente diverso; la struttura globalizzata lascia intravedere le forme locali, gli strati eterogenei. Questa osservazione ci permette di dire qualcosa sulle *lingue franche*. L’espressione può indicare da un punto di vista strettamente linguistico una lingua nazionale, o di un gruppo, che si diffonde come lingua d’interazione e transazione tra popoli in contatto. Può inoltre indicare – nell’accezione originaria – una mescolanza di lingue utilizzata da locutori che non hanno nessun’altra lingua in comune. Una lingua franca non deriva morfologicamente da un’altra lingua, e non procede dall’alterazione di una lingua matrice; inoltre ha un’esistenza limitata

---

<sup>81</sup> Koinè diálektos era il nome dato alla varietà di greco, basata principalmente sul dialetto attico, che dopo la morte di Alessandro Magno divenne corrente in tutti i territori in cui si divisero l’impero da lui per breve tempo unitariamente governato. Rimase poi strumento d’espansione e comunicazione “imperiale” per lungo tempo, perché adottata come lingua franca nella parte orientale dell’Impero Romano e poi nei vasti territori dell’Impero Romano d’Oriente.

nel tempo<sup>82</sup>. Per quanto riguarda la prima accezione, sappiamo che di solito i locutori, nel loro essere atto di parola, si adattano malvolentieri a parlare la lingua di un altro gruppo senza cercare di adattarla a sé, ad esempio forzandola verso le proprie matrici linguistiche. Le storie delle “lingue di contatto” sono state spesso marcate da questo duplice movimento di adattamento/appropriazione; non occorre arrivare alla genesi dei pidgin e delle varietà creole, basta pensare alla trasformazione locale del francese o dell’inglese nel continente africano. Il meccanismo di adattamento/appropriazione è caratteristico (ma non esclusivo) dei mondi colonizzati, e sintetizza la strategia del conquistato che fa propria la lingua egemone dell’altro grazie alla sua astuzia acculturativa<sup>83</sup>. Per quanto riguarda invece le lingue franche propriamente intese, la loro peculiarità sta nel fatto che si costituiscono sempre in maniera bilaterale, all’interno di relazioni più o meno paritarie. Questo non vuol dire che tali relazioni siano per forza pacifiche, anzi, possono essere difficili e conflittuali, fino ad arrivare alla reciprocità della guerra. Ma il rapporto dominatore/dominato non fa da sfondo alla lingua franca, poiché essa è lingua comune, neutrale, di tutti e di nessuno (cfr. Dakhliya, 2008).

Quali lingue parliamo con i pazienti stranieri? A volte ci serviamo di lingue veicolari globalmente diffuse, come l’inglese, il francese, lo spagnolo; più spesso utilizziamo l’italiano, sfruttando la competenza acquisita in corso di migrazione dai nostri interlocutori. Per lingua veicolare intendiamo un “codice linguistico che funge da mezzo di

---

<sup>82</sup> La “lingua franca” da cui le altre hanno preso il nome era una lingua composita, risultante dalla fusione di varietà occidentali (spagnolo, italiano, francese, ecc.) e orientali (arabo, giudeo-arabo, turco, ecc.) parlate nell’area del Mediterraneo. Pur essendo una lingua “neutrale”, la sua composizione era fortemente asimmetrica, sbilanciata dalla parte delle lingue europee, soprattutto di matrice latina. Ebbe la sua massima diffusione nel XV e XVI secolo, poi cadde progressivamente in disuso fino alla sua scomparsa definitiva a metà del XIX secolo, quando si spense a Ragusa il suo ultimo locutore (cfr. Dakhliya, 2008). La domanda interessante che si pone la storia delle lingue è come mai le società islamiche del Mediterraneo si servirono in modo così liberale del contributo maggioritario delle lingue occidentali nei loro rapporti con lo straniero, col Franco, senza invece imporre che queste relazioni si stabilissero innanzitutto nelle loro proprie lingue. Come mai, dunque, il luogo di mediazione e scambio per eccellenza, invece di essere “mediano”, imparzialmente centrale, fu asimmetrico e diseguale?

<sup>83</sup> Va sottolineato che non sempre i codici veicolari sono nati all’interno di ecologie coloniali, o imperialistiche. La loro storia è molto più antica. Certamente l’esigenza di governare un’entità politica complessa, multietnica e multilinguistica, ha fatto sì che spesso venisse selezionata una lingua come codice amministrativo e di comando, ma questo si è verificato anche in altri contesti storici e geopolitici (es. il *quechua* promosso a lingua veicolare dell’impero Inca tra l’XII e il XVI secolo; v. Calvet, 1999:125). Bisogna altresì immaginare delle ecologie in cui la molla che fa emergere la lingua veicolare non è la necessità di dominare l’altro, ma di stabilire con lui delle relazioni di cooperazione, ad esempio commerciali.

comunicazione tra parlanti di lingue diverse, per i quali (o per taluni dei quali) tale codice non è la lingua madre” (Beccaria, 2004). Questa definizione ci mostra la lingua veicolare come un codice preso a prestito, usato in modo puramente strumentale. Una lingua così non viene mai abitata – come potrebbe se il locutore non la sente parte del suo mondo? – ma si limita a una sola funzione, quella di rendere possibile lo scambio, la transazione. Basterà un esempio ricavato da una seduta per farci vedere che nella clinica l’aggettivo “veicolare” andrebbe ridiscusso; se non altro perché i codici utilizzati per superare i problemi di comunicazione in questo contesto non sono per nulla *culture-free*.

Secondo la definizione funzionale data sopra, se un paziente straniero parla con un operatore italiano, i due molto probabilmente stanno facendo uso di una lingua veicolare, perché per almeno uno di loro il codice impiegato non è la lingua materna. Fin qui la teoria, ma ora vediamo la pratica cosa ci suggerisce.

*Caso clinico.* Un paziente colombiano sta raccontando allo psichiatra del CSM la sua storia, di come sia partito dal Sudamerica per accompagnare il padre gravemente malato al suo paese natale (in Calabria), dove poi sarebbe morto. Il colloquio avviene in italiano, ma le regole comunicative di *setting* definite dallo psichiatra lasciano spazio anche ad altre lingue, allo spagnolo prima di tutto, e poi chissà, a tutte quelle che potrebbero emergere nel corso del lavoro terapeutico, ma che di fatto sono già là, operanti sotto la superficie di manifestazione, percepibili come le parole che rimangono sulla punta della lingua, tanto più forti quanto meno vengono pronunciate. Che cos’è l’italiano che il paziente sta parlando con una leggera inflessione ispanofona? Anche se il paziente ha acquisito lo spagnolo come prima lingua, possiamo davvero ritenere l’italiano un codice veicolare? Al contrario, quando la famiglia abitava in Colombia l’italiano (mescolato probabilmente a qualche parola di dialetto calabrese) poteva essere usato come codice gregario, per permettere al gruppo familiare di differenziarsi, e parlare senza farsi capire dagli altri<sup>84</sup>. E sicuramente non era l’unico codice esistente ad uso interno: considerando che la madre del paziente era originaria dalla regione andina, mentre la famiglia si era stabilita in una città costiera, in casa circolavano anche frasi in quechua, o in altre lingue locali incomprensibili per il vicinato.

Dal lato dello psichiatra italiano la situazione appare altrettanto complessa. Quando egli seleziona lo spagnolo come seconda lingua del colloquio, e si mette a parlarlo con il

---

<sup>84</sup> Con “lingua gregaria” si intende il polo opposto di codice veicolare, cioè “una lingua di piccolo gruppo, che limita dunque la comunicazione ad alcuni e la cui forma è marcata da questa volontà di limitazione” (Calvet, 1999:79).



paziente quasi per attirare quest'ultimo più profondamente dentro il dispositivo, che cosa diventa la lingua spagnola<sup>85</sup>? Forse neppure in questo caso ci troviamo davvero alle prese con una lingua veicolare, perché, come poi abbiamo scoperto al termine della seduta, essa è in realtà la lingua fatta propria da molti membri della famiglia del terapeuta, emigrati dalla Calabria in America Latina, chi in Colombia, chi in Venezuela, Costa Rica... cioè lo spagnolo è una lingua adottiva, abitata da un "noi" di cui fa parte anche il terapeuta. Allora vediamo crearsi una combinazione piuttosto interessante, dove la storia dei calabresi che si trapiantano in Sudamerica e vi costruiscono famiglia modifica la situazione linguistica della seduta, facendo sì che il discendente meticcio di uno di questi emigranti e lo psichiatra che nella terra ancestrale riceve coloro che ritornano dispongano per dialogare solo di lingue "non veicolari".

Un altro *frame* della stessa consultazione ci consente di tornare alla domanda posta in precedenza: quante lingue per formare un locutore? Il paziente colombiano non è solo quando entra nello studio del medico, è accompagnato da un volontario della comunità in cui risiede come ospite. Costui è un uomo di una certa età ed esperienza, ex-alcolista, che per lavoro ha viaggiato il mondo: conosce in modo particolare il Sudamerica, e forse anche per questo sembra affezionato al giovane colombiano. Dal modo amichevole in cui saluta lo psichiatra, deve essere quasi un habitué del luogo, e forse ha già in parte sperimentato la metodologia di colloquio clinico impiegata, perché senza esitazioni prende posto accanto al paziente, sapendo che la sua voce sarà ascoltata insieme a quella del ragazzo. A un certo punto dell'interazione, che non esclude mai nessuno dei partecipanti, ma è invece attenta a raccogliere spunti da ciascuno di essi, l'uomo risponde alla domanda diretta dello psichiatra sulla sua età con un curioso "*j'ai presque soixante*". Perché ricorre improvvisamente al francese? Si tratta soltanto di un utilizzo vezzoso della lingua, per dare alla dichiarazione di maturità anagrafica un tocco mondano di civetteria maschile? Il cambio di codice mi fa pensare soprattutto che l'accompagnatore abbia voluto strizzare l'occhio al dispositivo, consapevole che la seduta di etnopsichiatria valorizza in modo particolare le lingue e il multilinguismo. Con quell'artificio l'uomo sta dicendo che sì, conosce bene il Sudamerica, ha frequentato addirittura la regione da cui proviene il

---

<sup>85</sup> C'è qui l'idea che la lingua sia un'esca, che serve a catturare il paziente, a farlo alloggiare all'interno del dispositivo di consultazione. Essa quindi fa parte della struttura del setting, proprio come l'odore che attira l'insetto nel tubo digerente della pianta carnivora è emanato dalla pianta stessa. Il meccanismo di cattura potrebbe essere visto così: l'oggetto-lingua-esca è un organo del dispositivo (macchina carnivora), che riproduce la forma del codice storico-naturale parlato dal paziente; credendo di parlare la propria lingua, il paziente sta in realtà parlando la lingua del dispositivo, venendo trasformato un po' alla volta.

paziente, e parla ovviamente lo spagnolo, ma la sua biografia riserva ancora molte sorprese in quanto a lingue e paesi conosciuti... e la sua presenza lì in quel momento non è dovuta solo al fatto di essere un volontario che accompagna gli ospiti della comunità dallo psichiatra; egli ha delle caratteristiche, dei requisiti anche linguistici che possono renderlo interessante per il dispositivo terapeutico. È l'approccio etnopsichiatrico che sollecita questo tipo di risposte, perché considera le lingue come potenti alleate nella cura. Anche in assenza di traduttori professionali, il dispositivo non avrà difficoltà a reperire sul terreno, nell'entourage del paziente o nelle strutture che gli danno assistenza, le risorse con cui verrà a mano a mano implementata la funzione clinica di mediazione.

## 5. Studio di casi

### 5.1 Infettivologia (Hiv)

Per adattare il dispositivo di mediazione a contesti operativi nuovi occorre che i gruppi d'iniziativa clinica e di ricerca abbiano chiaro il proprio orizzonte metodologico, e tengano saldi i principi di base dell'etnopsichiatria, senza i quali non ci possono essere né flessibilità nella pratica né rigore teorico. In queste pagine esporrò un modello di intervento etnopsichiatrico in un reparto di Malattie Infettive, dove per un anno circa ho esercitato un'attività di mediazione rivolta a pazienti stranieri HIV+. L'équipe di cui facevo parte era formata da professionisti interni all'unità operativa di infettivologia (medici e infermieri), e da esterni (mediatori culturali, una psicologa, un linguista)<sup>86</sup>; con una restrizione: il personale medico, per esigenze prevalentemente di tipo organizzativo, partecipava alle sedute soltanto in momenti programmati, dedicati alla presa in esame di questioni riguardanti il trattamento farmacologico e lo stato di salute del paziente.

Per illustrare alcune problematiche complesse che s'incontrano lavorando in questo ambito clinico, discuterò il caso di una paziente africana seguito dall'équipe per circa sei mesi. Quando siamo intervenuti la donna stava attraversando un momento critico della sua esistenza, ed era sul punto di abbandonare le cure. Nel tempo limitato a nostra disposizione ci siamo posti l'obiettivo di aiutarla a riguadagnare fiducia nel percorso clinico e terapeutico che avrebbe dovuto intraprendere. Per motivi legati alla durata del progetto non è stato possibile portare avanti la presa in carico della paziente come avremmo sperato, ma nonostante questo siamo riusciti ad ottenere alcuni risultati concreti, di cui si farà cenno più avanti. Sappiamo purtroppo che situazioni come questa sono molto difficili da stabilizzare; l'HIV/aids è una malattia sistemica cronica e la sua evoluzione non può non avere esiti sulla salute mentale dei pazienti. Per questo sarebbe opportuno che i percorsi di mediazione e sostegno psicologico non fossero a scadenza, ma potessero svolgersi parallelamente alle cure mediche e in base alle necessità dei pazienti.

---

<sup>86</sup> Le lingue parlate dagli interpreti che partecipavano all'attività clinica nell'ambito del progetto erano le seguenti: arabo marocchino, arabo egiziano, cinese mandarino, albanese, francese, ucraino, russo, edo, pidgin english nigeriano, inglese nigeriano, bisca, mooré.

*Caso clinico.* Constance è una donna ghanese di circa quarant'anni, alla quale è stata diagnosticata un'infezione da HIV durante uno screening per la gravidanza<sup>87</sup>; allo scopo di prevenire la trasmissione materno-fetale, è stata trattata farmacologicamente e sottoposta a un intervento di parto cesareo. Ora, dopo quattro anni senza particolari complicazioni cliniche, la donna ha cominciato a rifiutare la terapia, e versa in uno stato di prostrazione psichica preoccupante. Il primario del reparto le propone quindi un percorso di sostegno con l'équipe di mediazione. Presentando la situazione al gruppo, il medico riferisce che durante l'ultima visita la paziente è scoppiata a piangere improvvisamente. "Ho la morte davanti agli occhi", gli ha detto in italiano.

Qual è lo specifico di un gruppo di mediazione? In questo caso non è forse sufficiente l'intervento dello psicologo? Come vedremo nel seguito della presentazione, il lavoro con i pazienti stranieri richiede una quantità di competenze che il singolo operatore non può possedere. Il gruppo invece è una unità sufficientemente articolata e multispecialistica da poter gestire la crescente complessità delle situazioni cliniche. Per quale motivo va messo l'accento sulla componente di mediazione? Perché occorre sviluppare delle modalità interattive allo stesso tempo rispettose e stringenti che mettano i pazienti in condizione/necessità di attingere alle proprie risorse culturali durante la consultazione. Senza una lingua gli altri oggetti culturali non possono essere "convocati"; senza una disciplina e una ritualità della parola appositamente installate nel setting non si riesce a "fissare" l'interlocutore: ad esempio la fase di presentazione necessita che anche da parte degli operatori – secondo una distribuzione simmetrica della parola – siano enunciati in modo chiaro i nomi, la provenienza, i ruoli e le specificità professionali di ciascuno.

*Primo colloquio.* Facciamo entrare la paziente nella sala delle medicazioni che usiamo per i colloqui. Constance è una donna imponente, di bell'aspetto, dal portamento regale; il suo abbigliamento è ricercato, collana e orecchini le ornano il viso; nonostante ciò la sua bellezza radiosa appare velata di sofferenza: indossa occhiali scuri che toglie solo per asciugare le lacrime. Ha il terrore di morire. Da quando le hanno detto che deve cominciare la terapia è tormentata dall'immagine di una sua amica africana, morta di aids in Italia. Associa l'inizio della terapia con il declino fisico dell'altra donna, e con l'avvicinarsi della propria fine. Ricorda quell'intimità dolorosa con il corpo morente dell'amica, che sembra averle lasciato addosso un sentimento di paura ben più opprimente dell'idea

---

<sup>87</sup> Quanto più le indicazioni di appartenenza sono generali – come le etichette di nazionalità – tanto più vanno sapute leggere con sensibilità geopolitica, alla luce delle molteplici versioni dei fenomeni migratori attuali.

astratta di morte<sup>88</sup>. A questo punto della seduta il medico interviene per rassicurare la paziente sul fatto che l'inizio della cura non coincide necessariamente con l'inizio della malattia, bensì con la possibilità di prevenire i sintomi e avere una buona qualità di vita ancora per lungo tempo.

*Intermezzo linguistico.* Prima di proseguire con la descrizione del caso, è opportuno accennare al dispositivo linguistico utilizzato nel colloquio. La paziente parla un italiano comprensibile, ed è in questa lingua veicolare che sceglie di esprimersi per buona parte della prima seduta, sebbene appaia rincuorata dalla presenza della traduttrice, e si rivolge spesso a lei durante il colloquio. Secondo la mia esperienza, nelle fasi d'avvio dell'incontro è opportuno lasciare al paziente ampi margini di libertà rispetto alla lingua in cui preferisce comunicare. L'attivazione diretta del traduttore da parte del paziente è un risultato che si conquista nel corso dell'interazione clinica, e a volte è tutt'altro che immediato. In questo caso la paziente impiega un po' di tempo ma poi comincia ad utilizzare quasi esclusivamente l'inglese, lingua che ha in comune con la mediatrice nigeriana. Non si tratta dello *Standard English*, bensì di un'altra varietà utilizzata in Africa Occidentale (Nigeria, Ghana, Camerun, Sierra Leone, Gambia). In realtà non esiste una sola varietà per tutta l'area; benché molta parte del lessico e della grammatica siano condivise, ogni comunità nazionale ha sviluppato una forma locale di inglese: c'è il *Ghanaian English*, il *Nigerian English*, ecc. Queste varietà risultano, nella maggior parte dei casi, intercomprensibili.

---

<sup>88</sup> Vedi Nathan e Lewertowski a proposito dello spavento indotto dall'incontro con la morte considerata come esperienza o evento concreto, come *essere* e non come una rappresentazione: "trovarsi solo vicino a un morto o venire a conoscenza in modo brutale di una morte, può produrre spaventi dalle conseguenze imprevedibili" (1998:117). Gli Autori parlano di come l'aids, una volta annunciato, permetta alla morte di penetrare e installarsi nel mondo della persona, snaturando ogni cosa. Michèle Cros, 2005, descrive il meccanismo pernicioso esistente tra i Lobi del Burkina, secondo il quale è il *tuh* della persona ("doppio" in lingua lobiri) che, impaurito dalla visione di un malato, si infetta e fa ammalare a sua volta l'organismo. In generale, anche se ne esistono molte varietà, si può considerare il doppio di un essere umano come un'ombra, un principio vitale e un'anima leggera che viaggia durante il sonno (cfr. Thomas, 1977). Lungo il processo che va dal contagio alla fase terminale e alla morte, la malattia del doppio ha un decorso che anticipa in ogni fase il destino del corpo. La paura si trova all'origine di questo meccanismo patogeno: è l'emozione che fa da *tramite* al processo. In questa logica, l'amica morta per aids è sia la causa dello spavento, sia una prefigurazione della morte di Constance.

La paziente ci racconta che tutte le notti è disturbata dallo stesso sogno: appaiono delle persone vestite di bianco, la figlia che piange affamata, l'infermiera del day-hospital che aiuta la bambina a mangiare. Il sogno sembra rivelare la preoccupazione angosciata di Constance per il destino della figlia, qualora lei si ammalasse e non potesse più prendersi cura della piccola<sup>89</sup>. La paziente riferisce di abitare in un piccolo appartamento con la figlia di quattro anni; il marito, di nazionalità ghanese come lei, se ne è andato subito dopo la nascita della bambina. Non dispone di alcuna rete di sostegno in Italia: ha perso tutti gli amici da quando questi hanno saputo della sua malattia dal marito; anche i rapporti con la famiglia in Ghana sono praticamente interrotti, ma ciò che più l'affligge è l'idea di lasciare la bambina nelle mani del marito e della futura matrigna.

Abbiamo cercato di capire insieme a Constance quale fosse la sua teoria del contagio, cioè in che modo ritenesse di aver contratto il virus. Questo passaggio esplorativo è strategico, e noi lo abbiamo ripreso anche in incontri successivi. Presso l'Unità di Malattie Infettive viene fatto di routine un colloquio con i pazienti risultati positivi al test HIV; nel corso di tale incontro il medico raccoglie una serie di informazioni su come sia avvenuta l'esposizione al virus, se a seguito di condotte sessuali a rischio, oppure attraverso altre vie; inoltre le persone vengono informate sui comportamenti preventivi che dovranno adottare. Comincia in questo modo la presa in carico dei pazienti HIV+, con un dialogo che dovrebbe aiutarli a comprendere la sconvolgente verità medica enunciata dal test. Tale colloquio rimane confinato alla fase iniziale del percorso terapeutico, benché a mio

---

<sup>89</sup> Riportiamo qui una riflessione che non abbiamo avuto modo di sviluppare in seduta. Ci sono elementi di questo sogno che potrebbero connettere la paziente al suo mondo d'origine, oltre che alla sua situazione attuale. È vero che gli esseri vestiti (o velati) di bianco potrebbero essere medici, o pazienti nel letto di morte, ma potrebbero anche essere spiriti, defunti, o persone che partecipano a un rituale. Seguendo questa seconda ipotesi si dovrebbero esplorare le conoscenze che la donna possiede sulle abitudini terapeutiche della propria famiglia, capire ad esempio se il sogno stesso può rappresentare una chiamata di ordine iniziatico ad iscriversi all'interno di un culto o di una congregazione. Questa interpretazione, invece di fissare la paziente alla sua paura di morire, avrebbe il vantaggio di rivelare l'esistenza di un percorso di metamorfosi, il quale permetterebbe a Constance di ricollegarsi in modo forte al suo gruppo. Vedi un altro esempio di mutuo rinforzo tra sistema medico e tradizionale in David *et al.* (1998), dove è descritto il caso di una paziente antillese HIV+, emigrata in Francia, che durante le cure scopre di avere un dono: attraverso i sogni riceve infatti la conoscenza di un *docteur-feuille* (fitoterapeuta tradizionale) del suo paese, il quale in punto di morte l'ha designata come sua erede. Grazie al percorso fatto insieme all'équipe di Tobie Nathan, la paziente riesce a sperimentare l'aids come una malattia iniziatica, mentre investe il medico francese, cui racconta le prescrizioni terapeutiche avute in sogno, del ruolo di guaritore-iniziatore, in grado di aiutarla a sviluppare nel contesto adottivo le nuove capacità.

parere dovrebbe essere ripetuto anche nelle fasi successive, per permettere al paziente la riformulazione in progress delle ipotesi concernenti il contagio. Infatti, al contrario di quanto avviene nel discorso bio-medico, nel discorso del paziente – in cui gli aspetti socioculturali e psicologici sono prevalenti – l'eziologia non può essere fissata una volta per tutte, mentre la domanda cruciale “perché proprio a me?” resta perennemente aperta. Fin dal suo primo incontro col medico, Constance si è convinta che a trasmetterle il virus, quando ancora viveva in Ghana, fosse stata una trasfusione di sangue infetto: lo dimostrava il fatto che la donatrice – una sua sorellastra per parte di padre – era deceduta alcuni anni dopo per cause a lei sconosciute. La madre non le ha mai rivelato se effettivamente la sorellastra fosse morta di aids, e tale silenzio viene percepito da lei come un tradimento, un abbandono. Constance è rimasta sola: da tre anni non torna più al suo paese e non comunica con la madre, bensì solo con una sorella maggiore che sente ogni tanto al telefono – l'unica della famiglia ad aver dato credito al suo sospetto. Nonostante questo non si è data per vinta, e ha continuato a chiedere, a indagare sull'identità dei responsabili all'interno del gruppo familiare (poiché la sorellastra non è l'unica indiziata). Tale condotta però ha generato un grave conflitto con la famiglia d'origine.

Riprendiamo su questo punto il ragionamento cominciato poc'anzi: il problema fondamentale del contagio non può essere affrontato con la sola spiegazione medica; altrimenti diventa un interrogativo su cui la paziente è destinata ad arenarsi, in una ricerca dolorosa e priva di alleati. Quando la famiglia non riconosce gli sforzi della malata ritenendoli insensati o addirittura minacciosi per l'integrità del gruppo, la presa in carico si complica con un ulteriore problema: come assistere la malata nella sua battaglia per farsi riconoscere? Il medico da solo non è un alleato sufficiente, poiché la persona ha bisogno di una mediazione “laica”, che l'aiuti a tenere insieme le parti di sé dipendenti dal sistema medico con quelle che invece appartengono al sistema familiare; se questa impresa fallisce il rischio che ne deriva è un forte disorientamento, e un profondo senso di perdita.

Al termine della seduta Constance si dichiara pronta ad iniziare la terapia, sorprendendo l'équipe con la rapidità della sua decisione. Abbiamo l'impressione che la svolta prodotta nella paziente sia stata il frutto di un lavoro fondato sulla mediazione; il gruppo si è mostrato capace di accostarsi alle problematiche vissute dalla paziente, e ha costruito insieme a lei degli enunciati che contemplano la possibilità di un'integrazione tra universi culturali. Inoltre il contributo del medico ci è sembrato decisivo nel contenere le angosce di Constance legate al possibile esordio della fase sintomatica.

*Secondo colloquio.* La paziente oggi sorride, il suo umore appare decisamente cambiato dalla volta precedente. Racconta di aver trascorso un buon periodo, è stata bene fisicamente, e ci sono state alcune novità che hanno interessato la sua vita. Riferisce di sentirsi più serena nella relazione con la figlia: insieme hanno fatto diverse gite al mare. Non è più angosciata dagli incubi ricorrenti, e dopo tre anni di silenzio ha ricontattato telefonicamente la madre, che ha manifestato il desiderio di conoscere la nipote. Constance annuncia a tale proposito di avere già prenotato il volo per sé e la figlia: partiranno tra due settimane per l’Africa. Poi, mutando espressione e facendosi seria, ci riferisce che anche il marito chiede di vedere la figlia, ma lei non ha nessuna intenzione di accogliere la richiesta. L’energia di Constance ci colpisce positivamente, ma allo stesso tempo ci preoccupa la decisione improvvisa di tornare in Africa con la figlia; come équipe valutiamo che sia necessario incontrare altre volte la paziente prima della partenza, poiché il viaggio può diventare un evento estremamente rischioso per la sua integrità psicofisica, così come per la coppia madre/figlia.

*Intermezzo linguistico.* Apriamo di nuovo una finestra sulla dimensione linguistica del colloquio, per riflettere intorno alle dinamiche di traduzione e di contatto tra lingue in ambito clinico. Secondo la metodologia da noi utilizzata, se anche non possiamo contare la lingua matrice del paziente tra le risorse linguistiche a nostra disposizione – ovviamente è impossibile disporre di un ventaglio così ampio di interpreti da coprire tutte le aree del mondo – possiamo almeno utilizzare un’altra lingua conosciuta dalla coppia interprete/paziente. A condizione che tale codice venga valorizzato e investito di una funzione clinica, il suo impiego risulta certamente preferibile ad uno scambio monolingue in Italiano. Vista la provenienza della paziente, abbiamo contattato una traduttrice anglofona dell’Africa Occidentale, in modo da selezionare l’inglese come lingua di mediazione. Poi si è scoperto in seduta che la lingua utilizzata non era affatto l’ipercodice globale immaginato, ma una varietà africana di inglese nota con il nome di *West African English*. Sottolineo questo dato, per far notare che il “WAE” non è una lingua franca, neutrale, ma piuttosto una lingua matrice seconda. Nel presente lavoro accoppio spesso l’idea di lingua matrice al dispositivo clinico etnopsichiatrico; quando però l’uso di tale codice non sembra attuabile, cosa si può impiegare al suo posto? In un primo tempo le lingue veicolari appaiono come alternative possibili. Si può concepire un’etnopsichiatria fatta con le lingue veicolari? Alla luce della pratica clinica vediamo che la domanda è mal



posta, poiché molto spesso quelli che noi crediamo essere codici veicolari (l'inglese, il francese, ecc.) si rivelano durante l'interazione delle varietà linguistiche di tipo matriciale.

Abbiamo appena cominciato ad esplorare con la paziente alcuni frammenti della sua vita, quando d'un tratto il suo mondo d'origine accelera verso di noi e ci spiazza. Pensiamo non sia ancora il momento per Constance di tornare in Ghana: questo viaggio ci appare intempestivo e pericoloso. La comunicazione della partenza imminente obbliga l'équipe a ripensare gli obiettivi del percorso, ad organizzare una nuova linea d'intervento. Il nostro obiettivo diventa ora quello di preparare la paziente al ritorno: è un compito delicato, perché dobbiamo riuscire a prefigurarci un mondo, il mondo che Constance si appresta a ritrovare anche nei suoi aspetti negativi, forse aggressivi. Abbiamo necessità di riflettere sugli scenari che la attendono, perché la loro anticipazione in seduta può diventare successivamente un elemento di protezione. Fissiamo quindi alcuni spunti di riflessione per le sedute a venire:

- a) Rispetto alla fase di stress che la paziente sta attraversando, caratterizzata dalla paura intensa di morire, il ritorno a casa costituisce una fonte di criticità inattesa, che va accolta e fronteggiata come rischio prioritario. Innanzitutto occorre stabilire che cosa spinge la paziente a partire, se è mossa da un suo desiderio, oppure se risponde a un richiamo, a una richiesta, o ancora a un'ingiunzione. Questa domanda non serve tanto a capire quale significato abbia il viaggio per la donna, quanto a gettare luce sul piano d'azione sottostante, non necessariamente disposto dal singolo individuo. Fino a che misura coincidono gli obiettivi e le aspettative della paziente con quelli del suo gruppo?
- b) Constance sbarcherà in Ghana con un aspetto florido, regale. Vedendola, i suoi familiari le chiederanno conto sicuramente di due questioni. La prima potrebbe essere così formulata: *come fa una donna malata di una patologia che in Africa è mortale a presentarsi come se fosse sana?* Bisognerebbe capire innanzitutto se anche in una logica tradizionale può essere ammissibile il fatto che esistano due stadi diversi della stessa patologia, uno asintomatico e l'altro sintomatico. Questa possibilità semplificherebbe la risposta di Constance, soprattutto in relazione alla probabile morte per aids della sorellastra. La donna infatti potrebbe attribuire il suo aspetto alle cure che riceve in Italia, senza le quali finirebbe anche lei con l'ammalarsi e morire. Inoltre bisognerebbe valutare se il fatto di essere sopravvissuta – oltretutto in ottima forma fisica – alla morte della sorellastra non la

esponga in realtà a un'accusa di stregoneria da parte del gruppo familiare, che concepirebbe in maniera invertita i termini della relazione: chi è morto è semmai la vittima, non l'aggressore.

L'altra domanda sarebbe ancora più paradossale: *come fa una donna malata a generare una figlia sana?* La figlia sana potrebbe venire considerata come un essere vivente miracoloso, che possiede virtù terapeutiche tali da tenere in vita una donna gravemente malata. Se questa interpretazione avesse luogo, la prevenzione della trasmissione materno-fetale verrebbe letta dal gruppo in tutt'altro senso: la figlia resa sieronegativa avrebbe il potere di conservare immune la madre dagli effetti della malattia. Per aiutare Constance a falsificare questa visione, sarebbe utile esaminare quanto essa abbia realmente compreso del fenomeno di "sieronegativizzazione".

- c) Se la comunità pensa che la bambina è così speciale perché detiene un potere terapeutico vorrà a tutti i costi trattenerla con sé, affinché la totalità dei membri, e non solo la madre, possa beneficiarne. Per impedire l'appropriazione della bambina si potrebbe dare a Constance il suggerimento di presentarla alla famiglia come un'indenne parziale, ancora non del tutto salva, che per completare le cure deve tornare con la madre nel mondo in cui è stata generata, quello medico occidentale.
- d) Le domande dell'équipe alla donna vanno poste 1) dal lato del *vuoto* generazionale aperto nella famiglia dalla malattia (la sorellastra defunta): che posto va a prendere Constance dopo che si è creata un'assenza nella linea di discendenza paterna? Cambia di status? 2) dal lato del *pieno*, con la nascita miracolosa di un nuovo essere (la figlia): come e in quale posizione la bambina viene ad essere iscritta nel sistema familiare? Quali sono le caratteristiche di questo sistema? (Naturalmente per rispondere a tali domande occorre conoscere con precisione a quale gruppo etnico appartiene la paziente, non basta più l'etichetta di nazionalità "ghanese").
- e) La donna che torna *nel* mondo dei morti – l'universo familiare dove la malattia si è inalveata causando il decesso di uno o più componenti – è allo stesso tempo la donna che torna *dal* mondo dei morti, in quanto emigrata e malata di una malattia inguaribile. Qual è il suo mandato? È forse quello di ricostruire la famiglia? Questo però non avverrebbe per mezzo del suo corpo malato ancorché florido, ma per mezzo del corpo sano e in crescita della figlia...

*Terzo colloquio.* Riprendiamo insieme a Constance la discussione sulle ragioni che l'hanno spinta a voler partire così in fretta. Sostiene di volersi riconciliare con la sua mamma, e subito dopo ci racconta un episodio avvenuto recentemente. Stava parlando al telefono con la madre, e le aveva appena riferito di una strana macchia bianca sulla gamba della sua bambina. L'anziana si era messa a piangere all'improvviso, ricordandosi di una predizione fatta diversi anni prima. La nonna materna della paziente era una guaritrice, ed aveva anche lei la stessa macchia bianca sulla gamba; prima di morire aveva preannunciato che sarebbe tornata, e che i suoi familiari l'avrebbero riconosciuta grazie a quel segno caratteristico. Constance ha capito che la famiglia sta organizzando una cerimonia di benvenuto per la bambina-antenata. Ne è contenta e allo stesso momento spaventata. Dopo un tempo sospeso, in cui tutto sembrava irreparabilmente bloccato, le cose si stavano rimettendo in movimento, e addirittura secondo un ordine prestabilito. La madre le aveva anche parlato di un vecchio segreto familiare che le sarebbe stato svelato una volta giunta a casa<sup>90</sup>.

Al termine di questo racconto, affrontiamo in presenza del medico una serie di concetti problematici – come la distinzione tra sieropositività e malattia, la prevenzione della trasmissione materno-fetale, ecc. – per controllare se la paziente è sufficientemente esperta da poter tenere testa ad eventuali interrogatori familiari. Chiediamo inoltre a Constance se in Ghana pensa di ricorrere ad un aiuto di tipo tradizionale; incoraggiata dalla nostra apertura sull'argomento, ci risponde che la madre si è già attivata, portando una sua fotografia dal guaritore. Con questa domanda intendiamo capire quali siano gli attaccamenti della famiglia alle terapie tradizionali<sup>91</sup>. È inoltre importante far sapere alla paziente che le pratiche di cura africane non costituiscono per l'équipe un oggetto

---

<sup>90</sup> Qui ci interessa, più del *che cosa*, il *come*, ovvero il modo in cui il segreto è comunicato dalla madre alla figlia. Si perpetua *di madre in figlia*? E come entra Constance nella catena del segreto? Da persona assente che finalmente ritorna dopo lungo tempo, o da persona momentaneamente presente ma già in procinto di ripartire? Inoltre bisogna chiedersi se la paziente non abbia acquisito uno status nuovo all'interno della famiglia che le permette di accedere a un'informazione dalla quale prima era esclusa.

<sup>91</sup> "Riconoscere però questo interesse dei pazienti, il loro attaccamento a queste pratiche, il loro investimento attivo in questo tipo di cure può destabilizzare le équipe mediche" (Nathan e Lewertowsky, 2001:16). Ecco perché per accostarsi agli universi pluriteorici dei pazienti sono raccomandabili delle équipe sanitarie miste, non composte da soli medici e infermieri. L'effetto di destabilizzazione comunque non è legato solo alle multiple affiliazioni terapeutiche, ma alla forma di vita complessivamente instabile di questi pazienti: "...la vita del malato di Aids africano è caratterizzata da: l'autonomia delle sue decisioni, il cambiamento delle sue interpretazioni, la molteplicità dei suoi traslochi e delle terapie di ogni genere cui fa ricorso" (Zempléni, 1999:10, traduzione nostra).

scabroso, non trattabile all'interno del colloquio; che dunque non ha bisogno di nasconderci delle cose al riguardo, ma è libera di parlarne nei termini che preferisce. Siamo d'altra parte convinti del fatto che il guaritore riesca a toccare aspetti della malattia estranei all'ordine biomedico, e possa talvolta agire con efficacia sul gruppo del paziente facendo sì che questo venga reintegrato nelle sue reti di appartenenza qualora ne sia stato escluso, come nel caso di Constance.

In chiusura di seduta invitiamo la paziente a dirci se vuole che l'équipe faccia qualcosa per lei mentre sarà in Africa. L'intenzione è quella di sollecitare Constance a fare in modo che la sua parte più fragile sia depositata presso di noi durante il viaggio e diventi così intangibile. Per dirla adottando una logica conforme al suo universo culturale, non vogliamo che parta senza protezioni. La paziente fa cenno di sì con la testa, ma sembra incerta sul significato delle nostre parole.

*Quarto colloquio.* L'ultimo incontro prima del viaggio si svolge in assenza dell'infermiera e del medico, a causa dei turni ospedalieri. Constance è turbata, perché il fratello le ha telefonato chiedendo che porti con sé la cartella clinica: a casa ancora non credono alla sua malattia; anche la foto spedita di recente non mostra infatti alcun segno di sofferenza fisica. La donna è combattuta sul da farsi, non sa se assecondare o meno l'ingiunzione della famiglia. L'apertura di oggi riprende la fine dell'ultimo colloquio, quando la paziente era apparsa perplessa di fronte alla proposta di lasciare in custodia presso di noi la sua parte più vulnerabile. Ora dall'Africa giunge, concomitante alla nostra, una richiesta opposta: la donna deve portare in Africa la cartella clinica – proprio quella parte di sé – se vuole essere creduta. Di fronte al dilemma anche l'équipe è messa in tensione: la psicologa è favorevole a una linea conforme ad un approccio clinico non direttivo, che vede nel suggerimento dato dal terapeuta un atto lesivo del potere di scelta personale del cliente; il linguista e la mediatrice sono invece propensi a dare un'indicazione esplicita – lasciare a casa la cartella medica – poiché considerano prioritario difendere la persona da eventuali attacchi esterni che potrebbero stravolgere la funzione di un oggetto impiegato nel percorso terapeutico, investendolo di un'intenzionalità negativa<sup>92</sup>. Questa posizione

---

<sup>92</sup> Che cosa diventerebbe la cartella clinica se venisse acquisita in un processo di stregoneria? Non dobbiamo immaginare che le cose, trasportate in un altro contesto, conservino per inerzia lo stesso uso e significato che hanno in quello medico. Un esempio di come possa venire manipolata la "cartella clinica" si ha in Costa d'Avorio, dove i cadaveri delle persone morte di aids vengono talvolta seppelliti con tutti i documenti dell'ospedale (Zempléni, comunicazione personale). Viene da pensare che tali oggetti entrino a far parte del corredo del defunto perché partecipano in maniera intima e indissolubile di un segreto

prudenziale tiene maggiormente conto dell'ambiente culturale in cui potrebbe trovarsi la paziente.

*Quinto colloquio.* Questo è il primo colloquio con Constance da quando è tornata dal Ghana. Poiché la mediatrice è entrata nel frattempo in maternità, decidiamo che il ruolo di interprete venga assunto da un altro membro dell'équipe, cioè da me. La scelta di non sostituire la traduttrice precedente con una nuova, anch'essa africana e anglofona, è dettata dall'idea che, arrivati a questo punto del percorso, sarebbe assai problematico introdurre nel setting un'altra persona. Evitando di rimpiazzare la mediatrice, sottolineiamo la nostra coesione come gruppo di lavoro, e salvaguardiamo la paziente<sup>93</sup>. Ciò non significa però una rinuncia a lavorare in lingua; anzi, il nostro inglese imperfetto, appreso come lingua seconda, mette la paziente nella condizione di essere l'unica vera esperta del codice di mediazione utilizzato nel colloquio. È lei che da parlante nativa controlla la correttezza degli scambi linguistici e soccorre l'interprete nella ricerca delle espressioni appropriate. Da questo nuovo punto di enunciazione in cui è situata, la donna recupera conoscenze tacite sulla sua lingua, e riflette con maggiore attenzione sul senso delle nostre parole. Si è passati ad una seconda fase dell'interazione: dopo che l'inglese della mediatrice ha permesso alla paziente di esprimere appieno la sua competenza linguistica, il nostro inglese la mette ancora di più in una posizione di expertise e controllo. Siamo noi, rispetto alla paziente, a trovarci nella condizione di dover essere iniziati alla lingua, perché la parliamo in maniera balbettante, e abbiamo perciò bisogno che l'altra ci abiliti a transitare nel suo mondo.

---

opprimente, che dopo aver angosciato la persona da viva è ancora capace di pesare sulla sua condizione sociale da morta.

<sup>93</sup> Spesso il timore che le informazioni riguardanti la malattia vengano divulgate nelle comunità di appartenenza rende i pazienti alquanto riluttanti ad accettare un mediatore che non sia loro presentato come parte integrante di un dispositivo clinico. Citando il lavoro sull'aids di un altro africanista (cfr. Vidal, 1996), Zempléni parla della "tendenza dei malati ad osservare minuziosamente il carattere e gli atti dei loro confidenti eventuali: le loro reazioni, comportamenti, atteggiamenti di evitamento o di sospetto" (1999:9, traduzione nostra). Questa particolare sensibilità viene esercitata soprattutto, ma non solo, verso i membri del proprio gruppo incontrati "per caso" all'interno delle strutture sanitarie che erogano le cure. Bisogna allora mostrare che la presenza di quella persona nel ruolo di interprete non è affatto casuale, che esiste da tempo uno stretto rapporto di collaborazione, il vincolo del segreto professionale è ugualmente rispettato da tutta l'équipe, ecc...

Cominciamo la seduta raccontando a Constance che cosa sta facendo la mediatrice, il motivo per cui non è più con noi: “*si trova a casa, affinché il suo bambino si sviluppi nella quiete e nel riposo*”. Con questa frase, che allude al processo di gestazione che la mediatrice sta portando a termine nell'intimità protetta del suo spazio domestico, cerchiamo di rendere *presenti gli assenti* e, all'inverso, ma solo per un momento, *assenti i presenti*. Rinviare all'assenza della mediatrice – seconda voce narrante della dinamica migratoria – dovrebbe infatti servire a provocare nella paziente una delocalizzazione passeggera, una dissociazione temporanea del suo stato di coscienza tramite l'identificazione con il suo doppio, su cui può proiettare la propria immagine pregressa di donna in gravidanza. Questa manovra riesce inoltre ad offrire alla paziente l'immagine di una rete familiare entro cui la mediatrice è collocata. Vista fino a quel momento come soggetto singolarizzato, la mediatrice ha in realtà alle sue spalle un gruppo che la sostiene, proprio come la paziente.

Ma il mediatore culturale non è solo un *doppio*, che resosi autonomo si muove in reti indipendenti di esperienza sociale; egli occupa anche una posizione di *duellante*, la cui forza viene desiderata dallo straniero impegnato in un difficile percorso di vita. Molti pazienti possono vedere il mediatore come un soggetto privilegiato, che ha acquisito uno status particolare accanto al sistema mobilitato in funzione di cura. L'enfasi va posta proprio su questa relativa autonomia, collegata alla condizione dello straniero, ma anche inerente allo scambio funzionale che il mediatore culturale intrattiene per contratto con lo staff operativo. Il tempo di sospensione creato dall'assenza della mediatrice può dare allora un esito positivo proprio perché è positiva l'assenza in quanto esperienza (generativa, lavorativa, ecc.) fatta in altro luogo. Questa partita doppia tra presente e assente rinvia a una catena molto complessa che, in via allusiva, riconduce alla dimensione di coloro che erano e non sono più, i quali intrattengono con i presenti una relazione comunicativa potenziale e sempre riattivabile. Si tratta di una serie associativa virtualmente infinita anche perché coinvolge coloro che, pur non essendo ancora, sono già nell'imminenza di essere (i discendenti, gli esseri del sogno o della visione, dell'evocazione o della divinazione). Il gioco dell'assenza e della presenza mantiene il proprio senso operatorio nel momento in cui si percepisce o si istituisce un legame tra tutte queste possibilità, comprendendo anche la fase della parola sospesa che potrebbe finalmente irrompere in un momento specifico o del tutto casuale<sup>94</sup>.

---

<sup>94</sup> Questo è un rimando strutturale alle ricerche di eziologie alternative che si profilano senza essere formalmente pronunciate; la ricerca alternativa di eziologie deve attraversare un certo periodo di

“*They didn’t believe me*”, ha cominciato a dire Constance, tormentata perché i membri del suo patrignaggio non le hanno creduto. A dispetto dei numerosi tentativi fatti per persuaderlo, il padre ha continuato a rifiutare l’idea che sua figlia fosse sieropositiva. Ha mostrato a Constance alcune foto di lei più giovane, e le ha detto: “guarda, qui eri più magra di adesso, eppure stavi bene. Ora hai anche un aspetto florido, e ciononostante continui a dire che sei malata”. L’uomo non riusciva a mettere insieme l’aspetto sano della figlia con la magrezza scheletrica dei malati di aids ben nota in Africa. Assai più plausibile ai suoi occhi era che la donna stesse sragionando. Per fortuna dal lato materno Constance ha trovato persone più disponibili ad ascoltarla: il fratello le ha creduto perché l’ha vista prendere tutti i giorni le medicine, mentre le sorelle si sono convinte a fare il test. La madre le è stata vicina e si è presa cura della nipote; infine, come promesso, ha confidato alla figlia un segreto familiare che da tempo doveva esserle comunicato<sup>95</sup>.

Nel racconto della paziente l’interazione con il padre merita particolare attenzione: è un confronto serrato con l’*invisibile* – il virus introdotto dall’eziologia medica – che per essere assimilato al senso comune del gruppo deve rendersi *visibile* per mezzo di un segno, ad esempio il dimagrimento, la consunzione terminale. Ciò vuol dire che la mappa cognitiva del padre ammette la pertinenza del segno “dimagrimento” solo quando esso è già avanzato e inequivocabile. Si tratta, allora, di un processo cognitivo che funziona per discontinuità del sensibile, del riconoscibile, e che fatica ad ammettere gli stati invisibili senza marker apparenti. Manca a questa maniera di pensare l’idea di processo immobile, che si muove cioè lungo una scala prolungata di invisibilità. Il confronto empiricamente razionalista del padre, che mostra alla figlia le immagini fotografiche di quando era una ragazza, serve allo stesso per testare l’esame di realtà della figlia. Qualora essa non volesse cedere all’evidenza dell’immagine esteriore, proprio quell’esame di realtà

---

sospensione cognitiva – è questo il senso attuale di un problema di *timing* alluso da Devereux in un articolo (1951b) strettamente psicoanalitico, ma di cui vale la pena rivalutare il valore specifico in etnopsichiatria; anche se per gli analisti, in genere, il timing è una questione puramente tecnica attinente alla capacità raggiunta dal paziente di assumere, assimilare ed elaborare, in un momento preciso, l’interpretazione offerta dall’analista (come se il problema fosse quello di una modifica dell’apparato psichico che assumerebbe, in momenti particolari, la configurazione necessaria al passaggio positivo dell’interpretazione).

<sup>95</sup> Seguendo la terminologia di Zempléni (1999), comunicare un segreto è uno dei modi per continuare a farlo esistere, spostandone i limiti e modulando la tensione che esso genera tra chi lo possiede (detentore) e chi ne è intenzionalmente escluso (destinatario); in particolare, il segreto viene trasmesso a qualcuno eletto in base a certe sue caratteristiche o alla funzione che svolge.

risulterebbe fallimentare e si qualificerebbe agli occhi del genitore come prova di un disfunzionamento mentale a carico della figlia; la logica utilizzata non è poi tanto diversa da quella dello psichiatra che propone analoghi test di realtà a un soggetto allucinato o delirante: anche in questo caso la mappa cognitiva del clinico opera per discontinuità grossolane – l'evidenza della realtà consensuale contro quella della convinzione idiosincrasica; il marker dell'evidenza contro quello invisibile dell'esperienza interna delirante o allucinatoria. In questa interazione si misurano due esiti di uno stesso processo di acculturazione verso la logica interpretativa della medicina empirica (sia scientifica che tradizionale). Bisogna altresì scorgere in questo confronto anche la manovra difensiva del sistema cognitivo paterno che potrebbe mantenere l'illusione di uno stato di salute fisica della figlia mentre ne diagnostica la malattia mentale. A questo punto è forse opportuno sottolineare che il duello tra padre e figlia finisce con una doppia ragione e una doppia verità: ciò che la figlia sostiene è vero nella misura in cui la sua convinzione è asseverata dagli apparati strumentali che lavorano sulla dimensione ancora invisibile della malattia, mentre la posizione paterna si regge sulla valutazione del visibile che utilizza le fotografie come delle lastre a raggi X o delle tomografie. Bisognerebbe pertanto mediare la competizione tra le due prospettive senza che la verità paterna venisse esautorata; ciò potrebbe essere fatto evidenziando ad esempio alcuni aspetti positivi del trattamento iniziato dalla paziente: le medicine riescono a controllare l'evoluzione della malattia impedendole di aggredire gli stati visibili del corpo e confinandola in quelli invisibili.

Un altro punto nel discorso della paziente attira la nostra attenzione: la campagna profilattica per convincere le giovani donne della famiglia a eseguire il test HIV. Che cosa accadrebbe se venissero certificati tutti stati di sieronegatività? Constance si troverebbe nella posizione eccezionale di essere l'unica contagiata in un gruppo mantenutosi miracolosamente immune. A quel punto varrebbe la pena esplorare insieme alla paziente le catene difensive che avrebbero permesso alle sorelle o alle altre donne della famiglia di mantenersi al riparo dall'infezione in una condizione di endemia come quella presente in Africa Occidentale<sup>96</sup>.

*"I felt stupid, inferior, ignorant"*. Con queste parole la paziente racconta di aver provato un forte senso di avvillimento al cospetto della famiglia; ha cercato di spiegare la sua malattia, ma ha fallito. Non solo, il padre è riuscito a smontarle anche la convinzione che fosse stata

---

<sup>96</sup> Questo tipo di informazioni, rese dai pazienti stessi o dai loro gruppi di coabitazione, sulle profilassi consuetudinarie dei gruppi reali costituirebbero un elemento etnografico di terreno estremamente prezioso.



la sorellastra deceduta tre anni prima a contagiarla con una trasfusione: le ha infatti mostrato un referto medico dove lo stato della donna risultava HIV negativo. Questa rivelazione non solo cancellava la principale pista eziologica seguita dalla paziente, ma la obbligava ad ammettere che non esisteva nessun complotto familiare contro di lei; sentiva così di essersi privata del sostegno dei suoi per una ragione del tutto inconsistente.

Questa sensazione vissuta dalla paziente mentre sperimenta l'annullamento delle certezze precedentemente possedute acquista un valore fondamentale, che in un primo tempo resta ignoto, per poi rivelarsi improvvisamente come dinamica e processo di gruppo (di cui l'équipe terapeutica è ovviamente parte interessata). Quando un paziente perde una certezza eziologica si avvicina un momento estremamente delicato, che si configura come crisi cognitiva radicale. Per questa ragione bisogna avere preparato un'ipotesi eziologica alternativa che, secondo il metodo etnopsichiatrico, dovrebbe scaturire dal confronto tra tutte le ipotesi che l'équipe operativa va elaborando nel corso del tempo insieme al paziente, e che sono riferite non tanto a lui, quanto alla serie dei partecipanti all'incontro interculturale. Ciò significa che è opportuno rappresentare le ipotesi alternative dell'intero campo culturale a cui appartengono i terapeuti. Per campo culturale qui si intende l'intero campo di esperienze vissute dai terapeuti nel loro divenire tali, ed è proprio a questa riserva esperienziale che bisogna attingere per non limitarsi a riprodurre le spiegazioni saturate dal metodo medico. Può anche accadere che un terapeuta riesca per la prima volta a recuperare queste eziologie dal fondo dei ricordi vissuti. A nostro parere esse rappresentano le comunicazioni più efficaci, sono come una scoperta che viene maturata all'istante; bisogna solo tenere a mente che tali rimemorazioni sono già presenti in ognuno di noi, ma attendono il tempo giusto – il *timing* – per poter divenire degli enunciati effettivamente operabili in termini terapeutici. Siamo anche convinti che quando non affiorino queste narrazioni è perché esiste un problema specifico nell'interazione, non ancora compreso dal gruppo, che riguarda il funzionamento dei terapeuti prima ancora che quello del paziente. L'équipe, nel momento in cui si sta preparando una crisi dovuta al crollo di certe convinzioni del paziente, deve farsi letteralmente carico del tempo sospeso che precede l'installazione di nuove concezioni sostitutive. In queste fasi vale la regola di intensificare la ricerca circolare e interattiva all'interno del gruppo terapeutico, mentre il paziente va lasciato un po' in disparte, o meglio, deve essere promosso al rango di sorvegliante e supervisore della ricerca operata su di lui. Questa può essere una fase tormentata e penosa ma deve essere in ogni caso prodotta ad oltranza, anche rinviando il lavoro con la persona a un altro momento, e continuando la ricerca in sua assenza. Un

corollario operativo irrinunciabile è che la seduta, anche quando non c'è più il paziente, continui a interrogarsi sulle sequenze di enunciati realizzate nel corso dell'intervento.

Falsificata l'ipotesi che l'infezione le fosse stata trasmessa dalla sorellastra, Constance ha chiesto che anche gli altri parenti della linea paterna, compresi i fratelli del padre, facessero il test HIV. Il padre non solo ha respinto tale istanza, ma ha riunito tutti gli uomini anziani della famiglia, e chiamato la figlia a comparire di fronte all'assemblea. Simili convocazioni hanno luogo di solito per discutere questioni molto gravi; nel caso di affari di stregoneria – la morte della sorellastra di Constance non era stata attribuita a una malattia, ma a un attacco *in spiritual way* – queste sedute possono trasformarsi in situazioni di confronto estremamente drammatico. La paziente aveva sfidato apertamente le regole del gruppo, portando avanti la propria battaglia per la verità clinica con una determinazione incurante delle conseguenze. Durante la riunione il padre di Constance ha pronunciato una frase a metà tra la diagnosi e la sentenza: “*dall'Italia tornano in molti con problemi di testa*”. Questo enunciato mostra l'esistenza di una teoria sulla salute mentale dei migranti che ritornano. Accanto all'immagine positiva del migrante che raggiunge il successo e il prestigio sociale grazie alle proprie capacità, esisterebbe dunque uno scenario negativo secondo il quale chi parte corre il rischio di ammalarsi mentalmente. Resta però da capire quali siano per la comunità le cause di questo disordine, se l'invidia di coloro che restano al paese d'origine, oppure le condizioni di vita avverse nel paese straniero, le relazioni con gli Italiani, ecc. La convocazione di Constance di fronte agli anziani è un esempio di come il gruppo reagisca a un evento stressante causato da un proprio membro, mantenendo il controllo sui criteri che definiscono normale o patologico il comportamento di quest'ultimo.

“*They worked on her*”. La paziente racconta che la figlia è stata “lavorata” secondo un procedimento rituale. Tali riferimenti a pratiche tradizionali possono facilmente solleticare l'appetito etnografico dell'operatore/ricercatore, attirando quest'ultimo verso interrogativi non sempre pertinenti con l'obiettivo principale dell'équipe, che è quello di sostenere la persona e rafforzarla nella fase di crisi. Pensiamo che la cerimonia sia servita a riconoscere ed inscrivere la piccola – nata all'estero in circostanze straordinarie, nel doppio segno della malattia scampata e del ritorno della bisavola defunta – all'interno del lignaggio materno. La paziente conferma che si è trattato della dazione del nome, e mostra una certa soddisfazione nel dirci che è stato suo padre ad attribuire alla bambina il

suo nome africano. L'unico passaggio del colloquio in cui la paziente sorride e sembra davvero rivivere un momento positivo del viaggio riguarda la calorosa accoglienza della madre verso la nipote. Grazie alla nonna infatti la piccola ha vissuto delle esperienze comuni a tutte le bambine in Africa: è stata portata sulla schiena, è andata a prendere l'acqua al fiume, a raccogliere legna, e così via. Il nonno voleva che la piccola venisse lasciata in Ghana, dove avrebbe potuto frequentare ottime scuole e studiare in lingua inglese, ma Constance è riuscita ad opporsi con decisione e alla fine è ripartita con la figlia per l'Italia.

Nella parte rimanente del colloquio ci poniamo il problema della motivazione eziologica sostitutiva; quale spiegazione può ora prendere il posto di quella precedente: "è stato il sangue infetto di mia sorella a farmi ammalare"? Falsificata la teoria "trasfusionale", il mondo di Constance si mette di nuovo a girare intorno alle domande "come è potuto accadere? Perché proprio a me?" Invitiamo la paziente a riflettere sulle sue esperienze passate, ma essa stenta a mettere a fuoco delle circostanze che potrebbero essere collegate all'evento dell'infezione. E non appena isoliamo un episodio del genere, una situazione con una probabilità significativa di rischio, Constance sembra venire attraversata da un'angoscia istantanea. La paziente ci racconta ad esempio di un *oath*, "giuramento", fatto all'età di diciotto anni: alla fine della scuola superiore lei e il suo ragazzo si erano giurati di non lasciarsi mai; avevano quindi suggellato la promessa facendosi un taglio sulla mano e scambiandosi alcune gocce di sangue. In seguito lui era partito per l'università mentre lei con la famiglia aveva lasciato il paese, e da allora non si erano più rivisti.

Cosa facciamo di racconti di questo genere? Come si accompagna la persona nell'esplorazione di una serie aperta di eventi che possono essere trasformati in ipotesi eziologiche? E come si ricostruiscono le cause possibili della malattia impiegando l'esperienza di tutta l'équipe terapeutica? Ovvero in che modo, passando attraverso l'azione poetica del gruppo, la nebulosa di interrogativi esplosa intorno alla questione del male può condensarsi in una forma eziologica comprensibile per la paziente?

Una metodologia di lavoro potrebbe consistere nella costruzione di un assetto logico-narrativo che copra gli ultimi dieci anni di vita della persona ed arricchisca la sua prospettiva sulle modalità di trasmissione. Tale costruzione narrativa non dovrebbe limitarsi a ricalcare il discorso medico: trasmissione per via sessuale, per contatto con sangue infetto (trasfusione, parenterale), ecc., ma dovrebbe essere molto più ampia, così

da contenere motivi riconducibili a matrici significative per il paziente. La finestra di dieci anni sarebbe una finestra teorica: essa servirebbe ad accogliere elementi biografici personali e familiari (incidenti, vissuti traumatici ed esperienze di cambiamento, incontri accidentali con esseri sconosciuti, conversioni, abitudini terapeutiche familiari, migrazioni, ecc..)

*Ultimo colloquio.* L'ultimo incontro con Constance avviene alcuni mesi dopo; l'infermiera dell'équipe ci avverte che la paziente sta facendo un ciclo di cure per un'infezione alle vie respiratorie. La vediamo nell'ambulatorio di day-hospital con una flebo attaccata al braccio, l'espressione del volto afflitta. Parlando con noi si mette spesso a piangere, dice di avere paura e ci chiede diverse volte se veramente siamo sicuri che non morirà entro breve. Siamo vicini a lei, cercando di darle conforto: il colloquio è fatto più di presenza che di parole. La paziente pare beneficiare momentaneamente di questo contatto, e grazie alle nostre rassicurazioni riprende un po' di tono. Constance ha ancora una buona capacità di reagire e lo dimostra avvalendosi della forza che le viene offerta dall'esterno.

Prendiamo quest'ultima immagine della paziente per tratteggiare qualche osservazione di carattere psicologico. La malattia cronica di per sé richiede alla persona un continuo sforzo di adattamento, sia fisico che mentale, teso a recuperare una situazione di equilibrio gravemente compromessa. Il sostegno psicologico in questi casi promuove una migliore "convivenza" con la malattia, ma soprattutto può aiutare il paziente a rinforzarsi, e di conseguenza ad aumentare le possibilità che la terapia farmacologica sia più efficace.

I nostri colloqui con Constance sono cominciati dopo che la paziente era già stata informata della necessità di iniziare la terapia antiretrovirale. Questo annuncio l'aveva messa di fronte all'imminenza della morte, e aveva prodotto in lei una paura persistente – sia nella forma acuta di incubi e crisi di spavento, sia in quella cronica di una costante preoccupazione per la malattia – cui andavano a sommarsi sentimenti di vergogna e inadeguatezza, tali da rendere assai penose le sue relazioni interpersonali.

La prescrizione della terapia antiretrovirale era considerata dal medico un passaggio obbligato, visto che i valori linfocitari erano scesi al limite della soglia critica<sup>97</sup>. Altrettanto

---

<sup>97</sup> Il valore soglia dei linfociti CD4 è fissato a 200 unità per mm<sup>3</sup>. C'è però chi consiglia di cominciare la terapia già sotto le 350 unità perché un intervento precoce consentirebbe al sistema immunitario di tornare di nuovo a un livello normale (>500/mm<sup>3</sup>), e ciò renderebbe possibile per un certo periodo la sospensione della cura. Quando invece il numero dei linfociti si abbassa sotto i 200, il paziente si trova in una condizione di grave deficit immunitario che nel tempo fa aumentare la probabilità di contrarre infezioni opportunistiche. L'altro indicatore che viene considerato dai medici per valutare l'evoluzione della malattia, e dunque il rischio

obbligata, benché non scontata, doveva essere perciò l'adesione della paziente allo schema terapeutico assegnatole. La sua inattesa reazione di spavento mostrava invece un'iscrizione assai imperfetta nel percorso "ordinario" del paziente HIV+. Constance rifiutava l'idea di assumere i farmaci perché nella sua esperienza essi erano collegati al periodo in cui aveva assistito un'amica ammalata di aids, ed avevano per questo motivo un senso funesto: non erano tecnologie mediche alleate della vita nella guerra al virus, bensì servivano ad accompagnare il malato durante la fase terminale<sup>98</sup>.

Le informazioni relative all'evoluzione di una patologia cronica devono essere formulate tenendo presente che possono avere sulla persona degli effetti destabilizzanti, trasformandosi perciò in fattori aggiuntivi di stress. Se non viene data al paziente l'opportunità di integrare la nuova informazione alle conoscenze che egli già possiede sulla malattia, il contenuto che passa può "costituirsi come un «oggetto alieno», contribuendo ad aumentare la paura, il senso di impotenza, e quindi generando effetti paradossali e difensivi" (Solano, 2001:96). Pertanto, nel nostro caso, la paziente non andava semplicemente informata del fatto che i suoi linfociti avevano toccato un livello critico; questo non era un contenuto da lasciarle elaborare individualmente. Bisognava in realtà costruire un dispositivo per pensare e affrontare in gruppo – e in traduzione – il passaggio di fase annunciato dal medico. L'équipe di mediazione è servita a creare un ambiente di riflessione esterno alla mente della singola persona, aperto ad interrogativi che nella relazione duale medico-paziente non hanno la minima probabilità di essere concepiti. Il fatto che la convivenza cronica col virus non sia una condizione facilmente pensabile, né tanto meno accettabile da parte di un individuo isolato è dimostrato dagli sforzi compiuti da Constance per costringere l'intera famiglia a misurarsi con questo "essere" di matrice biomedica. La visita alla casa paterna per sollecitare il riconoscimento del proprio status di HIV+ aveva provocato una crisi in seno alla comunità, e aveva obbligato il gruppo patrilineare a riunirsi per dibattere il suo caso. Forse questa modalità di parola assembleare poteva essere usata in futuro non per giungere a una condanna della

---

per il paziente di passare nella fase di aids, è il livello di viremia, ovvero il numero di copie HIV-RNA per ml di sangue (il cui valore critico si aggira intorno alle 100.000 copie).

<sup>98</sup> Oggi esistono numerosi farmaci, appartenenti a diverse classi. Ogni classe si caratterizza in base a un meccanismo d'azione specifico avente come bersaglio uno degli enzimi presenti nell'HIV e utilizzati dal virus per replicarsi. L'impiego combinato di più farmaci (terapia triplice o HAART), che agiscono con meccanismi differenti, si è rivelato efficace perché riesce a colpire il virus in diverse fasi del suo ciclo vitale. Alcuni farmaci sono però armi "fragili", cioè richiedono da parte dell'utente una compliance molto buona, onde evitare che si sviluppi una resistenza virale.

paziente, ma per avviare un'ampia negoziazione tra le generazioni, i poteri, gli esseri, i sistemi di conoscenza presenti all'interno della famiglia.

Da parte sua anche il sistema medico era venuto alle prese con un'entità perturbante, difficile da contenere, cioè lo spavento della paziente<sup>99</sup>. Tale perturbazione, che per i medici rappresentava un'impasse terapeutica, un non luogo a procedere, ha costituito invece per la nostra équipe un importante punto di partenza. Grazie all'utilizzo della traduzione e ad un approccio culturalmente sensibile, abbiamo costruito con la paziente un'alleanza abbastanza affidabile da permetterle di esplorare il senso e l'origine della sua crisi.

L'esperienza fatta insieme a Constance ci ha reso consapevoli del fatto che la modalità d'intervento in équipe multiprofessionale e multilinguistica può aiutare concretamente il paziente HIV+ straniero ad affrontare certi momenti cruciali del suo percorso clinico ed esistenziale. Prima del trattamento e durante le fasi iniziali dello stesso è opportuno che il paziente sia seguito in modo attento da un'équipe composta dal medico curante, dall'infermiere e da altre figure professionali che sono state qui individuate<sup>100</sup>. Se si vuole realmente consentire al paziente di comprendere la propria situazione clinica e di partecipare alle decisioni concernenti la cura, occorre in primo luogo dargli la possibilità di esprimersi nella propria lingua. Tramite questo gesto fondamentale, che si sviluppa all'interno di una metodologia clinica centrata sulla traduzione, la persona riesce a stabilire un rapporto di maggiore fiducia, vicinanza emotiva e cognitiva con lo staff curante, e diventa quindi possibile cominciare insieme un lavoro di mediazione su più livelli. Vengono delineati scenari possibili di tensione e conflitto con la famiglia per trovare argomenti e strategie che permettano al paziente di difendersi e/o ottenere supporto dal proprio gruppo; si affrontano tramite il colloquio momenti di profondo avvillimento, paura, smarrimento dovuti all'apparizione di sintomi o di nuove informazioni che sovvertono il difficile equilibrio della persona; si esplorano tutte le possibili ramificazioni delle teorie eziologiche del paziente, ma anche del gruppo terapeutico, una volta che le certezze sulla

---

<sup>99</sup> Cfr. Nathan e Grandsard, 2011.

<sup>100</sup> Le riviste mediche specializzate sottolineano l'importanza dei colloqui propedeutici al trattamento: il paziente dovrebbe avere la possibilità di incontrare in diverse occasioni l'intero team responsabile del trattamento per discutere con esso le proprie aspettative e il proprio punto di vista riguardo alla malattia e alla terapia proposta.

trasmissione dell'infezione hanno cominciato a vacillare<sup>101</sup>. Tutto questo porta la persona ad agire anche verso i contesti sociali di riferimento, a cercare nuove modalità relazionali per rapportarsi a parenti e amici, a costruire nuovi legami, a negoziare il proprio status sociale all'interno dei gruppi d'appartenenza, a rivolgersi ai dispositivi tradizionali di cura con la consapevolezza di chiamare in soccorso forze terapeutiche legate al proprio gruppo culturale e familiare.

## 5.2 Neurologia (epilessia)

Discutiamo ora il caso di una paziente marocchina di diciotto anni, affetta da epilessia idiopatica dall'età di otto. Viene seguita da diversi anni contemporaneamente da un servizio di Neuropsichiatria Infantile del territorio toscano e da un dipartimento ospedaliero di Neurologia. Il gruppo di mediazione, costituito da una psicologa, un linguista e una mediatrice culturale, viene attivato dalla neuropsichiatra del territorio in un momento critico, quando la ragazza, giunta alla maggiore età e non più inserita in un percorso scolastico, andrebbe indirizzata verso un servizio di cure per adulti, il che però spezzerebbe la continuità della presa in carico e con essa il rapporto di fiducia stabilito tra la terapeuta e la famiglia. L'intervento è quindi pensato per lavorare in una zona di faglia all'interno dei servizi, dove è alto il rischio di vedere i pazienti, specialmente quelli con patologie complesse e croniche, fuoriuscire dai percorsi sanitari pubblici e fare ritorno al contenitore familiare. Per questi pazienti, e a maggior ragione quando le differenze culturali e linguistiche possono rendere ancor più problematico il passaggio dai Servizi per l'Infanzia e Adolescenza a quelli per Adulti, sarebbe opportuno il mantenimento di uno spazio di cure stabile, trasversale, aperto alle famiglie, non sottomesso a rigide partizioni organizzative e dal quale si possano facilmente attivare tutti gli strumenti terapeutici, riabilitativi, educativi disponibili sul territorio. In alcune realtà sociosanitarie, per far fronte alle criticità insorgenti di questa fase, è stata predisposta la figura di un *case manager* che accompagna per un periodo di almeno 1-2 anni il paziente nel suo nuovo iter di cure. Nel nostro caso l'intento è quello di aprire uno spazio di aiuto multidisciplinare, nuovo sia per le famiglie che per gli operatori, dove è possibile leggere il percorso del paziente alla luce dei suoi vissuti personali e di quelli familiari. Grazie all'utilizzo della lingua matrice si può

---

<sup>101</sup> Nathan e Lewertowski (1998) mettono l'accento sulle eziologie culturali e sul conflitto tra sistema medico e sistemi tradizionali, ma non si soffermano sul problema della ricerca delle eziologie sostitutive o intermedie nei molteplici universi culturali che l'équipe è chiamata ad esplorare quando il paziente perde le proprie teorie e rimane solo.

infatti instaurare un dialogo articolato sulle terapie e sulle diverse difficoltà che possono essere sopravvenute nel corso della presa in carico. Ascoltando i punti di vista del paziente e del suo gruppo si riescono a decifrare le ragioni che a volte portano, in percorsi particolarmente lunghi e complessi, a un progressivo abbandono della terapia. Questo lavoro centrato sul colloquio in lingua matrice permette inoltre di valutare quali sono i passi da fare per facilitare l'alleanza terapeutica e il proseguimento delle cure.

Jamila è una ragazza molto esile, dai lineamenti delicati; è la primogenita di quattro figli (tre sorelle e un maschio), ed è nata in un villaggio dell'Alto Atlante; la sua famiglia si è stabilita in Italia quando lei aveva dieci anni. Parla poco l'italiano, anche se comincia a capirlo discretamente. Viene alle sedute sempre accompagnata dalla madre, perché da sola non si sente sicura. La madre di Jamila è l'opposto della ragazza: una signora robusta, vivace, con la battuta pronta. Quando la figlia viene interpellata è sempre lei a prendere la parola, ed è raro osservare Jamila che protesta per questo furto di voce, forse perché ormai è una consuetudine il lasciarsi rappresentare dalla madre nelle situazioni pubbliche. Benché l'intervento della mediatrice riesca talvolta a ridare la parola alla paziente, la madre riconquista presto la sua posizione, mentre la ragazza reagisce con un sollievo evidente, soprattutto quando il tema del discorso è la malattia. Esiste un legame molto stretto tra le due donne, oltre a quello madre-figlia, che forse va compreso anche alla luce della patologia specifica di cui soffre la paziente. Nel suo caso – la clinica dell'epilessia è estremamente articolata – le crisi, a semiologia variabile, si presentano con frequenza mensile e sono caratterizzate da reazioni di arresto, sguardo fisso, automatismi degli arti superiori, rotazione degli occhi verso l'alto, bava alla bocca e talvolta scosse tonico-cloniche (con perdita improvvisa di coscienza). Ne segue che, ad esempio, il rifiutarsi di venire da sola alle sedute non è solo un comportamento di dipendenza, ma un adattamento salvavita, perché viaggiando sempre in compagnia della madre protegge la continuità della sua coscienza nel caso le succeda qualcosa, mentre se viaggiasse da sola e le capitasse una crisi si troverebbe in una situazione di estremo pericolo, senza nessuno accanto ad occuparsi di lei. Il rapporto di mutua adesività tra madre e figlia è perciò spiegabile, prima ancora che all'interno di una teoria psicologica e culturale, nel quadro stesso dell'epilessia. Le conseguenze neuropsicologiche a carico di chi è affetto da epilessia, e del *caregiver* che impara a conoscere gli effetti di tale patologia, non vanno mai espunte dal ragionamento clinico d'insieme, neppure quando il dispositivo è attrezzato per valutare specificamente la dimensione culturale dei fenomeni. Il primo rischio che



abbiamo dovuto affrontare come gruppo multidisciplinare è stato proprio quello di non lasciarci attirare troppo in fretta fuori dalla clinica neuropsichiatrica per entrare nei mondi “tradizionali”. L’esempio seguente illustra in modo abbastanza chiaro questo rischio di offuscamento delle conoscenze mediche di fronte al fascino delle teorie enunciate dal sistema-paziente. Durante una seduta la madre ci racconta che una volta Jamila stava per avere una crisi e improvvisamente si era diretta verso una finestra, ma era stata bloccata da una vicina di casa che in quel momento si trovava da loro; rivolgendosi allora alla donna Jamila aveva pronunciato una frase: *Ili fik nti ktar men had ši Ili fiya ana*, cioè “quello che è dentro di te è peggio di quello che è dentro di me”. Intendeva dire così alla soccorritrice che il suo aiuto non era gradito, e che invece di occuparsi degli affari degli altri doveva pensare ai propri, ben più seri. Jamila non si ricorda di questo episodio, né tantomeno della frase risentita rivolta alla vicina. La madre dal canto suo, supportata dall’amnesia della figlia, sembra riferire questo fatto alla presenza di un *jinn* nel corpo della ragazza: in particolari circostanze essa non è più padrona di sé, bensì sotto l’influenza di un essere invisibile che la fa muovere e parlare senza che lei ne sia cosciente.

Dal nostro punto di vista, pur conoscendo un po’ la teoria della possessione in ambito islamico, questo episodio non è sufficiente per farci pensare che siamo già in una dimensione esorbitante dalla clinica dell’epilessia. Altrimenti generiamo un malinteso rispetto a cosa voglia dire fare etnopsichiatria e cosa sia, in tale prospettiva, il mondo “tradizionale”. Dirigersi altrove in una condizione di disorientamento quale può essere un’aura, cioè in un prodromo della crisi generalizzata, è un fenomeno perfettamente riconducibile alla teoria neurologica. La crisi parziale complessa, secondariamente generalizzata, può infatti cominciare con sintomi psicomotori localizzati che progressivamente – secondo la definizione di “marcia jacksoniana” – recuperano alla manifestazione vari distretti motori, mentre il soggetto mantiene un livello di coscienza parzialmente integro. Ciò prelude alla scarica generalizzata, che provoca perdita di coscienza, perdita del controllo posturale, con caduta a terra, scosse tonico-cloniche, bava, ecc. Quello che si scarica a livello di centro del linguaggio a volte può dare luogo ad automatismi linguistici; la frase riportata sopra potrebbe essere appunto una sequenza enunciativa automatica completamente sganciata dal contesto pragmatico di emissione; oppure potrebbe essere una frase detta a tono, a coscienza ancora intatta, ma poi amnesizzata in seguito alla crisi.

L’idea soggiacente a questo tipo di argomentazione è che non si può dimenticare il livello neurofisiologico per inseguire esclusivamente l’interpretazione del gruppo familiare. In

altre parole, senza un ragionamento tecnico sull'epilessia rischiamo di perdere anche il valore esplicativo di una teoria "tradizionale". Infatti la metodologia complementarista di Devereux va interpretata con rigore: laddove il rendimento della spiegazione neuropsichiatrica diventi praticamente nullo si può passare a un altro dominio esplicativo, oppure, anche senza dover attendere il punto di minimo rendimento, si può effettuare il salto di teoria ma sempre obbedendo alla regola secondo la quale un fenomeno che non riceva almeno due spiegazioni in due campi organicamente coerenti resta del tutto opaco. L'epilessia, che pure è quella perfettamente conosciuta dalle neuroscienze, quando entra in un campo sociale a matrice culturale determinata subisce una metamorfosi e riemerge secondo una serie di teorie, spiegazioni, interventi e prassi del tutto indipendente dal campo scientifico; se però non vengono tenuti separati i due momenti e al contrario si prova ad utilizzare non una logica *multi* bensì *interdisciplinare*, muovendosi disinvoltamente da un campo all'altro, il risultato è l'inibizione del potenziale esplicativo del primo come del secondo campo: da neurologo ci si inibisce la spiegazione dell'epilessia nel suo insieme, da psicologo ci si inibisce la spiegazione psicoculturale del fenomeno epilettico. Un fenomeno organico a carico di un soggetto e inquadrato all'interno di un campo neurofisiologico ristretto diventa un'altra cosa nel momento in cui infiltra il campo sociopsicologico allargato. Nei due casi vanno utilizzati strumenti diversi e appropriati; se nel primo caso non si può abdicare alla teoria medica forte, che porta a somministrare medicine, nel secondo non si può pensare che una concezione collettivamente condivisa possa venire trasformata attraverso la leva biologica: le medicine che sono buone per ridurre, diradare, attenuare gli attacchi non possono essere dati ai familiari affinché vedano l'epilessia come essa è vista dai neurologi. Occorre avere in questo caso altre medicine, di tipo psicologico, ovvero un'interazione dialogante che miri non tanto a falsificare le teorie dell'altro, quanto a renderle effettivamente compatibili con il modello scientifico.

Non è un caso se il dispositivo si trova ad intervenire in un momento particolarmente delicato della presa in carico di Jamila, ovvero nel punto in cui la paziente comincia ad essere sfiduciata verso le cure mediche, scoraggiata dalla prospettiva di vivere il resto della vita in una condizione di malattia e disabilità, dipendendo dall'assunzione quotidiana di farmaci che spesso le danno effetti collaterali spiacevoli. Allo stesso tempo, per una forza caratteristica dei gruppi che di fronte alla malattia reagiscono cercando nuove alleanze, la famiglia ha già intrapreso i passi iniziali perché la ragazza sia trattata da un

famoso terapeuta arabo esperto in medicina alternativa, il quale promette ai suoi pazienti cure salvifiche e risolutive. Questo dottore ha fama internazionale, possiede centri di cura sparsi in diversi paesi, ed è stato proclamato dai suoi seguaci “Imperatore della Guarigione”; possiede inoltre un canale televisivo privato, la “Televisione della Verità”, attraverso cui pubblicizza i suoi trattamenti e somministra le terapie, almeno quelle che passano per la parola. Lavora spesso a distanza, per una clientela che a volte oltrepassa i confini del mondo arabo; proprio questa sua capacità globale di far pervenire a ciascuno una cura personalizzata senza il bisogno di visitare fisicamente il paziente ha contribuito a renderlo così popolare, perché le persone possono beneficiare di una terapia islamica, moderna e certificata senza dover intraprendere un viaggio faticoso all'estero. Tutto quello che si deve fare è prendere contatto con uno dei suoi uffici, e mandare la documentazione medica richiesta (referti di esami) in modo da fornire le informazioni necessarie per la preparazione dei medicinali, in genere a base vegetale e animale. Anche per mezzo di internet si possono ottenere indicazioni terapeutiche e ricette, ad esempio per i preparati al miele (*muhaddarat ĩasal*). Vengono inoltre usate tecniche tradizionali basate sulla preghiera, come la *ruqyā*<sup>102</sup>. I malati e le loro famiglie affrontano spese molto onerose pur di garantirsi una terapia completa, anche perché ogni trattamento necessita di più spedizioni di medicinali. Nonostante questo la popolarità del dottore cresce e conquista terreno perfino tra quelle persone, come nel caso dei maghrebini in Italia, che vivendo in paesi a welfare avanzato potrebbero avvalersi gratuitamente o quasi di servizi sanitari e cure mediche di buon livello.

Sottolineo il fatto che non sia casuale l'incontro con Jamila a questo punto del suo percorso, perché di solito l'etnopsichiatria viene chiamata in gioco quando nella partita

---

<sup>102</sup> Generalmente viene fatta una distinzione tra *ruqyā šarĥiyya*, conforme alla legge islamica, e *ruqyā širkiyya*, “associativa”, ovvero che associa al nome di Dio quello di altre divinità (Cherif-Zahar, 2009). Il peccato di “associazionismo” (vedi Sourdel J. e D., 1996) è secondo i giuristi musulmani l'errore per eccellenza, imperdonabile secondo il verso “Dio non perdona che Gli siano dati degli associati” (Corano, IV, 116). Questo divieto vale anche per gli esseri invisibili (*jinn*) che hanno abbracciato la fede islamica: “Un gruppo di Jinn ha ascoltato e ha detto: Noi abbiamo inteso un Corano meraviglioso, esso ci guida alla via della ragione, e noi vi abbiamo creduto. Non daremo mai più un associato al Nostro Signore” (Corano, LXXII, 1-2). Il primo tipo di *ruqyā*, autorizzata, consiste nella recitazione di versetti del Corano e preghiere per il malato. È considerata tanto più efficace quanto più il dispositivo è purificato da tutto ciò che non è parola (in questo senso la fabbricazione di talismani di protezione, contenenti i nomi di Dio o i versetti del Corano, è già una pratica al limite dell'autorizzato, in quanto consegna all'oggetto una forza che appartiene in modo legittimo soltanto alla parola sacra). Il secondo tipo, assolutamente vietato, utilizza formule magiche e invocazioni ad entità demoniache; viene perciò condannato come stregoneria.

vitale sulla salute, della persona o dei gruppi, gli attori sembrano non rispettare più le regole iniziali, o quando compaiono nuovi attori che influenzano in maniera imperscrutabile l'azione degli altri rimanendo nascosti. In genere non è una questione di contenuti che spinge gli operatori a “mettersi in casa” un'équipe di mediazione etnoclinica, ma direi piuttosto di contenitori. Ovvero la sensazione che da qualche parte, in uno dei mondi cui è legato il paziente, è emerso uno schema invisibile che funziona da contesto per il sistema-paziente e gli suggerisce le regole di condotta. A volte questo schema può influenzare direttamente il sistema di cure, che comincia a lavorare in modo insolito, o addirittura contrario alle proprie logiche virtuose. Un esempio di quest'ultimo tipo di influenzamento può essere un sistema di salute mentale democratico e moderno che si mette a funzionare come un'istituzione manicomiale sotto la pressione di un paziente e del suo gruppo familiare, provenienti da società i cui modelli di salute pubblica sono ancora legati all'idea che disturbo psichico e pericolosità sociale vadano di pari passo, e dove pertanto medicalizzazione e sicurezza sono concetti, e prassi, tra loro invischiati. Dunque non ci sono sempre e soltanto questioni di ordine culturale – in senso “etnico” o “tradizionale” – dietro le difficoltà che i casi trattati dall'etnopsichiatria presentano. Se i motivi espliciti per la chiamata dell'équipe riguardano genericamente il bisogno di chiarezza, il far luce sull'enigmaticità del mondo dell'altro, le ragioni implicite e profonde di questa richiesta stanno nell'aver intuito in maniera ancora indistinta l'esistenza di un conflitto in atto, di tensioni che stanno dando una forma completamente diversa alla situazione fino a quel momento conosciuta. In tal senso l'attivazione del dispositivo da parte della neuropsichiatra non va letta come una semplice richiesta di approfondimento “culturale” su un caso clinico ostico, piuttosto va intesa come tentativo di comprendere quali forze sono realmente in campo, e in che modo esse sembrano sottrarre la persona alla competenza specialistica dei terapeuti occidentali. Dai colloqui emerge che la famiglia della ragazza sta optando per un sistema di cure alternativo (“neotradizionale”?), dopo che per anni si è affidata quasi esclusivamente alla neurologia e alla neuropsichiatria. È un momento critico non perché la paziente abbia deciso di ricorrere *anche* alle ricette del medico erborista islamico – lo stesso medico sembra prescrivere i suoi preparati ai pazienti raccomandandosi di non sospendere gli altri farmaci – ma perché vorrebbe smettere la terapia antiepilettica, e confida nel fatto che un giorno le nuove medicine possano liberarla dalle vecchie. La vera tensione allora che si crea su questa presa in carico, rispetto al rischio di fuoriuscita dal percorso terapeutico, riguarda l'ingresso di un nuovo attore che fa leva sulle speranze della malata e della sua famiglia. Paradossalmente, finché la famiglia

si limitava a consultare gli esperti di terapia coranica durante le vacanze estive in Maghreb, non sorgevano particolari problemi di adesione alle cure farmacologiche. Erano due mondi che non si parlavano (o se lo facevano si mantenevano a debita distanza), ciascuno operante sui propri principi teorici e tecnici. Ma con il nuovo operatore si fa avanti un sistema più intraprendente, che si dice capace di dialogare con la medicina sulla base di una pretesa condivisione di principi; che è abile nel parassitare il campo delle terapie occidentali e molto attivo nel fabbricare sintesi terapeutiche fatte apposta per intercettare le esigenze di una popolazione migrante assai variegata per provenienza, cultura e livello socio-economico.

Una volta messa a fuoco una dinamica di questo genere è chiaro che va posto uno sbarramento alla traducibilità tra sistemi: l'équipe medica, nel proprio spazio clinico, non può convalidare l'equazione tra disturbo neurologico e disordine spirituale. Già nella medicina greca ippocratica, poi ripresa e sviluppata dai trattati medievali arabi e persiani, l'epilessia (*sarḡ* in arabo) viene definita come un'affezione del cervello, che rende disordinate e incomplete le facoltà sensitiva, motrice e cognitiva. Sottolineo l'aspetto della ragione (*ḡaql*) incompleta, che fa difetto, perché è un elemento fondamentale della neuropsicopatologia islamica; infatti la follia ha senso soprattutto se vista come l'antitesi dell'*ḡaql*, ovvero di tutto ciò che costituisce l'intelligenza, la coscienza, la facoltà intellettuale nell'essere umano. In realtà questa nozione trascende l'ambito medico filosofico di tradizione greca, perché ha un'origine coranica e fu integrato al vocabolario medico dai traduttori dei testi greci in lingua araba. La privazione, totale o parziale, congenita oppure no, dell'*ḡaql* venne così a designare "la confusione mentale, i ritardi, le demenze, le psicosi, ma oltre a questo anche la dissidenza cosciente e volontaria nei confronti di ciò che impone l'*ḡaql*, vale a dire in primo luogo la norma, il rispetto dei limiti del lecito e dell'illecito, in modo più ampio il rispetto della verità rivelata (*haqq*)" (Thierry de Crussol des Epesse, 2010:65). Il tema dell'epilessia come perdita o indebolimento delle capacità intellettive viene vissuto dalla paziente in modo drammatico, ad esempio quando durante un ricovero in ospedale accusa i medici di trattarla da persona minorata (*kathasbuni naqsa*, " voi mi considerate incompleta"). È quindi possibile che l'approccio del guaritore riesca ad agganciare Jamila con facilità proprio perché le consente di evadere dallo schema neurologico, che da Ippocrate in poi mette al centro delle capacità umane – percettive emotive e razionali – il cervello (Simon, 1978:220). In tal modo si fa un salto nella concezione dell'epilessia come male sacro, che nell'Islam fu chiamato *al-marad al-kāhinā*, "la malattia divinatoria", per via dell'oscurità delle cause e la sua attribuzione ai *jinn*

(Dols, 1992:72). Scompare così il cervello dal quadro clinico, mentre vengono richiamati gli esseri invisibili ante-islamici. È questo tipo di movimento che va colto dal dispositivo etnopsichiatrico, se si vuole evitare che il linguaggio dell'epilessia e il linguaggio della possessione si sovrappongano<sup>103</sup>. Tutte le volte che il processo clinico si apre su universi culturali, sociali e terapeutici sconosciuti, l'operatore non sufficientemente immunizzato è esposto al rischio di cattura. Porre, come si diceva prima, uno sbarramento alla traducibilità tra sistemi non vuol dire sbarrare la strada alla paziente nella sua decisione di intraprendere delle cure alternative, bensì significa non lasciare che per difetto di teoria o di metodologia il linguaggio del clinico venga sovracodificato (anche nel senso di sovrascritto) dall'altro sistema: occorre perciò dimostrare in maniera incontrovertibile alla paziente che i due linguaggi sono sufficientemente diversificati ed autonomi per non essere riducibili ad uno solo. Se l'operatore riesce in questo, può allora dire alla malata, con la quasi certezza di venire ascoltato: "segui pure anche questo nuovo percorso, ma mantieni i farmaci che ti ho dato". Solo così si salvano l'alleanza e la terapia. È inoltre importante sottolineare alla famiglia l'esigenza di discutere in seduta degli esiti di questo secondo iter di cura: in tal modo la consultazione può diventare uno spazio di raccordo e supervisione di tutti gli elementi terapeutici in gioco.

---

<sup>103</sup> I due linguaggi, in realtà, restano spesso confusi nel mondo islamico anche dopo la diffusione dell'opera di medici come ar-Rāzī e Ibn Sīnā. Ibn Qayyim (1262-1350), nel suo scritto *at-Tibb an-nabawī* ("la Medicina Profetica"), distingue tra due tipi di epilessia, una causata dalla corruzione degli umori, e l'altra dagli spiriti maligni (Dols, 1992:82). L'unico tipo di trattamento valido per la seconda, che sarebbe anche la più diffusa, è quello spirituale: l'influenza e gli effetti della preghiera sul corpo sono maggiori dei rimedi fisici. Solo dei medici ignoranti negherebbero che l'epilessia è causata prima di tutto dagli spiriti, e occasionalmente da uno squilibrio umorale (Dols, 1992:252-254). Ibn Qayyim è spesso molto critico verso le pratiche dei medici fisiologi, perché la sua preoccupazione centrale è l'armonizzazione tra la medicina e gli aspetti pratici della pietà musulmana. Nella sua visione si mescolano l'insegnamento tratto da alcuni hadīth del Profeta, la medicina greca e l'interpretazione religiosa. È da notare che, sebbene vi siano alcune forti affinità tra questo pensiero e le pratiche del guaritore coinvolto nella cura della nostra paziente, non siamo sicuri che egli si collochi in maniera ortodossa rispetto alla tradizione di medicina profetica, essendo stato più volte accusato di utilizzare per i suoi preparati ingredienti di natura animale (es. serpente), proibiti dalla legge islamica. In Maghreb sembra fosse molto popolare un libro di medicina profetica scritto da Sanaubarī al-Hindī (?-1412), contenente un numero di ricette magiche molto superiore a quello di molti altri lavori di questo genere. Per "l'epilessia da *jinn*" (*sarḥ al-jānn*) l'autore fornisce numerose invocazioni contro tutti i tipi di spiriti (Dols, 1992:286). Anche Leo Africanus (1465-1550) testimonia che l'interpretazione dell'epilessia come malattia dovuta all'attacco dei *jinn*, quindi curabile tramite esorcismo, era assai diffusa nel Marocco del XVI secolo, soprattutto tra i Berberi (Dols, 1992:282).

Per dare ancora un'idea di come ogni elemento che nel nostro sistema semiologico ha una collocazione ne può avere un'altra in un sistema semiologico popolare – uno stesso sintomo può abitare due o più nicchie ecologiche differenti – discutiamo in questo paragrafo alcuni sintomi descritti dalla madre della paziente. Essa ci racconta che certe volte durante la crisi Jamila diventa tutta “blu”, *zerqa*, oppure che emana un odore sgradevole, *kanet fiha riha xanza* (“aveva un cattivo odore”). Ciascuno di questi termini acquisisce un valore interpretativo diverso se letto all'interno del quadro semiologico medico o in quello delle pratiche tradizionali legate alla possessione da *jinn*. Ad esempio *zerqa* è importante dal punto di vista medico perché rinvia a una diagnostica differenziale tripartita: a) cianotica, b) coperta di lividi, oppure c) che presenta un problema di coagulazione del sangue. Dal punto di vista tradizionale invece rinvia alla manifestazione di una presenza invisibile sottopelle, e alle pratiche esorcistiche per allontanarla. A loro volta questi rituali possono causare lividi dal momento che l'esorcista non si limita a pronunciare formule e versetti: il combattimento spirituale è senza esclusione di colpi e spesso utilizza il bastone per scacciare l'intruso dal corpo della persona. Se l'espressione *zerqa* non viene analizzata con una buona semeiotica rischia di far delirare l'interprete. Lo stesso accade per l'altro sintomo, l'emanazione di odore sgradevole. Nel momento climax dell'epilessia generalizzata la paziente, in ragione delle scosse tonico-cloniche, può fare una cianosi oppure perdere il controllo degli sfinteri. Così nel sistema popolare si sa che il *jinn* non esce solo per via cromatica – o fonetica: i posseduti gridano, si mettono a dire cose fuori dal loro controllo – ma anche odorifera.

Nel mondo cristiano queste aree di turbolenza diagnostica – è ammesso che un soggetto epilettico possa soffrire anche di una demonopatia – hanno reso possibile la collaborazione tra operatori laici e religiosi, i quali agiscono insieme per stabilire quando si tratta dell'una o dell'altra cosa<sup>104</sup>. Al contrario nel mondo musulmano, per quanto ne so, tali dispositivi non sono stati creati, o comunque non esistono protocolli di esorcismo né direttive religiose che raccomandino la consulenza delle discipline medico-psicologiche nei casi di possessione.

Durante uno degli incontri con la paziente abbiamo notato più volte che il termine “trance” faceva capolino nel discorso degli operatori. Pensiamo che tale fenomeno possa costituire un sintomo della difficoltà vissuta dai clinici quando si trovano a dover lavorare su oggetti

---

<sup>104</sup> In alcune diocesi italiane sono stati creati ad hoc dei gruppi misti (es. tre religiosi più un neurologo, uno psichiatra e uno psicologo) per valutare previamente i casi da sottoporre ad esorcismo.

disputati da saperi così diversi come la neuropsichiatria e le tecniche di esorcismo (religiose o popolari). Accade così che il linguaggio clinico, invece di essere motore di discernimento, e aiutare a stabilire una diagnosi, diventi una causa aggiuntiva di disordine (fino al punto di fabbricare una patologia posticcia). Va messo in chiaro un punto: non è che non si possa *a priori* parlare di trance perché la paziente è epilettica, ma si deve fare molta attenzione se non si vuole rischiare di confondere tra loro i diversi fenomeni in gioco. Per quanto non sia possibile fare distinzioni troppo nette tra la trance e la possessione (almeno da un punto di vista neurofisiologico, poiché ne sappiamo troppo poco), e premesso il fatto che sia l'una sia l'altra sono esperienze della "totalità dell'essere", che coinvolgono integralmente la dimensione fisica e mentale della persona, va osservato che il modello della possessione implica la presenza un essere invisibile (ma non per questo incorporeo) il quale appunto prende possesso del corpo e della coscienza del soggetto, mentre nella trance la perturbazione somatica e il passaggio verso funzionamenti della coscienza diversi da quelli ordinari possono avvenire senza l'intervento di questo elemento esterno. Ovvero la parola "trance" rimane silenziosa rispetto all'esistenza di un'intenzionalità non umana che invade lo spazio psico-corporeo del soggetto; essa ci parla esclusivamente di quanto può accadere al soggetto umano in alcune circostanze: il fatto di "passare", di transitare verso un'altra modalità dell'essere. È vero che nella trance si può avere un'alterazione dello stato di coscienza, mentre la corporeità quasi retrocede sullo sfondo, restando tranquilla, composta. Ma possiamo anche avere delle trance che interessano in modo significativo il livello fisico. In ogni caso la corporeità è sempre coinvolta, come nella possessione; contrariamente a quello che si potrebbe pensare, infatti, trance e possessione non differiscono perché la prima riguarda la coscienza e la seconda la corporeità, ma perché le "tecniche del corpo" che ambedue richiedono per essere governate sono diverse. Ne segue che i due termini non sono intercambiabili.

Nella stessa maniera occorre falsificare l'equivalenza tra crisi epilettica e "crisi di trance", accettabile solo se si esclude il supporto del testimone affidabile neutro, l'elettroencefalografia. Mentre la crisi generalizzata può essere oggettivata dal testimone neutro, che rileva scariche di complessi punta/onda con una certa frequenza, non è detto che la crisi di trance presenti un tracciato sufficientemente alternativo a quello dello stato vigile (anche perché il più delle volte questa prova non viene fatta). Vale a dire che mentre l'elettroencefalografia è sensibile al funzionamento elettrico dell'hardware neurologico, essa potrebbe non essere altrettanto sensibile alle modificazioni indotte dalla trance.



Quando abbiamo chiesto a Jamila che cosa volesse dire per lei guarire, essa ha risposto: *Nebra hiya manebqaš ntqallaq. Ommi matxasamš ɛlya...* “la guarigione per me significa che non mi arrabbio più, che la mia mamma non mi sgrida...” Dicendo così la paziente si appella a un’idea di guarigione sociale che sorprende la neuropsichiatra perché si allontana in maniera netta dalla prospettiva biologica (e individuale) della medicina, per cui guarire consiste nel processo di recupero della salute da parte di *un* organismo. Per la paziente invece guarire significa modificare l’ecologia affettiva delle relazioni familiari.

Questa risposta di Jamila ci fornisce inoltre delle indicazioni sul tipo di sorveglianza da effettuare rispetto al caso cronico. Essa non può limitarsi alla sola paziente, perché l’entourage familiare costituisce il contesto entro il quale vengono valutati effetti anche minimi della terapia. Nel momento in cui si verificano delle discontinuità nell’assunzione dei farmaci, e ciò si ripercuote nel funzionamento dei rapporti che la paziente intrattiene con tutto il suo gruppo, quest’ultimo diventa sempre più insoddisfatto, si scolla dall’équipe curante e finisce col determinare l’abbandono del percorso.

Lo stesso ragionamento può essere esteso alla psicoterapia, che non va mai intesa come esclusivamente individuale. Nell’epilessia ci possono essere intervalli liberi prolungati con o senza trattamento, poiché il disturbo episodico accessuale ha bisogno di *trigger* specifici per manifestarsi. Una psicoterapia, un influenzamento che introduca calma, serenità, pacificazione nella persona e nel suo sistema, di fatto eleva la soglia di scarica epilettogena e conseguentemente riduce la frequenza della crisi.

Se è vero che ci deve essere questo movimento dall’individuale al sociale nel trattamento dell’epilessia, e che la tecnica psico-socio-terapica può contribuire a modificare la fenomenologia del disturbo, è altrettanto innegabile che l’epilessia, in quanto patologia grave del sistema nervoso, marca in profondità la persona, ne segna il carattere e l’emozionalità di base. Una riflessione assai interessante su questo aspetto fu svolta in seno alla Société Médico-psychologique da Minkowska (1931). Ella propose il termine *glischroïdia* (dal greco *gliskros*, “vischioso”) per designare la costituzione caratterologica epilettoidale. Tutte le manifestazioni di ordine epilettico sarebbero attraversate da un’affettività vischiosa, articolata secondo una doppia polarità: la stasi e la reazione esplosiva. “Malgrado la diversità apparente dei casi di epilessia osservati in una famiglia, essi hanno tutti qualcosa in comune tra loro. La sintomatologia dell’epilessia si lascia ricondurre sia a una bradipsichia, di ordine tanto affettivo che intellettuale, sia a manifestazioni di ordine esplosivo. Queste ultime si traducono in un disturbo della coscienza che va, da un lato, dalla semplice assenza alla perdita di conoscenza nella crisi

comiziale, mentre, dall'altro, si traduce nel carattere onirico del delirio epilettico" (Minkowska, 1931:297). Sottolineiamo in modo particolare due elementi di questo ragionamento: a) l'epilettico sperimenta la sussistenza di salti nella continuità di coscienza, b) fenomeni di rallentamento, inibizione, irritabilità, rabbia esplosiva fanno parte dello sviluppo caratteriale dell'epilettoidismo.

Durante la seduta può accadere spesso di aprire un dialogo con l'interprete per esplorare una porzione della lingua. Si entra in un'area semantica partendo da una certa espressione del paziente, poi si cominciano a cercare percorsi alternativi estendendo sempre di più la superficie lessicale conosciuta. Ad esempio, ci siamo interrogati intorno alle parole *ntqallaq*, "mi arrabbio", "mi infastidisco", e *mqaqqa*, "arrabbiata", "infastidita", perché usate spesso dalla paziente nel descrivere il proprio stato d'animo. Entrambi i termini derivano da *qalaq*, che in arabo classico copre uno spettro di significati piuttosto ampio, variabile secondo intensità: insoddisfazione, irritazione, insofferenza, fino a rabbia nei gradi estremi di *qalaq*; in arabo marocchino questo termine è poco usato, ma le forme riflessive verbali o aggettivali, derivanti dalla stessa radice, sono molto frequenti. Nel corso della discussione la mediatrice introduce come sinonimo di *mqaqqa* il termine *mgeira*, derivante da *lgyar*, "cambiamento", inteso nel senso di "trasmutazione dell'umore" (si può dire a un adulto che sta sgridando un bambino: *heda ɣlih matgeirus* "lascialo stare, non cambiarlo", ovvero "non lo rimproverare, perché altrimenti guasti il suo stato d'animo"). È vero che in alcuni contesti i due termini possono essere usati come sinonimi: ad esempio è uguale dire *ana mgeir men jihtek*, "mi hai fatto arrabbiare", o *ana mqaqqa men jihtek*, eppure esiste una differenza sostanziale tra questi aggettivi. Mentre *mqaqqa* sembra indicare l'umor stabile, la rabbia primaria, poi reattiva – nonché cumulativa, poiché dopo l'ennesima provocazione posso diventare *mqaqqa bezzeq*, "molto infastidito", dunque effettivamente arrabbiato – *mgeir* appare più vicino allo stato "disforico": una condizione di tensione spiacevole e irritabilità in cui sono compresenti due espressioni contropolari di uno stesso ordine unitario. Dis-forico è diverso da eu- o caco-forico, proprio perché fluttua tra poli opposti (vedi anche l'idea di "piccola bipolarità" in Rossi Monti, 2000). Nella disforia la persona che si presenta in un modo, un momento dopo è in un altro: l'affettività appare imprigionata in un ciclo dromico, rapido, di depressione-euforia, euforia-depressione, che non riesce mai a compattarsi in un'unica espressione emozionale. Per riassumere, se con *mgeir* si mette in evidenza l'elemento disforico – un umore sempre sul punto di commutare – con *mqaqqa* la condizione affettiva è stabile, non bipolare, e ancor meno ciclotimica.

Come si può vedere da questa discussione, l'intervento della mediatrice non si limita a tradurre, a passare cioè il significato delle parole di una lingua al setaccio di un'altra; esso dinamizza il quadro semantico della lingua di partenza offrendo espressioni nuove che possono essere a loro volta convenientemente ritradotte nel linguaggio clinico secondo queste opzioni: "disforia" piuttosto che "rabbia cronica", "rabbia reattiva" piuttosto che "irritabilità", ecc. (Quando il mediatore è capace di fare questo significa che si sente a suo agio in seduta, e comincia ad avere un buon livello di controllo soggettivo sul processo clinico stesso, non limitato alla singola parola o frase). Grazie a questo tipo di lavoro in lingua matrice possiamo dunque determinare anche gli stati potenziali dell'universo affettivo della paziente, facendo in modo che si parli della sua esperienza – e non solo della sua – nella maniera più articolata possibile. La domanda che ci spinge nella ricerca è la seguente: qual è lo spettro semantico che può essere attivato per descrivere lo stato emozionale della paziente? Sebbene formulata in termini linguistici, la questione è animata da un'intenzionalità clinica. Ciò implica che il linguista debba passare sufficientemente attraverso la trasformazione – indotta dal vincolo clinico – dei suoi presupposti disciplinari e delle sue metodologie, piuttosto che il contrario, ovvero che sia il processo clinico a venire smontato dalla teoria linguistica, lasciando così alla lingua una posizione di intangibilità del tutto sterile ai fini della ricerca etnopsichiatrica. L'équipe multiprofessionale minima per lavorare sui *frames* linguistici come abbiamo visto sopra è costituita da tre persone: un interprete che padroneggi una o più lingue tra quelle parlate dal paziente (possibilmente la lingua matrice); un clinico capace di interpretare la cura come un'impresa collettiva; un linguista aduso alla clinica che possa aiutare a cogliere i punti critici del processo attraverso la lingua.

Sappiamo che a casa Jamila è spesso silenziosa, cerca la vicinanza fisica della madre, dividendo con lei i lavori domestici e i momenti di riposo. Anche di notte il filo che le tiene legate non si spezza: quando la figlia sta per avere una crisi, la madre puntualmente fa dei sogni premonitori la notte prima<sup>105</sup>. E il giorno della crisi non si allontana mai da lei, pronta a soccorrerla appena distingue i sintomi anticipatori. C'è un'altra cosa che rende la

---

<sup>105</sup> La madre ci racconta che tutte le volte, prima di una crisi di Jamila, lei sogna i topi. Al di là della cifratura psicoculturale del sognare "topi" nel mondo della signora, va notata soprattutto la capacità di quest'ultima di vedere *prima*, quasi come se fosse una *šwafa* (veggente). Mentre la figlia funziona in *minus*, lei sembra girare in *plus*. Questo indizio, se lavorato con cura sufficiente dal dispositivo, potrebbe rivelare elementi assai importanti di storia (e patostoria) familiare, ricollegabili alla malattia di Jamila.

ragazza così attaccata alla madre: la lingua araba dialettale, che la madre le ha trasmesso anche per darle migliori possibilità di ambientarsi in contesti cittadini più ampi, di scuola e lavoro. Ma poi la famiglia è emigrata in Italia, e a quel punto la lingua che avrebbe aperto le porte dell'avvenire è diventata un'altra. Le sue sorelle hanno colto con naturalezza questa possibilità, ma lei non ce l'ha fatta. Per Jamila la comunicazione con le due sorelle è complicata, a causa della differenza di età e di carattere – viene vista da loro quasi come una vecchia zia rimasta nubile – ma anche perché esse vanno a scuola, e tra loro parlano spesso in italiano, mentre lei da quando è in Italia ha fatto pochi progressi: la sua malattia, le sue paure aggiunte a quelle della madre, le hanno impedito di uscire di casa, trovare un impiego, frequentare amicizie italiane; le rare volte in cui vince il timore di essere presa in giro e trova lo slancio per chiedere alle sorelle di farla partecipare alla conversazione, queste si rifiutano, non essendo avvezze a parlare con lei in italiano. D'abitudine infatti si rivolgono alla sorella maggiore e ai genitori tramite il berbero. Solo Jamila usa l'arabo marocchino per parlare con la madre, lasciando il berbero per gli altri membri della famiglia. Le sorelle minori, dal canto loro, si vergognano del loro arabo approssimativo, e rimproverano alla madre di averlo insegnato soltanto alla primogenita<sup>106</sup>. Abbiamo qui dunque una situazione carica di gelosie linguistiche intrafamiliari che accentuano la rivalità tra sorelle, e allo stesso tempo esiste una lingua, l'arabo dialettale, che funziona come elemento di chiusura e protezione rispetto a una relazione esclusiva, di dipendenza, tra madre e figlia. La lingua della madre (poiché scelta e trasmessa soprattutto da questa), che in origine doveva facilitare gli scambi con il mondo esterno e permettere alla figlia di uscire dalla realtà ristretta del villaggio, ora – dopo la migrazione – è destinata unicamente alla comunicazione tra le due donne, come un codice fatto apposta per condividere dei segreti; neppure il padre di Jamila, benché bilingue, viene ammesso facilmente in questo spazio arabofono riservato.

---

<sup>106</sup> È interessante quanto afferma il linguista marocchino Simon Lévy a proposito del rapporto tra il popolo marocchino e le sue lingue materne: "Le due lingue [arabo e berbero] si sono interpenetrate. Esse sono la duplice espressione di uno stesso popolo, di una medesima mentalità, di una cultura e di un patrimonio, diversificati nella forma, ma che traducono una stessa realtà umana nella sua evoluzione. Ogni marocchino, che sia arabofono o berberofono dal punto di vista della lingua materna, ha il diritto di rivendicare le due espressioni. Dovrebbe anche, per poter gioire appieno della cultura nazionale, avere un accesso diretto a quella, delle due lingue, da cui per circostanze di nascita è rimasto isolato (Lévy, 1996:136, trad. nostra). È pertanto comprensibile che le sorelle soffrano di questa incompletezza linguistica, così come Jamila soffre di un senso di incompletezza (*naqsa*) personale dovuto alla malattia.

Le dinamiche interne alla famiglia non bastano a spiegare questi particolari fenomeni comunicativi, le cui ragioni profonde vanno ricercate su entrambe le sponde del Mediterraneo, tra le pieghe di una storia plurisecolare e interetnica. Forse questo caso può essere letto solo dandosi la pena di sfogliare le pagine tormentate di un atlante storico-culturale e linguistico che non trova mai la sua scrittura definitiva, perché la migrazione tiene sempre in movimento popoli e lingue, non lasciandoli mai fermare negli stessi luoghi troppo a lungo.

In questo caso la mediazione in *darija* è fondamentale perché ci permette di entrare nel lessico familiare sviluppato da madre e figlia intorno al problema della malattia; inoltre fa emergere il tipo di comunicazione esistente tra le due donne, e il funzionamento singolare della loro relazione; d'altra parte, se il dispositivo si concentrasse solo sull'arabo rischierebbe di assecondare il movimento di chiusura della coppia. Per tale motivo è utile che il dispositivo consenta la partecipazione alle sedute degli altri membri della famiglia, e favorisca il più possibile la circolazione e lo scambio delle lingue all'interno del gruppo.

### **5.3 Traumatologia (violenza xenopatica)**

La sezione seguente ci permette di toccare tre punti problematici, che qui elenchiamo pur sapendo che rimarranno sullo sfondo del nostro discorso e non troveranno delle risposte dirette, perché ciascuno di essi richiederebbe riflessioni troppo ampie, ben al di là delle nostre attuali conoscenze:

- a) *L'etnopsichiatria è differenzialista, non ammette nessuna identità universale tra gli uomini, pensa la differenza e riconosce le patologie della differenza. La più grave di queste patologie è certamente la xenopatia, una condizione di alienazione psicologica indotta dalla presenza dello straniero. L'etnopsichiatria possiede degli strumenti concettuali e tecnici specifici per cimentarsi su questi disturbi?*
- b) *Quali dispositivi si rendono necessari per affrontare in chiave etnopsichiatrica le emergenze sociali, le crisi che coinvolgono direttamente comunità, gruppi minacciati di annientamento all'interno della nostra società? Quali sono le metodologie operative da dispiegare sul terreno, e quali i presupposti a monte dell'intervento? Può il cadre, ovvero la parte non-processuale di una terapia che è stata sperimentata per lo più su individui e famiglie, mantenersi invariato quando viene impiegato in una dimensione storica globale, di popoli che affrontano collettivamente situazioni critiche estreme in corso di migrazione?*

c) *Se è vero il postulato teorico psicoanalitico della comunicazione tra inconsci (modello diadico), cosa accade quando si sintonizza l'inconscio individuale con quello di un gruppo multi-etnico e multinazionale? Questo assetto si presenta difatti anomalo anche rispetto alle esperienze dell'etnopsichiatria nathaniana, aperta sì alla molteplicità degli inconsci, ma soprattutto dal lato del collettivo terapeutico. Cosa succede invece quando è il gruppo paziente a eterogeneizzarsi e a richiedere l'apertura di un numero teoricamente illimitato, indeterminabile a priori, di canali di comunicazione?*

Cominciamo con una breve cronaca degli eventi. Rosarno, situata nella Piana di Gioia Tauro, fu teatro di una sanguinosa battaglia tra Calabresi e Africani Occidentali, che si protrasse per tre giorni, il 7, l'8 e il 9 gennaio 2010, e si concluse con oltre sessanta feriti. In risposta all'aggressione da parte di alcuni giovani del luogo, molti degli africani accampati fuori Rosarno per la stagione della raccolta delle arance si mobilitarono in massa – le cronache parlano di circa trecento persone su oltre mille africani presenti – devastando soprattutto automobili e cassonetti della spazzatura. Intervenero le forze dell'ordine, ma allo stesso tempo si formò un contingente di uomini di Rosarno che per “difendere le proprie famiglie” o “dare una lezione a chi non stava al proprio posto” si armò di spranghe, coltelli, fucili carichi a pallini (e probabilmente non solo a pallini). Ne seguì una caccia al nero con una serie di posti di blocco ed imboscate che diedero luogo a ferimenti anche molto gravi di alcuni africani. Uno di loro, pur essendo completamente estraneo alle violenze – stava infatti venendo da Milano per cercare lavoro come raccoglitore – rischiò di morire per il perforamento di un rene in seguito a una coltellata infertagli mentre scendeva dal treno. Alla fine della battaglia la maggior parte degli africani presenti a Rosarno, compresi quelli che non avevano partecipato in alcun modo alla rivolta, furono evacuati dalle forze dell'ordine e trasportati in diversi centri di accoglienza, in Calabria e Puglia. Da qui poi si dispersero su tutto il territorio italiano. Alcuni tornarono a Rosarno, altri scelsero, contro ogni razionale aspettativa, di andare in zone altrettanto dominate dalla mafia, e organizzate secondo gli stessi rapporti di tipo schiavistico (Castel Volturno, tanto per fare un esempio). La vicenda ebbe una copertura internazionale, ne parlarono il New York Times, Le Monde, e anche in Africa ci furono giornali che raccontarono – chiaramente stupefatti – l'accaduto.

Durante il periodo di Pasqua del 2010 mi trovavo in Calabria e ho avuto la chance di partecipare a una seduta con quattro sopravvissuti al pogrom razzista di Rosarno, tutti provenienti da diversi Paesi del Golfo di Guinea<sup>107</sup>. Conduceva questa piccola assemblea multinazionale e multietnica lo psichiatra Salvatore Inglese, responsabile del modulo di Psichiatria Transculturale presso l'ASL di Catanzaro. Erano presenti inoltre due giovani psicologi in formazione, e due operatori di Polistena, dove aveva sede la struttura di accoglienza ospitante i quattro africani. La seduta si svolgeva nell'aula di scienze di una scuola media; avevamo sgomberato per l'occasione lo scheletro di plastica che serviva durante le lezioni di anatomia umana, perché ci sembrava una presenza lugubre, potenziale veicolo di spavento durante un colloquio con persone scampate a morte violenta. Rimanevano ancora in vista alcuni crani dietro la vetrina di un armadio, ma furono considerati oggetti meno disturbanti dell'altro, e comunque più familiari a una logica funeraria africana, dove talvolta il culto dei defunti prevede la conservazione della testa, soprattutto della testa<sup>108</sup>. Vedremo inoltre che sulla presenza di questi crani fece leva la parola del conduttore, per aprire una dimensione ancora impensata in seduta.

La prima questione che affrontammo fu questa: per mezzo di quali lingue saremmo riusciti a comunicare? Sapevamo di avere a che fare con persone provenienti dall'Africa Occidentale, ed eravamo informati del fatto che alcuni di loro avevano già maturato un'esperienza lavorativa pluriennale in Italia; la conclusione logica era che molto probabilmente potevamo disporre di tre strumenti: francese, inglese, italiano. Fu quindi approntato un sistema trilingue fondato su traduzioni consecutive in francese e in inglese. Poiché inoltre il conduttore era più familiare col francese, ed avendo io una discreta conoscenza dell'inglese, fu stabilito che il conduttore avrebbe parlato in italiano e francese, facendo egli stesso la traduzione dei propri interventi, o alternando momenti in italiano a momenti in francese, a seconda degli interlocutori, del contenuto e della forza che ciascuna lingua poteva imprimere agli enunciati (cfr. Duranti 2007), mentre io avrei tradotto in inglese. Tutto questo però non fu programmato a tavolino, ma si andò strutturando durante le fasi di apertura della seduta, perché spesso le previsioni fatte a monte dell'incontro sono assai riduttive rispetto all'eccezionale complessità antropologica, linguistica e biografica delle persone. Lo spazio per posizionare il nostro dispositivo

---

<sup>107</sup> Nigeria, Burkina Faso, Ghana, Guinea Conakry.

<sup>108</sup> "Numerose società dispongono al loro interno di specialisti di crani – per esempio le culture del Sud del Benin e Sud del Togo [...] In generale, le società che trattano i cadaveri, e più specialmente i crani, sono delle società ad iniziazione" (Nathan, 1999:111-112).

linguistico andava costruito, dovevamo reperire i suoi confini (quali e quante varietà linguistiche poteva comprendere?), far percepire questa dimensione di parola a tutti i partecipanti, creare un consenso intorno ad essa per permettere ad ognuno di trovarvi posto. Ciò fu fatto grazie a una serie di interventi del conduttore, il quale ad esempio, scusandosi del fatto che solitamente i bianchi non conoscono le lingue (a confronto del multilinguismo di cui sono invece portatori gli altri popoli), sottolineava la posizione di vantaggio conoscitivo occupata dagli africani in quel tipo di setting rispetto agli operatori italiani; oppure mostrando sé stesso come terapeuta abituato a lavorare con interpreti di fiducia, dunque sempre a bagno nelle lingue native dei pazienti, in modo particolare africani; il fatto stesso di elencare una serie di lingue africane: *ibo*, *bissà*, *bambara*, ecc. creava una specie di ambiente familiare, in cui grandi lingue dell’Africa occidentale erano nominate da uno psichiatra bianco come proprie alleate nella cura dei disturbi mentali. Inoltre, per quanto riguarda le varietà utilizzate in seduta, solo l’italiano – lingua di transito verso i razzisti di Rosarno – non era una lingua africana, sebbene cominciasse già a diventare, soprattutto per quelli da più tempo in Italia, una specie di lingua franca e dunque, in parte, una lingua fatta propria, trasformata per servire nelle comunicazioni tra raccoglitori di etnie e nazionalità diverse e tra raccoglitori e schiavisti italiani. Le altre due lingue, francese e inglese, lungi dal poter essere esclusivamente considerate occidentali, ovvero lingue degli ex-colonizzatori, sono ormai entrate a far parte della civiltà africana e oggi funzionano come importanti vettori di comunicazione culturale, politica, commerciale in tutto il Golfo di Guinea; le varietà chiamate *West African English* (WAE) e il *Français d’Afrique*, insieme a una molteplicità di pidgins e creoli collegati, hanno raggiunto nella regione una base sociolinguistica ampia, stabile e funzionale<sup>109</sup>.

Va detto che un dispositivo del genere, una volta reso operativo, non è comunque semplice da maneggiare, perciò la comunicazione era assai complessa, ed era ovviamente difficile, anzi impossibile, che tutti i passaggi discorsivi fossero colti da tutti senza lacune. L’importante però era tenere la rotta e mantenere tutti sulla stessa barca; per questo, in maniera quasi funambolica, il conduttore non si risparmiava in richieste puntuali di *feedback* su questo o quel passaggio del colloquio, eleggendo ora uno ora l’altro interlocutore africano a momentaneo custode della comprensione. *Tu les contrôles*

---

<sup>109</sup> Si va dalle forme standard, in genere elevate al rango di lingue ufficiali, alle forme più profondamente africanizzate, ovvero che senza ancora essere lingue creole sono però creolizzate, intrise di espressioni, immagini, formule, stili derivati dalle lingue africane. Ne è un esempio il cosiddetto *Français Populaire Africain* (FPA), alternativo alla varietà standard ufficiale e sempre più diffuso, nelle sue declinazioni nazionali, in molte capitali dell’Africa francofona.



*Mohamed?* Chiedeva Salvatore al signore burkinabè riferendosi agli operatori calabresi che si sforzavano di seguire una parte del discorso in francese non ancora tradotta. Il controllo incrociato costituiva uno strumento di feedback strategico: l'idea dello psichiatra era che l'insieme dei feedback andasse a costruire la tessitura del colloquio, in cui tutte le persone andavano coinvolte, grazie a una continua, scrupolosa attivazione dei meccanismi di attenzione. La cosa fondamentale era sostare ad ogni punto di biforcazione operativa e mettere dei segnali per non lasciare nessuno indietro. In tal modo poi, gli africani – che erano arrivati per mare dalla Libia e avevano sperimentato sulla loro pelle che chi rimane indietro è sempre un uomo morto – avrebbero potuto apprezzare, quasi per contrasto, la logica secondo la quale un terapeuta straniero intendeva lavorare con loro.

I primi problemi di metodologia clinica consistono nell'organizzare il setting, stabilire chi sono i partecipanti e fissare la struttura temporale dell'intervento. Quando cominciò a parlare di *cadre*, Nathan utilizzava quello che all'epoca era il più importante teorico del setting nella dimensione istituzionale, José Bleger (cfr. 2010). L'analisi anti-istituzionale argentina iniziò a fare una riflessione sulle dinamiche della psicoterapia dentro le istituzioni, quando volle diventare democratica ed aprirsi a tutti; si pose quindi il problema del superamento del divano, non adattando il divano alle forme cliniche come avveniva in Inghilterra e in America – vedi l'analisi applicata agli psicotici – ma cercando di applicare l'analisi ad una popolazione generale facendo sì che la psicoanalisi medesima fosse una forma di dialogo sociale, una dialogica sociale di natura particolare, partecipativa e trasformativa. Nathan in realtà non tornò più sulle questioni del *cadre*, che in etnopsichiatria venne spiegato con tre aggettivazioni: multiprofessionale, multilinguistico, multiculturale; questa tridimensionalità non riesce tuttavia a definire l'oggetto, perché ognuna di queste parole indica elementi operatori del quadro, ma non è il quadro stesso. Nathan, come un geniale alchimista, mise insieme una serie di fattori elementari che interagendo tra loro sprigionarono degli effetti nuovi. I componenti centrali di questo esperimento di laboratorio furono le lingue in traduzione, incarnate da figure particolari che strada facendo presero il nome di mediatori etnoclinici, veri e propri eroi culturali generati dalle specifiche esigenze della clinica etnopsichiatrica, esseri ibridi calati per metà nella formazione psicologica accademica, preferibilmente analitica, e per metà nell'apprendistato di tecniche di cura tradizionali, ovvero tramandate all'interno dei gruppi culturali da una generazione all'altra come conoscenze costitutive di un'eredità storica ed etnica. Novità assoluta questa dei mediatori etnoclinici, nati dalla felice congiunzione tra il

sistema di formazione e ricerca universitaria francese e i giovani discendenti di antichi popoli colonizzati iscritti all'Università dell'ex-potenza coloniale. Nathan raccolse intorno a sé un gruppo di questi allievi, futuri uomini nuovi capaci di padroneggiare un doppio discorso clinico, e li iniziò dall'alto, dal vertice della psicopatologia e dell'etnopsichiatria, chiedendo loro allo stesso tempo, grazie a programmi di dottorato opportunamente studiati, di tornare alla terra degli antenati per farsi iniziare anche dal basso, nei sistemi tradizionali, lasciandosi infiltrare in profondità da un pensiero di cura che non proveniva questa volta da una cattedra, ma parlava direttamente nelle lingue originarie dei gruppi di ascendenza di ciascuno degli aspiranti operatori etnoclinici.

Quando noi arriviamo a Rosarno, molti anni dopo le prime sperimentazioni di Nathan al Centre Devereux, in uno scenario sociale caratterizzato dalla guerra civile in atto, che cosa facciamo? In cosa consiste il nostro *cadre*? Come possiamo riconoscere la sua costruzione in quanto variante locale di un modello generale?

Il nostro *cadre* era attivato sul registro dell'*ospitalità*, che immediatamente presentificava in seduta popoli e lingue, e fissava i cardini del lavoro clinico. Occorre sottolineare che l'*ospitalità* costruita nel corso di un'intervista etnopsichiatrica è prima di tutto autoriflessiva (cfr. de Martino, a proposito del concetto di etnocentrismo critico). Proprio perché si deve tenere conto dell'esistenza di categorie attive nei mondi, e delle loro differenze, l'ingresso nella dimensione della parola clinica comincia sempre con una presentazione di sé. Si passa in maniera obbligata attraverso la definizione di ciò che noi sappiamo di noi stessi. La domanda "sai che cos'è uno psichiatra?" rivolta a uno degli africani serviva a chiarire fin dalle prime battute che cosa essi sapevano della figura professionale che avevano davanti. A partire da questo interrogativo diventava possibile costruire dei paralleli tra i rispettivi luoghi di provenienza: "come si dice guaritore da voi?", rendendo però allo stesso tempo visibili i limiti di tali avvicinamenti categoriali. Nello schema dell'*ospitalità* il chiedersi "cosa esiste nel mondo dell'altro?" fa necessariamente coppia col domandarsi "e cosa esiste nel mio?" Il gioco consiste in una simmetria operatoria costante, "io" e "voi".

A differenza dei modelli psicanalitici che sono funzionanti sulla opacizzazione del mondo di provenienza del terapeuta, e poiché, come in questo caso, egli può essere colui che ospita ma contemporaneamente anche colui che viene ospitato nella sua dimensione nomadica (nel caso di Salvatore, in un'altra provincia della Calabria e in un altro contesto di lavoro che non quello istituzionale presso un centro di salute mentale della propria Asl),

qui il terapeuta è caratterizzato dal suo non sapere esattamente dove è collocato nel momento presente, ma dal sapere e comunicare agli altri quale è la sua provenienza.

Ricordo che il lavoro si articolò in diverse fasi, una di esse, quella centrale, era riconoscere l'assoluta eccezionalità e singolarità di quanto successo a Rosarno. Mentre gli operatori, e in parte anche gli africani, sostenevano la tesi che l'attacco contro i neri fosse stato condotto dagli stessi mafiosi che li avevano ridotti in schiavitù, la proposta di Salvatore al gruppo era che no, a Rosarno era accaduto qualcosa di nuovo. Per mostrare a tutti l'incongruenza di un modello storico ciclico, fondato sulla ripresentazione periodica degli eventi passati – in questo senso l'operatore psichiatrico, seguendo la piega clinica, passa senza soluzione di continuità alla piega storica: il *recto* è la clinica, il *verso* un'epistemologia della storia che dia conto della logica temporale dell'accadere nella vita dei popoli – il conduttore fece ricorso ad un'immagine familiare per gli africani, di notevole impatto psicologico: l'*harmattan*, il vento arido e polveroso che dalla regione desertica sahariana spazza i paesi del Golfo di Guinea durante la stagione secca. Come in Africa quando arriva l'*harmattan* si fanno i sacrifici, così, quando arriva un certo periodo dell'anno, sembra che a Rosarno scatti la violenza contro i neri<sup>110</sup>. E in effetti c'erano state

---

<sup>110</sup> Diamo qui di seguito un estratto della trascrizione della seduta. Il discorso fu pronunciato in francese dallo psichiatra e tradotto in consecutiva da me in inglese. Qui viene reso tutto in italiano per comodità del lettore.

Psichiatra: “sarebbe come dire c'è l'inverno, la primavera, l'autunno, e a Rosarno ogni tanto degli idioti ammazzano la gente. Vuol dire che c'è un ciclo di violenza. Ma bisogna comprendere perché ci sono come delle stagioni. Voi conoscete l'harmattan, il vento che viene da oriente a occidente durante la stagione secca... bisogna attendere... allora noi dobbiamo attendere l'anno prossimo che ci siano ancora degli idioti; quando queste cose sono successe gli anni scorsi gli africani hanno manifestato in modo silenzioso”.

Manifestante: “nel 2008 gli africani non hanno distrutto niente, ed ecco perché poi sono stati attaccati di nuovo”.

Psichiatra: “no, è il contrario, se tu hai un ciclo stagionale quando arriva l'harmattan si devono comprendere due cose: cominciano i riti stagionali, i sacrifici, e i giovani cominciano a morire di meningite.. [sospensione], di malattie stagionali. Sono stato in Mali, e con gli amici Bambara e Dogon siamo andati a fare i sacrifici. Noi sappiamo che si fanno delle cose durante l'harmattan, per esempio tra i Songhay di Gao posso vedere le danze rituali di possessione. Ma se in Mali, in Burkina, Guinea, Nigeria, l'harmattan arriva e i rituali non vengono fatti, allora c'è un problema. Dunque noi abbiamo i riti della violenza contro gli africani, dei rituali stagionali di violenza, e la gente di Rosarno si aspetta che gli africani non facciano niente, ma al contrario gli africani reagiscono, e a quel punto abbiamo qualcosa di completamente nuovo. Allora voglio capire se questa cosa viene dagli africani o è stata provocata dai bianchi. Se c'è un fenomeno del tutto nuovo, come una manifestazione transnazionale degli africani – cosa che non sarebbe possibile in nessuna parte

più o meno regolarmente delle aggressioni anche gli anni precedenti alla rivolta, ma non avevano mai dato luogo a un'esplosione collettiva di violenza come nel 2010. Se la ricostruzione degli accadimenti secondo un senso è già di per sé terapeutica, perché mette sulla ferita psichica un lenitivo di ordine logico-narrativo, il richiamo implicito a una dimensione storica che prevede la soluzione della ricorsività apre l'orizzonte di esistenza dei gruppi a nuovi eventi, che in quanto tali si candidano a marcare come nuovi elementi fondatori l'evoluzione, l'avvenire di quei gruppi medesimi (si aprirebbe qui un paragone clinico sull'opportunità di mostrare al paziente l'unicità della sua condizione, o invece ricondurla a una classe già statisticamente popolata da altri individui: quali sono i vantaggi specifici nel primo caso? Ad esempio l'attivazione di forze di auto-guarigione attraverso la mitopoiesi). Mentre l'arrivo dei riti stagionali serve alla manutenzione del regolare funzionamento della macchina mondo (cfr. Nathan, 2001:54) – e in questo caso si tratterebbe di un mondo governato dalla forza, basato sulla schiavitù – la rivolta di Rosarno fa deflagrare la violenza ritualizzata, esibita fino a quel momento come deterrente per mantenere sottomessi gli schiavi, o per umiliarli, portandola a livelli massimali di scontro sociale e probabilmente fuori dal controllo delle famiglie mafiose. Come dire, il mondo esce dai suoi cardini ed entra in una fase di totale instabilità.

Immagine sofisticata questa dell'harmattan perché serviva da un lato a federare intorno a un ordine rituale i popoli rappresentati in seduta, dall'altra a sottolineare la conoscenza posseduta dallo psichiatra su quei mondi. Vedi in nota la conclusione del discorso, dove Salvatore accende sugli astanti i riflettori di una scena mondiale e convoca un'ulteriore figura dalle proprietà federanti, la Coppa d'Africa, rito moderno che unisce (e divide) i popoli del continente: c'è una vellicazione continua dell'immaginario africano nelle parole dello psichiatra, per stimolare e riattivare la funzione immaginativa bloccata.

---

dell'Africa: è impossibile organizzare una manifestazione simile, perché nessuno si fiderebbe dell'altro, nessun popolo si troverebbe rispecchiato nell'altro – c'è un nuovo fenomeno che sorge, che rompe i cicli rituali in cui tu prevedi i fatti: come in Africa c'è l'harmattan e i riti stagionali, qua c'è il ciclo stagionale della violenza dei ragazzetti che vanno a rompere le scatole agli africani, ma questa volta invece della pace e della quiete c'è la rivolta. Ed è un fatto nuovo, anche perché quando si genera questo fatto nuovo, esso diventa tale non solo a Rosarno, ma a Malta, a Ceuta, Melilla, Kiev, Manchester, perché loro [gli africani in seduta, e in generale quelli coinvolti nella manifestazione] a quel punto parlano al mondo. Se voi andate su internet vedete che loro hanno parlato al mondo. Voi ormai siete proprietà del mondo, può essere che Patrick sia ora il personaggio più conosciuto in Guinea Conakry. Forse siete gli africani più famosi in questo momento, è come se aveste vinto la Coppa d'Africa”.

L'angolo prospettico che l'intervento del conduttore voleva aprire nella discussione era il seguente: siamo sicuri che la violenza esplosa per le strade di Rosarno sia riconducibile a una ciclicità storica, che coinvolge cioè la storia di una comunità di raccoglitori stagionali periodicamente esposti alle angherie e agli atti criminali di un'organizzazione mafiosa che li sfrutta, e non sia invece un fenomeno di tipo nuovo, di natura xenopatica, che fa irruzione nella società civile calabrese e fa imbracciare il fucile non soltanto ai mafiosi, ma alle persone comuni, agli uomini validi in grado di partecipare al pogrom contro gli africani? L'operazione di svelamento di questo meccanismo xenopatico non era semplice perché si scontrava con la visione degli operatori della struttura, appartenenti al gruppo autoctono calabrese e abituati a cogliere nella propria società le disfunzioni immesse dalla criminalità organizzata, disposti quindi a vedere nella caccia al nero la mano armata della 'ndrangheta, ma non altrettanto pronti ad ammettere una responsabilità generalizzata della società civile, perché a quel punto significava dire "noi" siamo stati mossi da un'intenzionalità di sterminio, e non "loro", i mafiosi e basta. Dall'altra parte gli operatori tendevano a vedere come omogeneo il gruppo degli africani di Rosarno, in quanto vittime i cui diritti umani fondamentali erano stati violati. Uno degli africani presenti in seduta rinforzava questo punto di vista, dicendo "*We are black. Cos'altro potevamo fare? Ricevuta la notizia che quattro dei nostri erano stati uccisi siamo subito scesi in strada*"<sup>111</sup>. Su questo versante si è lavorato in modo da far emergere dalla massa caotica degli insorti delle posizioni diversificate. Un po' l'operazione opposta a quella precedente: prima si trattava di rivolgere l'attenzione su un'intera comunità – i calabresi di Rosarno – spostandola dal sottogruppo mafioso, e ascrivendo quindi gli atti di quella comunità non alla cultura mafiosa "normale" ma a una patologia sociale della differenza: ovvero al razzismo; ora invece bisognava marcare la differenza all'interno di una microsocietà multietnica vista però dall'esterno come omogenea e indifferenziata.

Intanto c'era da osservare che la particolarità di quella società non era data tanto dalla condizione schiavistica, ma dalla separazione dei generi, delle generazioni, delle età, e quindi anche delle prospettive di vita. Era una società formata esclusivamente da uomini in

---

<sup>111</sup> Nigeriano: "Quello che è capitato a lui [intendendo una vittima degli attacchi anti-africani] potrebbe capitare a me, non posso stare con le mani in mano se un altro africano viene colpito".

Psichiatra: "Ma se tu ti trovi a Lagos in una manifestazione multietnica, sono sicuro che starai legato strettamente al tuo gruppo, alla tua gente, del tuo villaggio o quartiere, perché se tu fai la manifestazione a Lagos con altri gruppi avrai dei problemi. Io non credo davvero alla storia che siccome siamo tutti africani ci difendiamo tutti insieme, non esiste qualcosa come un gruppo africano, ci sono gli Ibo, i Bissà, ecc."

Nigeriano: "*We are black...*"

età da lavoro, non vi erano donne, non vi erano bambini, anziani. Che cos'è una formazione sociale del genere? Che senso poteva avere la fuga, la deportazione o la migrazione se non c'era la possibilità di avere un progetto nel tempo? Costruire una famiglia, una casa, impiantare una discendenza, e così via.

L'altro elemento apparso con evidenza durante l'incontro era il fatto che a Rosarno la comunità africana si fosse divisa in due blocchi: quello francofono e quello anglofono. Il primo musulmano (formato soprattutto da Guineani della Guinea Conakry e Burkinabè), il secondo cristiano (in maggioranza costituito da Nigeriani e Ghanesi). Le lingue, come le religioni, uniscono, riescono a federare i gruppi, e allo stesso tempo dividono, diventano linee spartiacque. Nel racconto di uno dei partecipanti alla rivolta vi era stata all'inizio una telefonata in lingua *akan* che era servita da parola attiva e aveva fatto scattare l'allarme<sup>112</sup>. "Sono stati presi e ammazzati quattro dei nostri". Poi la notizia si era sparsa immediatamente in *inglese*, lingua vettore capace di connettere i vari gruppi etnici nigeriano-ghanesi, suscitando il panico. Infine c'era stato l'andirivieni di interpreti e mediatori tra gruppi anglofoni e francofoni per stabilire un fronte unico di lotta. Che però non si era creato, i francofoni musulmani, quietisti, erano rimasti al loro posto, gli altri invece avevano dato inizio alla protesta violenta nel centro cittadino. Da notare che una prospettiva etnopsichiatrica è utile anche per falsificare certe letture mediatiche dei fenomeni sociali, secondo le quali sarebbe normale che alla fine una massa di persone sfruttate, portate all'exasperazione da condizioni di vita miserabili, e per di più minacciate di morte, cerchi di liberarsi unendo le proprie forze contro l'oppressore. Su questo tipo di spiegazione pesano esperienze e giudizi che non tengono conto delle specificità storiche e culturali del fenomeno. Bisogna invece porsi degli interrogativi puntuali, costruiti sulla singolarità dei fenomeni umani emergenti: dove si è potuta osservare, prima di Rosarno, una manifestazione transnazionale di africani (vedi ancora in nota l'estratto di seduta), in Africa o altrove nel mondo? Quali sono le condizioni che rendono possibile la nascita di un tale soggetto, laddove storicamente, in situazione di tensione e crisi sociale, prevale la diffidenza interetnica e la lealtà esclusiva verso la propria etnia? E poi, com'è fatto e come si muove concretamente sul terreno un essere simile? Se si procede nell'analisi del fenomeno partendo da domande adeguate, ciò che sembra compatto al primo sguardo si rivela discorde, ciò che potrebbe apparire omogeneo ed egualitario si mostra invece composito e aggregato intorno a nuclei di forza. Diventano così riconoscibili in base a

---

<sup>112</sup> L'Akan, o Twi, è la lingua nativa principale del Ghana; il termine si riferisce inoltre a un macro-gruppo stanziato tra il Nord del Togo e la Costa d'Avorio, all'interno del quale si parlano i diversi dialetti Akan.

matrici culturali ed etniche lasciate in ombra dai media comportamenti individuali e collettivi che fanno parte di un repertorio storico riadattato alle circostanze, e dove lo psichiatra ha potuto riconoscere nelle posture di alcuni manifestanti gli stilemi, gli atteggiamenti, gli schemi corporei delle marce degli spiriti *Hauka*<sup>113</sup>. Se viene colto il fatto che sono state messe in movimento delle ritualità, si capisce anche, sulla base di questa prima osservazione, che si è costituito un nucleo di persone capaci di eseguirle. Ciò vuol dire che non siamo più nell'ordinario della manifestazione politica; capiamo pertanto quali conoscenze bisogna avere in queste aree di crisi rispetto ai modi in cui la psicologia dei collettivi si mette a funzionare. Cos'è che può muovere unitariamente questi gruppi, senza quindi innescare il problema della leadership politico-sociale, ad essi sgradita, se non un elemento meta-ordinatore, come ad esempio un nuovo culto politeista? C'è poi da considerare il tipo di ritualità che può emergere in un contesto particolarmente povero e degradato. Emergerà una ritualità a sua volta degradata? In che modo verrà riproposto e deformato l'elemento tradizionale?

D'altra parte non ci può essere ricomposizione sul piano politico-sociale come noi lo intendiamo... Prendiamo la storia del marxismo-leninismo in Africa. Un tempo le ideologie unitarie dell'internazionalismo comunista servivano per far parlare sotto la bandiera del marxismo-leninismo le etnie più diverse, solo che anche questa, che sembrava essere una soluzione progressiva, modernista, si traduceva nel fatto che solo un gruppo etnico diventava davvero marxista-leninista e operava tutto l'operabile perché quel patrimonio di potenza rimanesse appannaggio del gruppo, quindi per esempio un secondo gruppo marxista-leninista di etnia minoritaria non veniva federato al primo, bensì separato da questo per via scismatica.

Oltre alla linea linguistico-religiosa di separazione, andavano riconosciute anche all'interno del blocco cristiano anglofono ulteriori segmentazioni, come le identità guerriere che rimanevano nascoste dietro l'apparenza di raccoglitori sfruttati. Quelli che erano chiamati

---

<sup>113</sup> Quello degli *Hauka* era un culto di possessione diffuso in Ghana e in altre zone dell'Africa Occidentale tra gli anni '20 e '50 del secolo scorso. Gli affiliati a questo culto, in maggioranza lavoratori immigrati dal Niger, che dunque conoscevano o praticavano già il culto tradizionale degli *Holey* (Rouch, 1989), venivano posseduti da entità associate ai poteri oppressivi dei colonizzatori occidentali: il nuovo pantheon comprendeva figure come il Governatore Generale, il Maggiore, l'Ingegnere, la Moglie del Dottore, ecc. Le possessioni, come si vede nel famoso filmato di Rouch, *Les Maîtres Fous* (1954), erano molto violente, e alcune, ad esempio quelle del Maggiore o del Caporale, mimavano le marce militari e gli atteggiamenti marziali dei soldati coloniali.

“Ghanesi” potevano essere ad esempio paramilitari liberiani. Introdurre a quel punto l’idea di esercito, o comunque di formazioni addestrate alla guerra, voleva dire stimolare nelle persone presenti in seduta una revisione della complessità delle vicende che mettevano in collegamento Africa e Italia. Voleva dire inoltre modificare il target dell’intervento, che a quel punto non era più il raccoglitore di frutta ma il paramilitare. Da notare che tutto l’incontro venne costruito così, con l’introduzione di elementi che modificavano anche in maniera radicale la cornice dell’evento, obbligandoci a ridefinire le soggettività in gioco, la situazione, le regole stesse del colloquio clinico.

È vero che l’esercito in una società multietnica preleva l’individuo dai gruppi etnici e dai clan tribali e lo riplasma nella funzione dell’esercito, ma qual è la caratteristica dell’esercito africano medio? Che le catene di comando e l’omogeneizzazione sono fatte per linee etniche, ad esempio – è la storia dei licaoni raccontata da Kuruma (2001) – i cacciatori dell’interno diventano i tenenti e colonnelli delle forze speciali, formate dai lottatori, i quali partecipano annualmente alle lotte rituali stagionali, che sono lotte corpo a corpo alla morte. Il prestigio dei lottatori vale più di ogni altra cosa, e decide quale tribù detiene la leadership in un determinato momento storico.

Dopo l’evocazione dell’esercito lo psichiatra passò in rassegna i feriti: ognuno degli africani presenti era stato colpito o da armi da fuoco o da bastoni o armi bianche. Uno alla volta fecero vedere le cicatrici, i fori di pallottola piuttosto che gli arti compromessi o le ferite da coltello. Qualcuno aveva rischiato di morire ed era stato ricoverato per più di due mesi in ospedale<sup>114</sup>.

Anche i singoli eventi, e a maggior ragione i più traumatici, vennero resi non attraverso un’intervista ordinaria, ma in una prospettiva più globale e complessa: se l’immagine dell’esercito africano faceva intendere che la mobilitazione dei neri a Rosarno era stata una mobilitazione combattente, capace di produrre vittime, ora quella stessa immagine

---

<sup>114</sup> Psichiatra: ... “una coltellata lì [stomaco e rene] vuol dire uccidere... la tua storia è stata conosciuta dai giornalisti italiani?”

Risposta degli operatori della struttura: “sembra di no”

Psichiatra: “Non c’è nessuna storia di questo tipo sulla stampa internazionale..., [passando dall’italiano al francese] ma Mohamed a mio avviso è il primo morto di Rosarno, abbiamo una specie di *revenant*.

[passando di nuovo all’italiano] Abbiamo qualcuno che è tornato dalla morte profonda, dove è stato portato dall’intenzione mortale di uccidere. Questo è uno scenario diverso”.

[...]

Psichiatra: [passando al francese] “Pensavo di avere a che fare con un solo morto [intendendo Mohamed], ma ora tutti sono morti [anche gli altri tre che hanno appena parlato delle loro disavventure], allora mi avete portato in un cimitero. Non mi trovo in una scuola, ma al cimitero...”



subiva una metamorfosi diventando il suo contrario: erano stati gli africani a ricevere il tiro delle armi da fuoco, le sprangate, ecc. Procedendo in questo modo il conduttore creava appositamente un'instabilità nella collocazione degli interlocutori: lasciava loro immaginare di essere gli armati, i guerrieri, perché la loro provenienza da mondi turbolenti, in conflitto, li poteva definire come tali, ma allo stesso tempo li dichiarava superstiti. Come dire, da cacciatori a prede. Questa operazione mostrava una caratteristica importante del terapeuta, ovvero la sua facoltà di ridistribuire gli esseri dentro i mondi. "L'appartenenza a un universo non è mai un dato di fatto. Per riprendere le formulazioni di Devereux, come identificare «il membro di una classe logica»? E chi dunque avrebbe distribuito l'insieme delle classi logiche? E chi i criteri di appartenenza?" (Nathan, 2001:76). Gli esseri non appartengono in maniera naturale ed autoevidente a una determinata classe logica, né vi sono iscritti in modo permanente, essi sono invece sempre collocabili in un equilibrio metastabile. L'idea soggiacente è che quando si fa terapia si cerca di allontanare il sistema dai suoi equilibri, poiché se la sintomatologia è squilibrio, essa è soprattutto tentativo omeostatico di tenere il sistema in uno stato, disfunzionale, di equilibrio.

Gli eventi di sangue avevano introdotto la sussistenza della morte nel racconto dei sopravvissuti. Lo psichiatra riconosceva questa breccia come reale e l'annunciava al gruppo, indicando Mohamed come "il primo morto di Rosarno"; con tali parole voleva, al contrario della stampa, presentificare l'irrimediabile, l'irreversibile, e amplificare in modo massimale la volontà mortifera dei bianchi di Rosarno. Quelli si erano mossi per uccidere, era solo un caso se Mohamed era riuscito a fuggire. Questo passaggio fu assai rilevante nello sviluppo della seduta, perché legittimava le vittime, i loro racconti drammatici che spesso non trovavano eco nei media e ancora peggio non erano creduti dai parenti in Africa, i quali immaginavano l'Italia come una terra di pace ed opportunità; va sottolineato come il non essere creduti dai propri familiari costituisse un fattore traumatico aggiunto a quello della violenza subita (cfr. McKinney, 2007). Per i cristiani, poi, tale fenomeno era ulteriormente potenziato dal fatto che l'Italia rappresentava agli occhi delle comunità in Africa un paese benedetto, abitato solo da buoni cattolici, dove quindi non si sarebbero mai potute verificare simili persecuzioni verso altri cristiani. La constatazione della gravità delle ferite, l'esame delle cicatrici, i racconti circostanziati delle aggressioni davano ulteriore forza e legittimità alla rabbia degli africani, togliendole invece a quelle versioni dei fatti che sulle cronache dei giornali e in televisione minimizzavano la pericolosità degli aggressori, raffigurandoli armati di semplici fucili ad aria compressa, quasi facendo apparire tutto l'ennesco della rivolta come una "ragazzata". In fondo che diritto avevano gli

africani di rivoltarsi se erano stati colpiti con dei giocattoli da bambino? Invece, dalle parole degli scampati, dai segni chiaramente visibili sui loro corpi, si poteva capire che a Rosarno erano state impugnate – e usate con determinazione – armi vere.

Se l'intenzione degli aggressori era quella di uccidere, e le vittime erano dunque riuscite a salvarsi *in extremis*, quali possibilità di divenire si davano per i superstiti? Merita un'ulteriore riflessione quell'annuncio improvviso dello psichiatra "Mohamed è il primo morto di Rosarno", fatto quasi in forma di rivelazione, di visione che lasciava immaginare aperto e percorribile nelle due direzioni il passaggio tra il mondo dei vivi e dei morti. Guardate bene, stava dicendo il conduttore, che forse Mohamed non è veramente sfuggito alla morte, ma è tornato dalla morte, è un *revenant*. In italiano non abbiamo un'espressione equivalente a *revenant*, siamo costretti a usare i termini spettro, fantasma, morto vivente, che allo stesso tempo dicono molto di più e molto meno della parola francese. Il *revenant* è colui che ritorna dal mondo dei morti ma è un morto egli stesso, appartiene ormai a quel mondo pur avendo la possibilità di abitare anche nel nostro. La sua è una differenza radicale, tutt'altra cosa rispetto a qualcuno che è rinato. In quest'ultimo caso infatti intendiamo dire che un individuo, dopo aver subito trasformazioni fisiche, anagrafiche, psicologiche, ideologiche che l'hanno profondamente modificato rispetto al suo sé precedente, è stato riaffiliato al mondo degli esseri umani. Per rinascere però occorre una levatrice (cfr. Eliade, 1974), qualcuno che sappia condurre a termine il lavoro di gestazione, che sappia risvegliare a nuova vita il candidato. Nel caso in cui questa sapienza non sia disponibile, e siano invece presenti i traumi che fanno morire, otteniamo appunto i *revenants*, cioè esseri che spontaneamente, in modo selvaggio e ostinato, si ripresentano tra i vivi, ma vivi davvero non lo sono più. Interrogiamoci quindi sulla questione dei traumi che non portano la morte, ma che neppure portano una nuova nascita. Nathan e Grandsard (2011), illustrando la loro teoria sul trauma, mostrano l'esito piuttosto singolare in cui può sfociare un processo traumatico. Nell'articolo è riportata la testimonianza di un uomo, Jean-Chrysostome, burundese, che viene massacrato a colpi di machete da un gruppo di assalitori hutu e, creduto morto, è gettato in fondo a una latrina. Dopo aver perso conoscenza per almeno ventiquattr'ore l'uomo si riprende al termine di un sogno, e riesce a trovare scampo in un convento di suore. Quando gli viene chiesto dove avesse trovato la forza di resistere, risponde che Dio era entrato in lui nel momento dello spavento più grande. Gli autori sottolineano come nonostante la sua esperienza traumatica Jean-Chrysostome non sviluppò sintomi post-traumatici; al contrario, dopo essere passato attraverso morte e rinascita, diventò una figura pubblica, guaritore e leader

religioso. Il modello sembra un po' artificioso: dal momento che la trasformazione radicale di Jean-Chrysostome non venne guidata da nessun processo di fabbricazione intenzionale, è difficile immaginare come egli abbia potuto seduta stante convertire in potenza spirituale un trauma di quel genere, al quale non poteva essere preparato né dal punto di vista psicologico né culturale, poiché nessuna cultura può prevedere il genocidio come stress tipico (Devereux, 2007:28-29). La mediazione del sogno salvifico è sicuramente decisiva, ma poi per arrivare a trasformare un uomo della strada in un leader politico-religioso occorre assai di più, appunto un sistema ideologico e tecnico che abbia la "rinascita" come programma interno e sappia convogliare gli effetti della visione "iniziatica" in un orizzonte sociale operabile. In ogni caso Mohamed, pur avendo subito un tipo di stress simile a quello di Jean-Chrysostome, – perché Rosarno poteva diventare, fatte le debite proporzioni, come il Burundi, o il Rwanda, – non presentava nessun segno evidente di rinascita. Resta ora da comprendere meglio a cosa serve, da un punto di vista clinico, dire che un sopravvissuto è in realtà un morto che ritorna. Innanzitutto questa affermazione evoca esplicitamente l'universo della morte violenta, dei morti ammazzati, che costituisce una riserva inesauribile di racconti, molto più della morte naturale (cfr. Nathan, 1999:120). Serve dunque a stimolare la narrazione più che a far ammutolire per il suo effetto sorpresa. Consente inoltre di trascendere la dimensione del racconto individuale e fa avere accesso a un fondo comune di immagini, perché i morti sono esseri culturali per eccellenza. Le pratiche funerarie li fanno progredire in una loro vita *post-mortem*, e aiutano i vivi a pensarli senza ammalarsi, anzi traendo forza da essi. Ma cosa diventa uno che muore durante una migrazione per un fenomeno violento? A quale mondo di morti finisce per appartenere trovandosi in terra straniera? E quali saranno le conseguenze per il suo gruppo? L'immagine del "primo morto di Rosarno" riesce a condensare una quantità di questioni nuove riguardanti le categorie della mala morte tra i profughi e rifugiati. Sono questioni che, poste in seduta, interrogano direttamente i gruppi culturali e li spingono a tornare sulle loro concezioni tradizionali per cercare nuove strategie di *coping*.

Concludiamo questa parte dedicata al lavoro con le vittime della follia xenopatica facendo alcune osservazioni. Durante la crisi di Rosarno i nostri governanti attribuirono la responsabilità dell'accaduto all'immigrazione clandestina, invocando misure severe di contrasto e una politica securitaria muscolare. Ma per quale motivo si dovrebbe richiedere il potenziamento straordinario di misure repressive e di sicurezza se siamo davvero

convinti che il nostro è un mondo pacificato? In realtà, quando un trauma come Rosarno si produce nella società, l'ideologia securitaria compare non come il prodotto di una *ratio politica*, ma piuttosto come una sua disfunzione. È così che si cerca ad esempio di trasformare i medici, da liberi funzionari dello Stato, in pubblici ufficiali obbligati a notificare le cure fornite ai clandestini. La repressione, le politiche securitarie non sono l'antidoto, bensì il veleno, non vanno criticate in nome di una ragione politica più conforme ai postulati democratici di una società pacificata, ma diventando consapevoli del fatto che esse sono il sintomo principe della dimensione traumatica.

La caccia all'uomo nero ha dimostrato inoltre ciò che è soggiacente alla vita quotidiana in certe aree in cui la schiavitù è un dato fattuale. La schiavitù è uno stato di morte sospesa (Baudrillard, 1976): laddove lo schiavo ha un valore economico, la nuda vita viene preservata, ma quando questo valore si perde allora lo schiavo diventa uccidibile.

Episodi come quelli di Rosarno non richiedono tanto una riforma sociale, quanto un miglioramento del grado di intelligenza politica collettiva dei gruppi. Non è sempre detto che questo sia interesse specifico dei gruppi residenti, ma certamente lo è di chi ha il compito di governare quei territori. Se esistono possibilità di prevenire il conflitto agendo sulle leve psicologiche e culturali, l'aiuto dell'etnopsichiatria diventa fondamentale – infatti, prima ancora che una terapeutica, essa è una disciplina che consente la costruzione di un'ecologia di mondo diversa. Nel caso qui esaminato, per essere veramente massa sociale contestativa e conflittuale in senso progressivo, i gruppi africani avrebbero dovuto liquidare l'anima nera al loro interno e presentarsi puliti verso il mondo esterno, per creare un'alleanza con le altre forze progressive presenti sul territorio e dire con autorevolezza basta allo sfruttamento nella piana. Ma per fare questo sarebbe occorso implementare la capacità politica e diplomatica degli attori collettivi decisi al cambiamento. Incontri tra gruppi, assemblee, momenti di confronto allargato facilitati da un'équipe di mediazione etnopsichiatrica possono rivelarsi estremamente utili nel fornire questo tipo di strumenti.

#### **5.4 Psicopatologia (psicosi)**

Un'ultima sezione di questo capitolo esperienziale è dedicata alla discussione di casi clinici in una prospettiva multidisciplinare. Verranno presi in esame, anche se in maniera non sistematica, due casi (nigeriano, italo-eritreo), e saranno messi a fuoco per ciascuno di essi alcuni snodi concettuali e di metodo. La presentazione di questi bozzetti è volutamente problematica, frammentaria, perché non volevo scrivere storie di terapie, quanto far vedere alla lente d'ingrandimento alcuni passaggi del lavoro clinico, quando il

dispositivo si trova di fronte a situazioni particolarmente complesse, di difficile soluzione. È proprio in queste condizioni d'incertezza epistemologica, e tecnica, che l'etnopsichiatria può giocare le sue partite migliori. Il clinico interessato alla globalità del processo e ai suoi esiti non troverà in queste pagine che risposte parziali, ma quello che si pone dubbi teorici ad ogni biforcazione operativa troverà numerosi elementi di riflessione.

#### **5.4.1 Caso 1**

Paziente nigeriano, 30 anni, di etnia Edo, da un anno in Italia, visitato presso un centro di salute mentale. Il paziente si presenta con una cartella contenente diversi documenti, tra cui il rapporto scritto su di lui dallo psichiatra che lo ha ricoverato all'epoca della sua prima crisi, qualche mese dopo lo sbarco dalle coste dell'Algeria. Sul rapporto è scritto che il paziente "sente voci dall'età di 17 anni". Il gruppo comincia a ragionare sul rapporto a voce alta: è importante infatti discutere insieme questo documento nelle sue diverse parti, perché esso fornisce una prima versione dei fatti così come osservati nel corso del primo tentativo di aiuto. Nel rapporto viene detto che "il paziente attribuisce le voci a degli spiriti maligni che lo minacciano e lo perseguitano". Tali fenomeni "risalgono al periodo immediatamente successivo al decesso del padre, e continuano tuttora". Intanto occorre interessarsi alle voci come fenomeni uditivi o, meglio ancora, acustici: in psicopatologia si ritiene che le "voci" siano sempre di natura umana e che, come tali, esse presentino i caratteri fisici della voce umana. Perciò la questione delle voci diventa la seguente: come fa un paziente ad assegnare questi fenomeni acustici ad un locutore diverso dall'essere umano (gli spiriti maligni)? E per quale via sensoriale li percepisce? Attraverso l'orecchio esterno, interno, con trasmissione fino all'area uditiva dell'encefalo? Oppure – problema della mistica in generale – li "sente" attraverso un canale inusuale e alternativo, ad esempio una sensazione vibratoria che percorrendo lo spazio profondo del soma si muove dalla periferia verso il centro della persona (la testa, il cuore, la milza...), proprio come si sentirebbe una sensazione vibratoria da sisma? Quali caratteri sono necessari a individuare in base a questo tipo alternativo di sensazione una voce, per poi assegnare eziologicamente questa stessa voce – come un pacchetto sensoriale – a un essere non umano? Come la si discrimina dalla voce di un animale o di un altro essere della natura? Sono questi i problemi semeiologici che andrebbero messi in chiaro prima di aderire ad un'attribuzione qualunque da parte del paziente.

Inoltre, in clinica si immagina che le voci siano percepite senza accompagnamento dei rumori d'ambiente, mentre esse sono sempre immerse in un rumore di fondo, ambientale,

che permette di identificare meglio il luogo di interazione e di provenienza di queste formazioni sensoriali. I rumori, insieme alle voci, permettono di classificare e posizionare il fenomeno percettivo all'interno dello scenario di provenienza, in cui si realizza lo scambio interattivo tra quel fenomeno e il suo significato. La ricostruzione dell'ambiente sonoro totale permette infatti di dare un senso al tipo di esperienza che gli psicopatologi classici definiscono come esperienza confuso-onirica – termini che vanno interpretati in un modo più profondo di quanto non faccia normalmente la psichiatria. "Confuso" indica uno stato di transizione dal mondo ordinario a quello nuovo inaugurato dall'esperienza psicotica, dove si confondono il cielo e la terra, la realtà ordinaria e una non abituale, fino alla dimensione "onirica"; non sapendo meglio definire la rottura delle regole ambientali vigenti in una realtà ordinaria paragoniamo questa atmosfera a quella di un sogno, gravida di irrealtà ma anche di attualità esperienziale. Va poi ricordato che nel sogno cambiano le forme e le costituzioni sia del soggetto sperimentante che del mondo sperimentato, ciò è noto già da Aristotele. Per questo percorso preliminare si giunge così a ragionare sull'espressione clinica più significativa contenuta nel rapporto, riguardante lo stato di coscienza del paziente: "tali episodi [l'udire voci] culminavano nella perdita di coscienza". Infatti qui le alternative psicopatologiche potrebbero essere almeno due: un episodio oniroide di marca epilettogena, oppure di un episodio di sogno psicotico aspecifico e generale. Ma la realtà che collega queste due dimensioni, permettendo di oscillare creativamente tra l'una e l'altra, è rappresentata dallo *stato dissociativo*. La modificazione dello stato di coscienza, se confermata da domande specifiche in questa area semeiologica, potrebbe essere sostenuta da un'infinità di cose alternative alla banale bipolarità tra disturbo neurologico e/o psicopatologico – potrebbe essere uno stato transitorio che apre a nuove esperienze fino a quel momento chiuse alla persona. Ecco allora che il gruppo clinico, leggendo il rapporto insieme al paziente e discutendolo con lui, può cominciare un'esplorazione accurata, contestuale, dei fenomeni presentati. Il clinico infatti, come un cacciatore, non esamina mai la sola traccia, bensì inserisce quel segno in una struttura ambientale più generale dove anche il corso delle stagioni viene preso in considerazione.

Un'altra cautela va sicuramente presa al riguardo dell'affermazione secondo la quale la comparsa dei sintomi nel paziente sarebbe concomitante alla morte di suo padre. Il gruppo non dovrebbe convalidare il nesso eziologico diretto tra morte del padre ed evento psicopatologico senza prima ricostruire con cura le relazioni tra quell'evento e la storia familiare e personale del paziente, e senza conoscere l'ideologia e le pratiche legate alla

morte nella cultura del paziente<sup>115</sup>. Una morte non è necessariamente collocata lungo la piattaforma etnocentrica di lutto e malinconia (Freud, 1915), né lungo la riattivazione dei problemi edipici in variante persecutoria (come sembrano credere tutti coloro i quali si allineano sulla pista degli Ortigues, 1966). La morte di un individuo può essere anche una liberazione per gli altri; un premio alla storia di un gruppo che vedrebbe compiuto il ciclo delle *res gestae* proprio grazie al trapasso di un capostipite. Tra gli Edo, quando il padre muore, il figlio maggiore può finalmente avanzare nella gerarchia familiare e sociale, dunque affermare il proprio posto soppiantando il genitore defunto. La difficile relazione tra padre e figlio maggiore, sempre più carica di tensioni a mano a mano che il figlio diventa uomo e il padre invecchia, comincia a risolversi con la morte di quest'ultimo e con la ridefinizione dello status di entrambi. "Il cambiamento nella relazione tra padre e figlio maggiore è un tema dominante di tutto il rituale funerario" (Bradbury, 1973:214).

Se il figlio maggiore, che prende su di sé la responsabilità del rituale di sepoltura, "non mostra dolore, nessuno è sorpreso o scioccato. Spesso egli si atteggiava in maniera arrogante e boriosa: «guardate, guardate cosa sto facendo per mio padre! Possano i miei figli fare lo stesso per me!» Egli può impugnare una vanga e cominciare a gettare terra nella tomba o batterla una volta che questa è riempita, in uno stato d'animo che all'osservatore appare molto simile all'esultanza" (Bradbury, 1973:220). Seppellendo il proprio padre il figlio sta nello stesso momento svolgendo il suo dovere filiale più importante e acquisendo un nuovo status. "«Non dovrete più piangere» ho sentito un figlio maggiore che stava ammonendo così i suoi fratelli più giovani, «il pianto è per compiere la nostra usanza. Dovreste essere felici adesso, perché nostro padre è morto anziano e nessuno di noi se ne è andato prima di lui»" (Bradbury, 1973:220). Nella situazione in esame, quindi, più che la morte del padre in sé andrebbe considerato significativo il fatto che il paziente – guarda caso figlio maggiore dell'uomo deceduto – non sia riuscito ad assolvere in maniera conforme alla regola del gruppo il proprio compito rituale, e di conseguenza non abbia potuto affermarsi come successore paterno. Dall'altra parte è probabile che ci sia in circolazione un padre defunto ma non ancora incorporato nel gruppo degli antenati patrilineari. Infatti "secondo il corso normale degli eventi è il figlio maggiore, e lui solo, che dovrebbe prendersi la responsabilità di seppellire (*re*) e piantare (*ko*) suo padre, vale a dire di trasformarlo in antenato e dedicargli un altare per servirlo"

---

<sup>115</sup> Uno sguardo etnoclinico è anche uno sguardo etnotanatologico (cfr. Nathan, 1999). Secondo la definizione di Thomas l'*etnotanatologia* è "la branca dell'etnologia che analizza i differenti problemi della morte così come essi si pongono all'interno di un dato gruppo" (cfr. Thomas, 1972:60).

Bradbury, 1973:233). Ma in ogni caso, finché i secondi funerali non hanno luogo – un lasso di tempo che può variare a seconda dell'età e della ricchezza del figlio maggiore – il fantasma del padre, “solo e risentito, e geloso di coloro che sono già stati traslati a uno stadio superiore” (Bradbury, 1973:233), può commettere atti di aggressione verso i viventi un tempo sottoposti alla sua autorità.

Non bisogna indirizzare verso un percorso preformato e stereotipato l'insieme degli elementi che il paziente riferisce come iniziali costrutti eziologici; vale qui la pena avere un impegno epistemico non indifferente che si fonda sul metodo della falsificazione sistematica del detto e del non detto del paziente, consapevoli del fatto che i livelli di falsità esistono sia nel detto che nel non detto, e non, come vuole la lezione freudiana classica, solo nel detto e mai nel non detto, il quale verrebbe a costituirsi come principio di verità latente e occulto. Il paziente è solo una delle sorgenti del discorso clinico, e non è detto che sia la più limpida. Inoltre, questi pazienti che compaiono un giorno in un servizio e poi scompaiono per riapparire di nuovo altrove sono delle monadi in libertà erratica, che come tali offrono testi privi di contesti, per cui il lavoro clinico diventa proprio quello di appaiare gli uni e gli altri. Un buon modo per costruire una trama di contesto è la convocazione di altri attori, oppure quello di divagare in un repertorio quasi folclorico (leggende, miti, sogni tradizionali) che faccia anche da ambiente impersonale capace di “contenere” il discorso del paziente.

Il paziente riferisce in seduta un sogno angoscioso e ricorrente, in cui il padre, alla testa di un gruppo di uomini, una *society*, viene verso di lui con un atteggiamento minaccioso. Il paziente ha paura che queste persone gli vogliano fare del male se non cede alle loro minacce. La tentazione di classificare il caso come un problema di stregoneria “alla bantu” è forte, ma bisogna resistervi, perché il rischio di distopia culturale è altrettanto elevato. Difatti ci troviamo in un'area culturale dove non è detto che valgano le stesse configurazioni conosciute nei gruppi bantu. Se utilizziamo un modello importato dall'Africa centrale, vuoi perché abbiamo più conoscenze su quell'area, vuoi perché il mediatore che stiamo utilizzando proviene da quel mondo, è possibile che interpretiamo il sogno come una manifestazione notturna di un attacco stregonesco condotto dal padre. Ma l'effetto sul processo clinico è affatto diverso, a seconda che noi istituimo un legame interpretativo con la stregoneria antropofagica, o che seguiamo più da vicino la conformazione del terreno edo su cui ci stiamo muovendo, e diciamo che potrebbe trattarsi piuttosto di una rivendicazione da parte del defunto – e delle associazioni e gruppi di cui era membro –



rivolta al figlio inadempiente. Nel primo caso si ottiene un'amplificazione dell'angoscia, perché viene messa in luce la relazione predatore-preda, e il paziente viene lasciato a se stesso a se stesso e ai suoi eventuali persecutori. Nell'altro caso il sogno è interpretato come un monito a compiere un dovere (il che implica un'attivazione del soggetto!), e allo stesso tempo si dà valore alla particolare struttura sociale e religiosa degli Edo, organizzata secondo una fitta tramatura di multiappartenenze, in base alle quali ogni individuo è iscritto in una molteplicità di gruppi. Il gruppo di anziani (*edion*) che nel sogno viene dietro al padre potrebbe quindi essere formato dai rappresentanti di tutti quelle "società" nelle quali il padre stesso esercitava un ruolo di leadership o di responsabilità. Non solo il figlio è chiamabile a ricoprire quei ruoli al posto del genitore, ma è anche obbligato a presentare agli anziani viventi di ciascuno di questi gruppi un'offerta: una mucca, una capra, manioca, noci di cola, vino di palma ecc.. (cfr. Bradbury, 1973). In questo senso bisogna anche tenere conto, prima di formulare un'interpretazione, del tipo di tensioni (politiche, religiose, economiche e culturali) esistenti in ambienti sociali complessi, piuttosto estesi e pieni di diramazioni essenziali che permettono ad uno stesso soggetto di appartenere a insiemi più vasti e importanti. Mentre la focalizzazione esclusiva su una relazione verticale non dà al figlio nessuna chance di sottrarsi al reclutamento sacrificale – è lui la preda, non ci sono sostituti –, l'apertura sul campo dei molteplici legami d'iscrizione e affiliazione consente invece la soluzione dell'offerta vicariante (di tipo animale e non più umano). Passando dunque dal focalizzato all'esteso, cambiamo sistema di riferimento: dalla stregoneria antisociale – il figlio è stato venduto al gruppo stregonesco con cui il padre divideva la carne delle prede umane durante i festini notturni – si passa alla logica socialmente positiva secondo la quale il figlio deve ripagare alle "società" del padre una parte dei frutti goduti da questo in qualità di anziano.

Viste le difficoltà di comprensione linguistica del paziente, sia in italiano che in inglese, e considerata la preferenza del dispositivo etnoclinico per il lavoro in lingua matrice, si propone al paziente una mediazione in lingua edo, aggiungendo alla seduta un secondo interprete oltre a quello già convocato. Il paziente però mostra una certa resistenza alla nostra proposta. Cosa facciamo in una situazione come questa? Andiamo avanti con l'idea del mediatore specifico, oppure manteniamo la soluzione aspecifica (un mediatore africano anglofono, non necessariamente nigeriano né tantomeno edo)? Come si è già detto in un precedente capitolo, di solito la cosa migliore in questi casi è adottare un timing di tipo inerziale: non accelerare ma semmai rallentare il passaggio alla lingua edo, anche

perché il paziente potrebbe dissimulare il suo reale livello di competenza linguistica in inglese e in italiano, per poter meglio negare o non comunicare le parti di esperienza direttamente caratterizzate dalla permanenza migratoria. È pertanto preferibile cementare la relazione sulla base di un radicale umano generico, di prima intenzione, per poi porre progressivamente i vincoli necessari a uno svolgimento di processo etnopsichiatrico dispiegato. La lingua matrice non deve esser posta come necessità preliminare dell'interazione, bensì come una delle conquiste del processo di avvicinamento al nucleo culturale della persona: in casi a forte desocializzazione migratoria la psicopatologia ci offre già un primo punto di ancoraggio, precario ma abbastanza utile, per cui si può attendere il passaggio successivo – matriciale – senza affrettarlo. Tutto ciò va tenuto in conto nell'ambito della clinica reale, dove il dispositivo montato per questa situazione è ancora troppo precario e instabile per potersi offrire come elemento di solida garanzia alla persona; si rischia infatti di avere un effetto controproducente applicando precocemente o forzatamente la strumentazione 'etnopsi' senza avere ancora le necessarie immunità operative. Ad esempio abbiamo un mediatore edo che non conosciamo, e dal punto di vista del paziente potrebbe essere inviato da un'altra *society*: diventerebbe allora difficile smontare la curva persecutoria che un innesto precoce di mediazione ha provocato in seduta. Più utile e sicuro potrebbe essere l'impiego dell'interprete edo come informatore in una seduta a parte, in assenza del paziente, per raccogliere alcuni pezzi mancanti del contesto reale di provenienza della persona.

Al termine della seduta il paziente vuole essere sicuro di ricordare i nostri nomi, perché ha intenzione di chiedere al sacerdote della chiesa che frequenta di pregare per noi. La preghiera sembra qui una sorta di ringraziamento generico alla disponibilità con cui il gruppo curante cerca di sottrarre la persona all'angoscia del ritorno; infatti l'obiettivo del paziente è probabilmente quello di ottenere una condizione di protezione geopolitica – permesso umanitario – che rappresenta anche un modo per lenire gli stati di sofferenza e di sovraesposizione senza protezioni giuridiche del soggetto. Si può opportunisticamente aderire a questa strategia: si sarebbe così collocato il paziente in uno stadio di psicopatologia intermedia, ad alto gradiente manipolatorio, non riuscendo a identificare lo strato psicopatologico di natura, poiché allo stato delle nostre conoscenze, la stregoneria di cui il paziente si dichiara vittima resta del tutto indistinta e indistinguibile. D'altra parte, occorre tenere presente un elemento tecnico: se l'attacco stregonesco fosse stato veramente all'origine dei suoi problemi, il paziente sarebbe già morto, in tutti i sensi, fisici o psichici (follia strutturata secondo criteri prognostici negativi di natura schizofreniforme e

non, invece, banalmente isteriforme, come sembra essere il caso). Il disturbo quindi potrebbe essere fittizio, ovvero potrebbe riproporre plasticamente una figura clinica stereotipata, priva di connotazioni singolari e specifiche, e soprattutto facilmente riproducibile nel momento in cui il dispositivo non riesce a stabilire un metodo di falsificazione generale del modello presentato.

#### **5.4.2 Caso 2**

Paziente italo-eritreo – di madre eritrea e padre italiano –, 31 anni, da dieci anni in Italia, ricoverato a più riprese in SPDC (servizio psichiatrico di diagnosi e cura) per un disturbo psicotico. Il primo ricovero risale a cinque anni fa. Da allora racconta di aver vissuto per lunghi periodi in strada, “come un folle”. Descrive il mondo generato dalla quella follia con un tono distaccato, monocorde, parlando al passato: era convinto che gli uomini fossero in realtà creature plurisecolari, abitanti ognuna un proprio pianeta, e che la città fosse una stazione di transito tra universi collegati da shuttle. I transiti erano controllati sistematicamente da spie, agenti dell’FBI. Riferisce che durante quel periodo udiva continuamente delle voci come provenienti da uno stadio, amplificate, che lo insultavano o gli facevano dei complimenti. Ora quelle convinzioni sono cessate, ma lamenta un dolore puntorio agli occhi e ai testicoli, “a intervalli di mezz’ora. La parte esterna dell’occhio, il 70x5, si scioglie e cola internamente fino allo stomaco, e qui si ferma e comincia a muoversi e a fare male”. Contemporaneamente avverte il moltiplicarsi e l’aprirsi di occhi supplementari nella volta orbitale, mentre ha la sensazione che i testicoli gli risalgano sino in bocca. Soffre di dolori alle ossa, gonfiore ai piedi e, quando fa freddo, tremori in tutto il corpo.

Il quadro clinico, chiaro proprio nella sua apparente disorganizzazione, è riconducibile a un disturbo schizofrenico ad esordio giovanile. Il paziente infatti percepisce questa caratteristica peculiare del processo schizofrenico-tipo: ad una tempesta mentale generale segue una fase di calma, ordinata, che solitamente prepara il salto verso un nuovo stadio transitorio accessuale, ricco di tratti produttivi (dispercezioni in ogni canale sensoriale). Particolarmente critica, relativamente poco frequente e quasi patognomica è la disfunzione della cenestesi, con deragliamento delle sensazioni somatiche e vari cortocircuiti che provano a ristrutturare delle connessioni viscerali secondo modalità singolari e “idiosincrasiche” (es. il cortocircuito occhi-testicoli). Si hanno quindi anomalie

nelle funzioni più profonde che strutturano la coerenza della corporeità, e processi di sintesi noetica che non riescono a suturare la frammentazione delle varie funzioni mentali. Il processo in corso è particolarmente attivo mentre il paziente si sforza di ritrovare una sorta di *unicum* interpretativo in grado di dare un senso qualsivoglia al suo vissuto interno caotizzato. È come se un ingegnere avesse trovato un modo di fabbricare una macchina per pensare i pensieri attivando i collegamenti più improbabili, di cui la traccia visibile è proprio il groviglio serpentiforme dei fili intrecciati per costruire le connessioni ritenute necessarie all'economia di funzionamento del macchinario. Il paziente perciò propone al gruppo un viaggio periglioso e drammatico in una mente schizofrenica perfetta, che proprio perché tale è totalmente dislocata nell'apparato sensomotorio del corpo. Detto altrimenti, la mente schizofrenica esiste sempre in quanto corpo schizofrenico o *soma* schizofrenico, corpo devitalizzato e reificato come "cosa" bizzarra, biologia in fase di agonia progressiva, che paradossalmente rifiuta questo destino, illudendosi di essere immersa in un cosmo vitalistico, ma purtroppo è capace di riprodursi solo come materia materiale o macchina che produce macchine.

Sebbene stiamo lavorando in una prospettiva etnoclinica, tentando di riconoscere le diverse matrici che hanno fabbricato la persona e la sua patologia, l'indagine non dovrebbe ancora avviarsi verso l'analisi delle forme del mondo originario (eritreo), se non in modo molto generico e superficiale – limitandosi a un esame sociologico e culturale di prima intenzione – e dirigersi invece, per decisione metodologica, verso il problema maggiore: dato per scontato che una configurazione schizofrenica è molto probabile, si tratta di andarne a cercare l'antefatto dal lato "italiano". Il perché è evidente: il paziente soffre di un disturbo che ha una certa frequenza (e familiarità) nelle società occidentali, ed egli stesso viene a installarsi – anche se in maniera problematica e rivendicativa, come paziente "difficile" – nel sistema psichiatrico italiano. Questo medesimo scandaglio andrebbe poi fatto sul lato eritreo, materno, ma qui l'ipotesi è che il gruppo familiare eritreo si sia trovato disorientato, alle prese con un adolescente che cominciava a manifestare aspetti sempre più inquietanti e oscuri a mano a mano che la deriva schizofreniforme si accentuava. Sicuramente sono state importanti le iniziative formali e informali che il gruppo materno ha adottato per venire a capo di tale trasformazione, ovvero le risorse che ha mobilitato per affrontare l'ignoto e il bizzarro proposto dal ragazzo quando ancora frequentava un istituto superiore italiano ad Asmara. Il fallimento scolastico, situato sul

crinale dei mondi di appartenenza, è da esaminare con attenzione, perché in un certo senso offre già una matrice di tipo meticcio del disturbo processuale.

Da questo profilo, se corretto almeno in ipotesi, discendono conseguenze piuttosto rilevanti: la schizofrenia rappresenta una malattia *denaturante* e *deculturante*, che lavora sia lungo il fronte del *genus homo* (unità biologica), sia sull'acquisizione della dimensione culturale condivisa da esseri umani associati in gruppi – in questo caso agirebbe quindi in senso sfavorevole sia sull'*umanizzazione* generica che sull'*etnizzazione* specifica e singolare. Devereux (2007) ci fornisce un'indicazione di metodo fondamentale per riuscire a ricostruire il percorso denaturante e deculturante in ogni singolo caso di schizofrenia, soprattutto in quelle situazioni in cui la malattia riesce ad apparire come fenomeno di natura (ovvero contro natura) e di cultura (ovvero contro cultura). Da questo primo livello di indagine si passa poi a riconoscere come natura e cultura pieghino il disturbo verso forme appena poco più funzionali, adattabili alle realtà minute e concrete dei vari gruppi umani.

Si devono usare la massima delicatezza e prudenza nelle fasi esplorative e di costruzione delle alleanze, perché il paziente tende a non seguire l'équipe lungo queste direzioni, essendo totalmente preso nel proprio lavoro individuale e irrelato di ricerca dell'*unicum* (della causa-sorgente); egli è consapevole del fatto che già almeno due gruppi – famiglia eritrea e famiglia italiana – hanno fallito nell'individuazione di una spiegazione plausibile degli eventi. Di solito succede che quando il soggetto ha questa convinzione prova ad eleggere se stesso non più solo come individuo-problema, ma come soggetto-soluzione, contrastando attivamente coloro che tentano di subentrare nella ricerca (e finendo puntualmente con il considerarli agenti antagonisti e usurpatori).

Solo dopo aver percorso per un po' questa strada, se ne potrebbe perseguire anche una alternativa: classificare i pezzi fenomenici del disturbo come frammenti disorganici, scorie e reliquie di uno specifico disturbo culturalmente ordinato, particolarmente frequente nel gruppo materno. In questo caso si tratterebbe di avviare un'indagine in parallelo sul mondo eritreo, perché in situazioni mescolate, meticcie, le due linee di generazione del problema possono anche essersi sovrapposte e agire secondo serie complementari di cui converrebbe ricostruire il senso e le eventuali concordanze-discordanze. In fondo, i casi meticci presentano un interesse specifico – e spesso non abbastanza considerato – consistente nel fatto che non vi possono essere due meticci uguali. Ciò vuol dire che il prodotto (discendente) della confluenza di due filiere patologicamente generative è sempre il *primo* di una serie (Inglese, 2011): possono improvvisamente replicarsi casi tra

loro sufficientemente simili, anche se mai del tutto identici; ad esempio, come qui, si può avere una forma di schizofrenia che devia in parte dalla configurazione prototipica e stabile; oppure – altro problema logico – il meticcio figura come l'unico di una classe, una classe completamente nuova non confrontabile né assimilabile ad altre preesistenti.

## Conclusioni

Cerchiamo ora di ripercorrere con ordine la sequenza delle problematiche affrontate nei vari capitoli, per mettere in rilievo i passaggi forti del discorso.

Il primo capitolo è articolato in quattro movimenti, e vuole tracciare uno schizzo di teoria della mediazione vivente. Innanzitutto vengono criticate alcune mitologie diffuse intorno alla figura del mediatore, come quella del mediatore-ponte tra culture. C'è un singolare contrasto tra la debolezza istituzionale della professione del mediatore – in termini di riconoscimento di ruolo – e questa immagine titanica di attore umano che permetterebbe il collegamento tra il nostro mondo e quello dello straniero. Tale prospettiva inoltre semplifica eccessivamente il campo fenomenico della comunicazione clinica transculturale, riducendolo a uno schema trilogico, ai cui vertici stanno tre soggetti definiti una volta per tutte: il Terapeuta, il Paziente, il Traduttore. La proposta che viene fatta qui – coerentemente con l'idea di dispositivo nathaniano – è invece quella di cercare la dimensione *interoggettuale* dei fenomeni, di capire come avvenga la comunicazione tra sistemi culturali non necessariamente mediati da attori umani. Nel caso del dispositivo etnopsichiatrico l'incontro con l'alterità è, *in primis*, l'incontro con altre lingue poste in reciproca traduzione. È seguendo questi oggetti linguistici in variazione continua, generanti infinite possibilità operative nel corso dell'interazione clinica, che si può cominciare a costruire una teoria della mediazione.

Il secondo passaggio definisce che cos'è una lingua matrice. La proposta di abbandonare definitivamente l'idea di lingua materna (peraltro già criticata in de Pury, 1994) appare come una mossa decisiva verso il completamento di quel processo di artificializzazione iniziato da Nathan quando per la prima volta adottò il termine “dispositivo”. Se il dispositivo è un'apparecchiatura in grado di riprodurre creativamente – e artificialmente – le dinamiche di parola esistenti all'interno dei gruppi umani, allora anche la lingua va “artificializzata”. Detto diversamente: continuando a parlare di “lingue naturali” e “lingue materne” all'interno del quadro etnopsichiatrico non si fa una scelta coerente col metodo generale. Per contro, se la lingua è un oggetto fabbricato che a sua volta contribuisce a fabbricare l'essere umano in quanto essere culturale, l'espressione “matrice” risulta assai più calzante. Nella linguistica teorica che studia i contatti plurilinguistici è stato coniato il termine di *matrix language* per fare riferimento alla lingua che nei fenomeni di *codeswitching* contribuisce in misura maggiore a fornire le strutture astratte (grammatica), mentre l'*embedded language* fornisce piuttosto gli elementi di contenuto (lessico). Myers-

Scotton precisa però che la *matrix language* è un oggetto teorico, una cornice astratta che non va confusa con la sua lingua sergente anche se le assomiglia molto (2002:66). Questo mi fa pensare che forse dovremmo considerare anche la nostra “lingua matrice” come un oggetto teorico, simile ma non sovrapponibile alla lingua concreta parlata dal paziente, e buono per pensare il bricolage che all’interno delle sedute produce la particolare plurilingua utilizzata nella mediazione.

Il terzo movimento ci riporta all’intergioco degli attori coinvolti nelle sedute, e prova a delineare un profilo polemologico dei processi di traduzione: la visione irenico-pedagogica della mediazione, così come in genere viene rappresentata nei manuali ad uso degli operatori, contrasta in maniera netta con le dinamiche riscontrate nel vivo delle interazioni cliniche. L’esperienza infatti ci ha insegnato che la funzione di mediazione nasce nel conflitto tra mondi e si installa progressivamente grazie a strategie condivise dall’intero gruppo terapeutico nell’affrontare le tensioni e le controversie via via emergenti.

Il problema della parola terapeutica efficace introduce al quarto tema discusso nel capitolo, riguardante l’influenzologia. Nathan (1994) definisce questa disciplina come l’unica vera psicopatologia scientifica: un’etnopsichiatria clinica praticata in modo rigoroso, perché studia innanzitutto i dispositivi di cura, le logiche operatorie e gli elementi tecnici manipolati dai guaritori e da tutti gli attori clinici in generale. Poiché la mediazione linguistica per il dispositivo etnopsichiatrico riveste indubbiamente un ruolo non soltanto comunicativo, ma anche trasformativo, essa può essere osservata nella prospettiva influenzologica. Ed è a un elemento esterno ma prossimo al dominio della parola che qui viene dedicata particolare attenzione: la voce, la voce del mediatore e del terapeuta come strumento di influenzamento. Si tratta di un fattore tutto sommato poco studiato in clinica, perché refrattario alla teorizzazione, eppure si rivela cruciale in molte terapie tradizionali. Nella discussione sull’utilizzo delle lingue nella clinica transculturale il problema della voce non poteva essere tralasciato, anzi andava messo in risalto proprio perché la potenza concettuale della lingua rischia sempre di tenerlo in ombra.

Nel secondo capitolo l’analisi di segmenti dialoganti prelevati dai colloqui clinici mostra l’ancoraggio empirico della metodologia di ricerca e conferma la necessità di partire dai fenomeni di campo per estrarre i principi guida e le procedure capaci di rinnovare le modalità d’interazione concretamente utilizzate nel lavoro di cura.

Un elemento centrale che viene più volte sottolineato è l’alleanza tra funzione clinica e funzione traduttiva. Il colloquio monolingue preclude al clinico la possibilità di decentrarsi e



stabilire connessioni utili con la diversità culturale, mentre quello plurilingue consente in molti casi di ritrovare nell'enunciato-discorso del paziente le marche specifiche di uno o più sistemi interpretativi locali (etnosistemi). Una traduzione addestrata e integrata al lavoro terapeutico amplia la porzione visibile dei fenomeni clinici e ne favorisce la comprensione. Una seconda questione riguarda il modo in cui il dispositivo seleziona la lingua di mediazione. Soprattutto nelle fasi iniziali di un processo i codici linguistici sono usati in maniera instabile e possono variare spesso. La lingua matrice non è ancora attivata e il gruppo si muove con prudenza, testando le varie risorse comunicative a disposizione. Queste fasi interlocutorie ma creative mostrano che *qualcosa* sta avvenendo contemporaneamente sul piano linguistico e su quello clinico. Comunicare con il paziente nella sua lingua matrice è un risultato che si può conseguire solo attraverso lo scambio partecipato di tutti i presenti, e dopo aver esplorato con attenzione i repertori linguistici cui l'intero gruppo di mediazione ha accesso. Tali operazioni di bricolage linguistico costituiscono un tema d'interesse fondamentale per la ricerca.

Infine, viene rilanciata la proposta di sviluppare un'immunologia della mediazione, necessaria per proteggere i mediatori e comprendere i rischi ai quali sono esposti durante il lavoro clinico. Esercitando un compito di scambio e attraversamento il traduttore risulta particolarmente vulnerabile agli effetti delle *cose* che vengono scambiate. L'immunologia della mediazione può difendere i mediatori solo se tiene conto del contesto in cui ha luogo l'incontro clinico, del tipo di problematica trattata, e delle multi-appartenenze messe in gioco dalla relazione mediatore–paziente.

Il terzo capitolo prende in esame l'utilizzo delle lingue in ambito clinico etnopsichiatrico. L'inquadratura rimane fissa sul dispositivo di mediazione, ma cambia leggermente la messa a fuoco, e questo basta per vedere con maggiore nettezza il profilo di una *macchina clinica plurilingue*, i cui livelli di complessità interna andrebbero studiati a lungo, tramite programmi di ricerca specifici, articolati per aree linguistiche.

Ogniqualevolta il dispositivo si appresta a lavorare in una lingua, esso dovrebbe essere "iniziato" al funzionamento complessivo di quella lingua (qualità strutturali, usi sociali, ecc.) per poter riorganizzare di conseguenza le sue procedure d'intervento e le tecniche di colloquio. Ciò vorrebbe dire invertire l'ordine logico in cui sono di solito montate le terapie, con la teoria psicologica clinica in alto, e lo strumento linguistico in basso. Invece bisognerebbe dire: prima la lingua, poi gli strumenti psicologici. E così si restituirebbe alla lingua tutto il suo potere, anche terapeutico.

Un altro punto del capitolo riguarda il mutamento e l'ibridazione dei codici. Sindromi culturali e codici linguistici hanno in comune il fatto di essere soggetti a principi di variazione continua e ricombinazione. Gli scenari della globalizzazione e della migrazione internazionale spingono le configurazioni psicopatologiche e le lingue ben al di fuori delle loro ecologie di appartenenza, obbligandole a trasformarsi in modo sempre più rapido. In entrambi i casi si assiste ad un allentamento del nesso necessitante gruppo – territorio – visione del mondo.

Viene inoltre sottolineato come il fulcro metodologico del dispositivo non sia tanto la traduzione in sé, quanto la moltiplicazione delle lingue nello spazio clinico. Le lingue, mettendosi in tensione tra loro – tensione che potrebbe non essere ancora traduzione – superano la loro chiusura strutturale e funzionale per aprirsi alle altre. Il fatto che emergano nuove lingue nel corso delle sedute è da considerare come un elemento a favore del processo terapeutico. Viceversa, laddove avvertiamo nelle interazioni una riduzione di complessità, una polarizzazione verso una singola varietà, un solo modello di lingua, siamo quasi certi di trovarci di fronte a una formazione perturbata della parola.

C'è infine un passaggio sulla teoria della relatività linguistica. Tale visione, opportunamente temperata, si rivela molto utile nella costruzione del dispositivo di mediazione. Esiste certamente una profonda differenza nel modo in cui si può raccontare qualcosa in italiano o in giapponese; le due lingue infatti propongono codifiche dell'esperienza, e degli stati del mondo, difficilmente assimilabili. La traduzione diventa possibile a patto che le lingue in questione vengano appositamente costruite come "comparabili". E sarà diversa la comparabilità tra lingue che si frequentano da lunga data, come l'arabo maghrebino e l'italiano, rispetto a quella tra lingue che storicamente sono state assai meno in contatto tra loro. In questo caso non basterà trovare un interprete (cosa del resto non semplice), ma bisognerà lavorare a lungo per far sì che i due codici diventino davvero comparabili. Ovviamente nel fare questo entrerà in gioco anche il fattore personale, l'abilità dell'interprete e la sua capacità di costruire un rapporto di alleanza col paziente. È come se dovessimo riscrivere la storia delle due lingue, alla luce del loro incontro fortuito in sede clinica. Occorrerà fabbricare esempi di contatto, cimentarsi nello studio di documenti letterari o mitologici, scoprire i generi testuali che quelle lingue hanno prodotto nelle rispettive culture, sperimentare delle traduzioni accurate su oggetti linguistici definiti. Si tratta in fin dei conti di abituare una lingua all'altra, facendo crescere il rispetto dell'una per l'altra.

Il quarto capitolo fa luce sulle possibili connessioni tra etnolinguistica, antropologia linguistica ed etnopsichiatria, e ricostruisce in parte la storia assai recente di questi rapporti. La proposta metodologica che viene avanzata è la seguente: l'utilizzo delle lingue nello spazio clinico impone la conoscenza approfondita delle pratiche di parola e dei contesti comunicativi collegati all'uso di ciascuna varietà in gioco. L'aver chiaro il quadro dei fenomeni interattivi di natura linguistica all'interno di una specifica cultura ci aiuta ad impiegare con estrema finezza tecnica l'oggetto-lingua, e a metterci dunque in una relazione efficace con l'altro. Vengono poi dati dei suggerimenti al linguista che lavora in un setting etnopsichiatrico: deve immaginare le lingue degli altri sempre accompagnate da una delegazione di locutori indigeni sapienti. Anche quando si tratti di una lingua orale, senza scrittura, si deve essere certi che da qualche parte essa ha i suoi custodi e i suoi teorici, con i quali è necessario confrontarsi, qualora non si voglia degradare la lingua trattandola da codice anonimo, privo di cultura.

Il fatto che una lingua debba essere considerata una *tékhnē*, più che un oggetto naturale, costituisce il concetto-chiave del capitolo. Essa è sempre il prodotto di una tradizione linguistica e culturale; tecnica d'organizzazione del pensiero e strumento che rende possibile un particolare tipo di socialità caratterizzante l'essere-nel-mondo di un gruppo specifico. Tale approccio etnopragmatico, ideale per studiare i flussi della macchina clinica plurilingue, ha il vantaggio di saldare l'interesse per gli aspetti strutturali (grammatica) della lingua con quello per gli aspetti interazionali (forza performativa).

Il quinto e ultimo capitolo è dedicato allo studio di casi. Il primo caso illustra la sperimentazione del dispositivo di mediazione all'interno di un reparto ospedaliero di malattie infettive. L'équipe partecipa a fianco del paziente – a volte al posto del paziente – alla battaglia interpretativa che si scatena nell'entourage familiare intorno alla condizione di sieropositività all'Hiv. In modo particolare, quando il paziente attraversa una crisi sociocognitiva che gli fa perdere fiducia nelle proprie idee concernenti la malattia (cause, modalità di trasmissione, identificazione del colpevole), l'équipe deve farsi carico del tempo sospeso che precede l'installazione di nuove concezioni sostitutive. In queste fasi viene adottata la regola di intensificare la ricerca circolare all'interno del gruppo clinico, mentre il paziente è promosso al rango di supervisore della ricerca operata su di lui.

Il secondo caso consente di sviluppare un ragionamento etnopsichiatrico a partire dalla presa in carico di una giovane paziente maghrebina affetta da epilessia. Si è visto che l'epilessia, che pure è una malattia perfettamente conosciuta dalle neuroscienze, quando

entra in un campo sociale a matrice culturale specifica subisce una metamorfosi e riemerge secondo una serie di teorie, spiegazioni, interventi e prassi del tutto indipendente dal campo scientifico. Di conseguenza il gruppo terapeutico corre il rischio, se non tiene distinti i due momenti e al contrario prova ad utilizzare non una logica *multi* bensì *interdisciplinare*, di vanificare il potenziale esplicativo del primo come del secondo campo: la neurologia finisce con l'interdirsi la spiegazione dell'epilessia nel suo insieme, la psicologia la spiegazione psicoculturale del fenomeno epilettico. Seguendo rigorosamente la traccia metodologica del complementarismo bisogna invece sviluppare in modo parallelo le due filiere esplicative senza confonderle.

Il terzo caso illustra una seduta con alcuni scampati al pogrom antiafricano di Rosarno. L'eccezionalità degli accadimenti di Rosarno obbliga il conduttore dell'*assessment* ad inventare una metodologia d'interazione assembleare sul post-traumatico che tenga conto non solo del livello clinico, ma anche, e direi soprattutto, di quello *geoclinico*. Se dispiegata per tempo, una simile azione dialogante ispirata ai fondamenti teorici dell'etnopsichiatria potrebbe rivelarsi una risorsa estremamente utile, prima ancora che sul piano terapeutico, sul piano della mediazione sociale, poiché implementando l'intelligenza politica dei gruppi coinvolti nel conflitto migliora le loro strategie di lotta disinnescando però la parte violenta. La quarta parte del capitolo riguarda due casi seguiti presso un centro di salute mentale. In entrambe le situazioni risulta evidente come l'utilizzo della lingua matrice in seduta richieda un'attenta valutazione di ordine etnoclinico. Esso non va introdotto ad ogni costo fin dall'inizio della presa in carico, bensì rappresenta una delle conquiste del processo di avvicinamento al nucleo culturale della persona. In casi a forte desocializzazione migratoria, la psicopatologia ci offre già un primo punto di ancoraggio, precario ma abbastanza utile, per cui si può attendere il passaggio successivo – matriciale – senza affrettarlo. A maggior ragione laddove il dispositivo clinico sia ancora troppo precario e instabile per potersi offrire come elemento di solida garanzia alla persona; in tal caso si rischia infatti di avere un effetto controproducente applicando precocemente o forzatamente la strumentazione 'etnopsichiatrica' senza avere ancora le necessarie immunità operative.

Tobie Nathan ha descritto spesso nei suoi libri il funzionamento di una seduta di etnopsichiatria: uno spazio tecnico che riunisce almeno quindici-venti lingue diverse, anche se non tutte utilizzate nella stessa consultazione. Si intuisce da questa descrizione – ma molto di più si poteva capire partecipando di persona alle sedute del Centro

Devereux – che l'elemento centrale del dispositivo nathaniano è la traduzione, o meglio ancora un'interpretazione inesauribile e translinguistica effettuata all'interno di una comunità di parola molto particolare, costituita da terapeuti-mondo, da psicologi iniziati nei sistemi tradizionali e capaci di manipolare le entità concettuali di entrambi gli universi teorici, psicologico e tradizionale. È passato del tempo dalle importanti scoperte di Nathan, e oggi ci troviamo a lavorare in contesti operativi e antropologici molto diversi da quelli della Parigi di fine secolo scorso: alcune cose vanno forse ripensate (anche perché nel frattempo l'orizzonte dei saperi che possono fornire un valido contributo si è modificato), eppure l'alleanza con le lingue resta un elemento centrale dell'approccio etnopsichiatrico. Si deve tenere presente che l'utilizzo tecnico delle lingue in seduta è stato brevettato in un contesto metropolitano con un'alta densità di popolazione immigrata, proveniente dalle ex-colonie francesi. Per questo motivo le conoscenze e il metodo del Centro Devereux si sono sviluppati, almeno all'inizio, intorno ad alcuni nuclei culturali di fondazione, che fornivano i lessici e le strutture concettuali per parlare del disordine mentale in un modo completamente diverso rispetto al vocabolario della psicologia e della psicopatologia. Attraverso queste lingue di fondazione si potrebbero oggi ripercorrere le fasi costituenti del dispositivo etnoclinico; a partire cioè da alcune varietà linguistiche dell'Africa Occidentale, del Maghreb, dei mondi creoli delle Antille e delle Comore. Sono soprattutto questi tre blocchi che hanno permesso di costruire una metodologia clinica innovativa. Si dice che i terapeuti imparino dai loro pazienti, ma nel caso del Centro Devereux ogni lingua sembra aver insegnato ai suoi operatori un pezzo nuovo di clinica. Ad esempio lo yoruba e le lingue ad esso imparentate hanno consentito, proprio per alcune loro caratteristiche strutturali e per il modo in cui vengono usate dai parlanti nativi, di vedere la parola come un oggetto composito che a seconda del grado d'iniziazione del locutore può essere smontato e rinviare a livelli più profondi di ricerca del senso. Nathan stesso sostiene che la tecnica lacaniana di *découpage* del significante sia stata in realtà presa a prestito da uno psicoanalista di origine togolese (cfr. de Pury et al., 1994b). Si può dunque pensare che ogni blocco linguistico abbia contribuito alla costituzione del metodo generale fornendo delle tecniche, delle teorie, delle pratiche d'interazione. La potenza inventiva di un simile bricolage appare evidente, – consente di fare clinica aggirando le teorie psicologiche, – purché l'impiego di una tecnica derivata da lingua non diventi un'opzione rigida applicabile esclusivamente ai pazienti che parlano una determinata varietà linguistica. Ci troveremmo sennò con un dispositivo che funziona in modo ripetitivo, patologico. Mentre esso è il risultato di un progetto scientifico post-babelico, profondamente creativo, che abbraccia la

molteplicità degli idiomi e su questa fonda un metodo clinico e di ricerca. Il quadro teorico rimane virtualmente aperto, e ogni idioma aggiunto permette di sviluppare un segmento nuovo di teoria eventualmente estendibile anche ai casi che non parlano *quel* codice. In questo modo il lavoro sul singolo caso consente di sviluppare un ragionamento più ampio, non limitato all'etnia, ma riferibile ad un'area linguistico-culturale più ampia, comprendente diversi gruppi umani.

Più recentemente la presa in carico di pazienti molto distanti dalle aree linguistico-culturali su cui si è consolidato il pensiero 'etnopsi' sta costringendo le équipes terapeutiche a rivedere in maniera consistente la metodologia clinica adoperata. Questo era già accaduto con le culture creole, che pure derivavano da sistemi di pensiero conosciuti come quelli africani: l'etnopsichiatria dovette ripensare i suoi strumenti adattandoli alle esigenze dei pazienti meticci<sup>116</sup>. Si immagina allora l'impegno necessario per modificare il dispositivo di fronte a popolazioni che provengono da aree ancor meno esplorate sul piano della teoria etnoclinica. Con questi pazienti – cinesi, centroasiatici, europei orientali, sudamericani – dobbiamo inventare nuovi modelli operativi, sia per quanto riguarda le terapie che la mediazione. Diventa cioè imprescindibile aprire una nuova fase dell'etnopsichiatria, adeguata all'epoca della globalizzazione e alle sfide epistemologiche che essa comporta. Che ruolo avranno le lingue all'interno dei nuovi dispositivi di presa in carico? La risposta dipenderà anche dalla capacità dell'etnopsichiatria di coinvolgere altre discipline su questioni cliniche che possiedono orizzonti sempre più vasti e trascendono ormai i confini stessi del campo etnopsichiatrico. Ad esempio la geolinguistica e la geografia politica (cfr. Planhol, 1997) potrebbero aiutarci a incrociare i fatti linguistici con quelli politici, culturali, storici di una certa area del pianeta, su cui giocoforza interveniamo ogniqualvolta giungono in seduta dei pazienti provenienti da tale area. Penso che questa cartografia multidimensionale dei fenomeni ci consentirebbe di lavorare insieme agli interpreti in modo più perspicace e creativo.

---

<sup>116</sup> Ebbe luogo così una ricerca intorno ai dispositivi meticci, che poi fu impiegata per lavorare anche su fenomeni assai moderni, come le sette, neogruppi generati secondo logiche d'ibridazione e cattura (cfr. Nathan e Swertvaegher, 2003).

## BIBLIOGRAFIA

- AMATI MEHLER, J. *et al.*, *La Babele dell'inconscio. Lingua madre e lingue straniere nella dimensione psicoanalitica*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1990.
- AMSELLE, J.-L., "Du métissage au branchement des langues", in Dakhliya, Jocelyne, *Trames de langues au Maghreb*, Paris, Maisonneuve & Larose, 2004.
- ARGUEDAS, J.M., *Musica, danze e riti degli indios del Perù*, Torino, Einaudi, 1991.
- ARNAUT, R., *La folie apprivoisée: l'approche unique du professeur Collomb pour traiter la folie*, Paris, Éditions De Vecchi, 2006.
- AOUATTAH A., *Ethnopsychiatrie maghrébine. Représentations et thérapies traditionnelles de la maladie mentale au Maroc*, Paris, L'Harmattan, 1993.
- BATESON, G., *Naven*, Stanford, Board of Trustees of the Leland Stanford Junior University, 1958 (trad. it. *Naven. Un rituale di travestimento in Nuova Guinea*, Torino, Einaudi, 1988).
- , *Steps to an Ecology of Mind*, Chandler Publishing Company, 1972 (trad. it. *Verso un'ecologia della mente*, Milano, Adelphi, 1976).
- , *Mind and Nature. A Necessary Unity*, Gregory Bateson, 1979 (trad. it. *Mente e natura*, Milano, Adelphi, 1984).
- BECCARIA, G. L. (diretto da), *Dizionario di linguistica e di filologia, metrica, retorica*, Torino, Giulio Einaudi Editore, 1994.
- BAUDRILLARD, J., *L'échange symbolique et la mort*, Paris, Editions Gallimard, 1976.
- BELO, J., *Trance in Bali*, New York, Columbia University Press, 1960.
- BELPIEDE, A.(a cura di), *Mediazione culturale. Esperienze e percorsi formativi*, Torino, UTET, 2002.
- BLEGER, J., "Psicoanalisi dell'inquadramento psicoanalitico", in *Simbiosi e ambiguità. Studio Psicoanalitico*, Roma, Armando, 2010.
- BOAS, F., "Linguistics and Ethnology", in Hymes, D., *A Reader in Linguistics and Anthropology*, New York, Harper & Row Publishers, 1964.
- BRADBURY, R.E., "Father and senior son in Edo mortuary ritual", in *Benin Studies*, London, Oxford University Press, 1973.
- , "Fathers, elders and ghosts in Edo religion", in *Benin Studies*, London, Oxford University Press, 1973.
- CALAME-GRIAULE, G., *Ethnologie et langage. La parole chez les Dogon*, Paris, Gallimard, 1965 (trad. it. *Il mondo della parola. Etnologia e linguaggio dei Dogon*, Torino, Bollati Boringhieri, 2004 [1982]).

CALVET, L.-J., *Pour une écologie des langues du monde*, Paris, Plon, 1999.

—, *Il était une fois 7000 langues*, Paris, Librairie Arthème Fayard, 2011.

CAMARA, S., *Gens de la parole. Essai sur la condition et le rôle des griots dans la société malinké*, Paris-Conakry, Acct-Karthala-Saec, 1992.

CAPRARA, A., *Transmettre la maladie. Représentations de la contagion chez les Alladian de la Côte d'Ivoire*, Paris, Karthala, 2000.

CARDONA, G.R., *Introduzione all'etnolinguistica*, Torino, UTET, 2006.

—, “la linguistica antropologica” (1973), in *I linguaggi del sapere*, Bari, Editori Laterza, 1990.

—, “Appunti sull'etnografia della comunicazione” (1977), in *I linguaggi del sapere*, Bari, Editori Laterza, 1990.

—, “Categorie conoscitive e categorie linguistiche in huave” (1979), in *I linguaggi del sapere*, Bari, Editori Laterza, 1990.

—, “Categorie di pensiero e categorie di lingua” (1980), in *I linguaggi del sapere*, Bari, Editori Laterza, 1990.

—, “L'analisi dei modelli cognitivi in etnolinguistica” (1981), in *I linguaggi del sapere*, Bari, Editori Laterza, 1990.

—, “Obiettivi dell'etnolinguistica e raccolta di tassonomie popolari” (1989), in *I linguaggi del sapere*, Bari, Editori Laterza, 1990.

—, *Dizionario di linguistica*, Roma, Armando, 1988.

—, *I sei lati del mondo. Linguaggio ed esperienza*, Bari, Editori Laterza, 1985.

CASADEI, F. e INGLESE, S., “Psicopatologia e cultura. Idee per un progetto di costruzione dei dispositivi di cura etnopsichiatrica”, in Cardamone, G., Giuffrida, A., Vigevani, R. (a cura di), *Psichiatria, linguaggio e comunicazione nella società multi-etnica*, Firenze, ediz. Regione Toscana, 2003, pp. 13-26.

—, “Mediazione culturale e interpretazione linguistica nell'intervento etnopsichiatrico di comunità”, in Bracci, F., Cardamone, G. (a cura di), *Presenze*, Milano, Franco Angeli, 2005.

—, “Babelogue: lingue e processi di mediazione clinica”, *Il Vaso di Pandora*, vol. XIX, 3, 2011, pp. 57-83.

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*, Roma, Armando editore, 2005.



CASADEI, F., INGLESE, S., FESTI, G., ONDONGH-ESSALT, E., ZEMPLÉNI, A., "Pensare la voce in etnopsichiatria clinica", in Inglese, S., Affettuoso, P., Romano, N. (a cura di), *Etnie, arti e terapie. Strade per incontrarsi, Il Vaso di Pandora*, Numero speciale, 2005, pp. 167-179.

CASADEI, F., INGLESE, S., ZORZETTO, S., "Clinica, lingue e dispositivi di cura", in Harrag, *Di clinica in lingue. Migrazioni, psicopatologia, dispositivi di cura*, Milano, Colibrì, 2008, pp. 121-146.

CASADEI, F., INGLESE, S., ZORZETTO, S., CARDAMONE, G., "Gruppi e dispositivi di traduzione clinica", *Narrare i gruppi. Prospettive cliniche e sociali*, anno III, vol. 2, settembre 2008.

CASTIGLIONI, M., *La mediazione linguistico-culturale. Principi, strategie, esperienze*, Milano, Franco Angeli, 1997.

CAVALLI SFORZA, L.L., *Geni, popoli e lingue*, Milano, Adelphi, 1996.

CHERIF-ZAHAR, Z., *La Roqya*, Paris, Orientica, 2009.

CHLYEH, A., *Les Gnaoua du Maroc. Itinéraires initiatiques transe et possession*, Grenoble, La Pensée Sauvage, 1998.

CLAUSEWITZ (von), C., *Della guerra*, Milano, Mondadori, 1997.

COPPO, P., "Politiche e derive dell'etnopsichiatria. Note a margine di una polemica francese", in *I fogli di Oriss*, 13/14, 2000, pp. 119-140.

CRIPPA, S., "Tra linguistica e antropologia: riti vocali nell'antica Grecia", *Studi Orientali e Linguistici*, VII, 2000, pp. 327-337.

—, "Una lettura etnolinguistica del lessico della fonetica", Atti del Convegno *Le parole per le parole. I logonimi nelle lingue e nel metalinguaggio*, Istituto Universitario Orientale di Napoli (a cura di C. Vallini), Roma, Editrice "Il Calamo", 2000, pp. 115-132.

CROS, M., *Résister au Sida. Récits du Burkina*, Paris, P.U.F., 2005.

CRYSTAL, D., *The Future of Language: The Routledge David Crystal Lectures*, Routledge, London, 2009.

CURI, U., *Pólemos. Filosofia come guerra*, Torino, Bollati Boringhieri, 2000.

DAKHLIA, J., *Lingua franca: Histoire d'une langue métisse en Méditerranée*, Arles, Actes Sud, 2008.

DAVID, P. *et al.*, "'Alors tu l'as jetée à l'eau". A l'interface entre médecine et ethnopsychiatrie dans le suivi des mères et des enfants migrants infectés par le VIH", *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, n. 35-36, 1999.

- DELEUZE e GUATTARI, *Mille plateaux. Capitalisme et schizophrénie*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1980 (trad. it., *Mille piani. Capitalismo e schizofrenia*, Roma, Castelvecchi, 2006).
- DE MARTINO, E., *Scritti filosofici*, Bologna, Società editrice Il Mulino, Istituto Italiano per gli Studi Storici, 2005.
- DERRIDA, J., *Il monolinguisimo dell'altro*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2004.
- DETIENNE, M., *Comparer l'incomparable*, Paris, Seuil, 2000.
- DEUBER, D., *Nigerian Pidgin in Lagos. Language contact, variation and change in an African urban setting*, London, Battlebridge Publications, 2005.
- DEVEREUX, G., *Reality and Dream. Psychotherapy of a Plains Indian*, Madison, International Universities Press, 1951a.
- , “Some Criteria for the Timing of Confrontations and interpretations”, *International Journal of Psycho-Analysis*, 32, 1951b, pp. 19-24.
- , *From Anxiety to Method in the behavioural Sciences*, The Hague-Paris, Mouton & Co., 1967 (trad. it. *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, Roma, Istituto della Enciclopedia Italiana, 1984).
- , *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard, 1970 (*Saggi di etnopsichiatria generale*, Roma, Armando, 2007).
- , *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion, 1985.
- , “Acculturation antagoniste”, in *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion, 1985, pp. 253-290.
- , “Culture et symptomatologie”, *Ethnopsychiatria*, anno 1, n. 2, 1978.
- , “La rinuncia all'identità: difesa contro l'annientamento”, *I Fogli di Oriss*, 13/14, 2000 (prima parte) e 15/16, 2001 (seconda parte).
- DODDS, E. R., *The Greeks and the Irrational*, Berkeley e Los Angeles, University of California Press, 1951 (trad. it. *I Greci e l'irrazionale*, Firenze, La Nuova Italia, 2000 [1959]).
- DOLS, M. W., *Majnūn: the Madman in Medieval Islamic Society*, Oxford, Clarendon Press, 1992.
- DURANTI, A., *Etnopragmatica. La forza nel parlare*, Roma, Carocci, 2007.
- , *Linguistic Anthropology*, Cambridge, Cambridge University Press, 1997.
- , *Etnografia del parlare quotidiano*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1992.
- ECO, U., *Trattato di semiotica generale*, Milano, Bompiani, 1975.

- , *I limiti dell'interpretazione*, Milano, Bompiani, 1991.
- ELIADE, M., *La nascita mistica. Riti e simboli d'iniziazione*, Brescia, Morcelliana, 1974.
- FABBRI, P., *Elogio di Babele*, Roma, Meltemi, 2000.
- FIORUCCI, M., *La mediazione culturale. Strategie per l'incontro*, Roma, Armando Editore, 2000.
- FLORENSKIJ, P. A., *Il valore magico della parola*, Milano, Edizioni Medusa, 2001.
- FONTANILLE, *Sémiotique du discours*, Limoges, PULIM, 1998.
- , *Figure del corpo: per una semiotica dell'impronta*, Roma, Meltemi, 2004.
- FREUD, S. "Lutto e melanconia", in *Opere, 1915-1917*, vol. VIII, Torino, Boringhieri, 1976.
- GEERTZ C., *Antropologia interpretativa*, Bologna, Il Mulino, 1988.
- , "Anti anti-relativismo", Roma, Il Mondo 3 Reprint, 1996.
- GISOLDI, L., *Sordità infantile perlinguale. Educazione olistica e iter logopedico*, Torino, Edizioni Minerva Medica, 2008.
- GRANET, M., *La pensée chinoise*, Paris, La Renaissance du Livre, 1934 (trad. it., *Il pensiero cinese*, Milano, Adelphi, 1971).
- , *La civiltà cinese antica*, Torino, Einaudi, 1953.
- GREIMAS, A.J. e COURTÉS, J., *Semiotica. Dizionario ragionato della teoria del linguaggio*, Firenze, La Casa Usher, 1986.
- GUMPERZ, J. J. e LEVINSON, S. C., *Rethinking Linguistic Relativity*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996.
- HARRAG, *Di clinica in lingue. Migrazioni, psicopatologia, dispositivi di cura*, Milano, Colibrì, 2007.
- HAWKING I., *I viaggiatori folli*, Roma, Carocci, 2002.
- HENNION A., *La passion musicale. Une sociologie de la médiation*, Paris, Métailié, 1993.
- HEUSCH (de), L. (a cura di), *Objets-signes d'Afrique*, Tervuren, Annali del Musée Royal de l'Afrique Centrale, 1995.
- HUDSON, R. A., *Sociolinguistica*, Bologna, Il Mulino, 1980.
- HYMES, D., "General Introduction", in Hymes, D. (a cura di), *A Reader in Linguistics and Anthropology*, New York, Harper & Row Publishers, 1964.

—, “Alfred Louis Kroeber”, in Hymes, D. (a cura di), *A Reader in Linguistics and Anthropology*, New York, Harper & Row Publishers, 1964.

—, *Foundations in Sociolinguistics. An Ethnographic Approach*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1974.

INGLESE, S., “Appunti per un’etnopsichiatria critica. Viaggiando in Italia con Tobie Nathan”, *I Fogli di Oriss*, 5, 1996, pp. 155-171.

—, “Etnopsichiatria dei mondi in transizione”, in *Contro tempo*, 3/4, 1997/1998, pp. 51-66.

—, “Dalla psicopatologia delle migrazioni all’etnopsichiatria”, *I Fogli di Oriss*, 13/14, 2000a, pp. 141-158.

—, “Appunti per una teoria della mediazione linguistica nella clinica transculturale”, *I Fogli di Oriss*, 13/14, 2000b, pp. 227-233.

—, “Etnopsichiatria in terra ostile: appunti di metodologia della psicoterapia culturalmente orientata”, in Rotondo, A. e Mazzetti, M. (a cura di), *Etnopsichiatria e psicoterapie transculturali. Il carro dalle molte ruote*, Torino-Milano, L’Harmattan Italia-Terre Nuove, 2001.

—, “Formule e strumenti del laboratorio dionisiaco in diverse culture: figure della transe balinese e oltre”, *Altrove*, 10, 2003.

—, “4 way street: le matrici epocali dell’etnopsichiatria”, *Il Vaso di Pandora*, vol.XIX, 4, 2011, pp. 13-44.

—, “L’infanzia sospesa tra almeno due mondi. Un contributo etnopsichiatrico alla psicopedagogia transculturale”, Congresso Internazionale *Le culture dell’infanzia*, Genova, 2-4 dicembre 2004a.

—, “Pazienti della notte e clinici perduti. Questioni di etnopsichiatria clinica”, in Ranci D. (a cura di), *Questioni di etnopsichiatria clinica. L’esperienza di Terrenuove*, Milano, Edizioni di Terrenuove, 2004b.

—, “L’uso dell’oggetto-lingua in etnopsichiatria: traduzione, interpretazione, mediazione etnoclinica” in Rotondo, A. (a cura di), *Etnopsichiatria e territorio. Esperienze*, Milano, Edizioni di Terrenuove, 2009.

JAKOBSON, R., “Linguistics Aspects of Translation”, in Brower R. A. (a cura di), *On Translation*, Cambridge, Harvard University Press, 1959 (trad. it. “Aspetti linguistici della traduzione”, in *Problemi di linguistica generale*, Milano, Feltrinelli, 1966, pp. 56-64).

JENSEN, G. D. e SURYANI, L. K., *The Balinese People. A Reinvestigation of Character*, New York, Oxford University Press, 1992.

KURUMA, A., *Aspettando il voto delle bestie selvagge*, Roma, Edizioni e/o, 2001.

LATOURET, B., “Note sur certains objets chevelus”, *Nouvelle Revue d’Ethnopsychiatrie*, 27, 1994a, pp. 21-36.

—, “On Technical Mediation. Philosophy, Sociology, Genealogy”, *Common Knowledge*, vol. 3, 2, 1994b, pp. 29-64.

—, *Petite réflexion sur le culte moderne des dieux Faitiches*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 1996.

—, “Piccola filosofia dell’enunciazione”, in Basso, P. e Corrain, L. (a cura di), *L’eloquio del senso. Dialoghi semiotici per Paolo Fabbri*, Milano, Costa & Nolan, 1998.

—, *Politiques de la nature. Comment faire entrer les sciences en démocratie*, Paris, La Découverte, 1999 (trad. it. *Politiche della natura. Per una democrazia delle scienze*, Milano, Cortina, 2000).

LEÓN (de), L., “The Emergent Participant: Interactive Patterns in the Socialization of Tzotzil (Mayan) Infants”, *Journal of Linguistic Anthropology*, 8(2), 2000, pp. 131-161.

LÉVI-STRAUSS, C., *Le regard éloigné*, Paris, Plon, 1983.

LÉVY, S., “Repères pour une histoire linguistique du Maroc”, *Estudios de dialectología norteafricana y andalusí*, 1, Universidad de Zaragoza, 1996.

—, “Problématique historique du processus d’arabisation au Maroc: pour une histoire linguistique du Maroc”, in Aguadé, J., Cressier, P. e Vicente Á. (a cura di), *Peuplement et arabisation au Maghreb Occidental. Dialectologie et histoire*, Madrid-Zaragoza, Casa de Velázquez, Universidad de Zaragoza, 1998.

LEVY-BRUHL, L., *Les fonctions mentales dans les sociétés inférieures*, Paris, 1910 (trad. it. *Psiche e società primitive*, Roma, Newton Compton Editori, 1970).

LOTMAN, J., *Semiosfera*, Venezia, Marsilio, 1985.

MINKOWSKA, F., “La constitution épileptoïde et ses rapports avec la pathogénie de l’épilepsie essentielle”, *Annales medico-psychologiques*, t. I, 3, 1931, pp. 291-300.

MOUSSAOUI, D., “Comprendre al paciente marroquí”, in Moussaoui, D. e Casas, M. (a cura di), *Salud mental en el paciente magrebí*, Barcelona, Editorial Glosa, 2007.

MYERS-SCOTTON, C., *Contact Linguistics. Bilingual Encounters and Grammatical Outcomes*, New York, Oxford University Press, 2002.

NATHAN, T., *La folie des autres. Traité d’ethnopsychiatrie clinique*, Paris, Dunod, 1986.

—, *Le sperme du Diable. Éléments d’ethnopsychothérapie*, Paris, P.U.F., 1988a.

—, *Psychanalyse Païenne*, Paris, Odile Jacob, 1988b.

—, “Migration et rupture de la filiation”, in Yahyaoui, A., *Trouble du langage et de la filiation chez le maghrébin de la deuxième génération*, Grenoble, La Pensée Sauvage, 1988c.

—, *Fier de n'avoir ni pays ni amis, quelle sottise c'était!*, Grenoble, La Pensée Sauvage, 1993 (trad. it. *Principi di etnopsicoanalisi*, Torino, Bollati Boringhieri, 1996).

—, *L'influence qui guérit*, Paris, Odile Jacob, 1994.

—, *Nous ne sommes pas seuls au monde*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, Seuil, 2001 (trad. it. *Non siamo soli al mondo*, Torino, Bollati Boringhieri, 2003).

NATHAN, T. “Le mort et son représentant”, in Nathan, T. e Dagognet, F., *La mort vue autrement*, Paris, Institut Synthélabo, 1999, pp. 99-132.

NATHAN, T. e CLÉMENT, C., *Le Divan et le Grigri*, Paris, Odile Jacob, 1998.

NATHAN, T. e GRANDSARD, C., “Disturbi da stress post-traumatico e disturbi da spavento: ripensare al trauma da una prospettiva etnopsichiatrica”, *Il Vaso di Pandora*, vol. XIX, 3, 2011, pp. 31-55.

NATHAN, T. e HOUNKPATIN, L., *La parole de la forêt initiale*, Paris, Odile Jacob, 1996.

NATHAN, T. e LEWERTOWSKI, C., *Soigner. Le virus et le fétiche*, Paris, Odile Jacob, 1998.

NATHAN, T. e de PURY, S., “Parole publique, parole qui engage”, in *La conversation. Un art de l'instant*, 182, 1999, Ed. Autrement, pp. 151-168.

NATHAN, T. e STENGERS, I., *Médecins et Sorciers*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 1995 (trad. it. *Medici e stregoni*, Torino, Bollati Boringhieri, 1996).

NATHAN, T. e SWERTVAEGHER, J.-L., *Sortir d'une secte*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, Seuil, 2003.

OCHS, E., e SCHIEFFELIN, B. B., “Language Acquisition and Socialization: Three Developmental Stories and Their Implications”, in Schweder, R. e Levine, R. A. (a cura di) *Culture Theory: Essays on Mind, Self, and Emotion*, Cambridge, Cambridge University Press, 1984, pp. 276-320.

—, “The Impact of Language Socialization on Grammatical Development” in Fletcher, P. e MacWhinney, B. (a cura di) *The Handbook of Child Language*, Oxford, Blackwell, 1995, pp. 73-94.

ONDONGH-ESSALT, E., “Voyage à travers la peau (introduction à l'étude des "enveloppes culturelles")”, in *L'Exil et la chute. Approche ethnopsychanalytique des moments de crise chez les migrants*, «Cahiers de l'UFR de Bobigny», 1988, 41, pp. 21-68.

—, “Enfant ancêtre, enfant voyage, la psychopathologie d'un enfant comme seul signe de la difficulté d'adaptation d'une famille de migrants”, *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, 1987, n. 8/9, pp. 181-192.

ONDONGH-ESSALT, E. e FLOT, C., “Ethnopsychiatrie communautaire”, *RIETEC*, 1, 1998, pp. 37-73.

ORTIGUES, M. C. e ORTIGUES, E., *Oedipe africain*, Paris, Plon, 1966.

PERRINO, S.M., "Intimate Hierarchies and Qur'anic Saliva (Tëfli): Textuality in a Senegalese Ethnomedical Encounter", in *Journal of Linguistic Anthropology*, 12 (2), 2002, pp. 225-259.

PIGNARRE, P., *Les deux médecines*, Paris, La Découverte, 1994.

—, "L'effet placebo n'existe pas !", *Ethnopsy. Les mondes contemporaines de la guérison*, 3, 2001.

PIRO, S., *Il linguaggio schizofrenico*, Milano, Feltrinelli, 1967.

PLANHOL (de), X., *Minorités en Islam. Géographie politique et sociale*, Paris, Flammarion, 1997.

POUTIGNAT, P. e STREIFF-FENART, J., *Teorie dell'etnicità*, Milano, Mursia, 2000 [1995].

PURY (de), S., "Le concept de dedans et celui de dehors en nahuatl: analyse ethnolinguistique", *Cliniques nomades, Nouvelle Revue d'Éthnopsychiatrie*, 13, 1989, pp. 215-228.

—, "Mais, où est donc la mère? Brève note sur l'étymologie de l'expression «langue maternelle»", *Traduction et psychothérapie, Nouvelle Revue d'Éthnopsychiatrie*, n. 25/26, 1994a, pp. 187-195.

—, *Traité du malentendu. Théorie et pratique de la médiation interculturelle en situation clinique*, Paris, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond, 1998.

—, "Le problème de la vision du monde", *Ethnopsy. Les mondes contemporaines de la guérison*, 4, 2002.

PURY (de), S. et al., "Traduire en folie. Discussion linguistique", *Traduction et psychothérapie, Nouvelle Revue d'Éthnopsychiatrie*, 25/26, 1994b, pp. 13-46.

RASTIER, F., *Arts et sciences du texte*, Paris, P.U.F., 2001.

RICOEUR, P., *Du texte à l'action*, Paris, Seuil, 1986.

—, P., *Tradurre l'intraducibile. Sulla traduzione*, Città del Vaticano, Urbaniana University Press, 2008.

ROSSI MONTI, M., "Disforia e condotte suicidarie nel borderline", *Psichiatria e Psicoterapia Analitica*, 19, 2, 2000, pp. 156-162.

ROSSO, C., INGLESE, S. et al., "La stregoneria antropofagica in Senegal. Un modello culturale dell'esperienza di influenzamento", *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CIX, 1985(a), pp. 3-5.

—, "Psicoterapia e magia in Senegal: un'esperienza sul campo", in *Atti XXXVI Congresso Naz.le S.I.P.*, Milano, 1985(b).

ROUGH, J., *La religion et la magie Songhay*, Bruxelles, Editions de l'Université de Bruxelles, 1989.

SANTIAGO-RIVERA, A. L. e ALTARRIBA, J., "The Role of Language in Therapy with the Spanish-English Bilingual Client", *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 33, 1, 2002, pp. 30-38.

SAUSSURE (de), F., *Cours de linguistique générale*, Paris, Payot, 1922 (trad. it. *Corso di linguistica generale*, Bari, Editori Laterza, 1993 [1967]).

—, *Ecrits de linguistique générale*, Paris, Gallimard, 2002.

SCHIRRIPA, P. "Identità come nucleo profondo della persona", *I Fogli di Oriss*, 6, 1996, pp. 137-148.

SIMON, B., *Mind and Madness in Ancient Greece. The Classical Roots of Modern Psychiatry*, London, Cornell University Press, 1978.

SIRONI, F., *Psychopathologie des violences collectives*, Paris, Odile Jacob, 2007.

SOLANO, L., *Tra mente e corpo*, Milano, Cortina, 2001

SOURDEL, J. e SOURDEL, D., *Dictionnaire historique de l'Islam*, Paris, P.U.F., 1996.

SOW, I., *Psychiatrie dynamique africaine*, Paris, Payot, 1977.

SPITULNIK, D., "The language of the City: Town Bemba as Urban Hybridity", *Journal of Linguistic Anthropology*, 8 (1), 1998, pp. 30-59.

STEINER, G., *After Babel. Aspects of Language and Translation*, New York, Oxford University Press, 1975 (trad. it. *Dopo Babele. Aspetti del linguaggio e della traduzione*, Milano, Garzanti, ed. riv., 2003).

STENGERS I., *La volonté de faire science*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 1992.

—, *L'invenzione delle scienze moderne*, Roma-Bari, Laterza, 1993.

STITOU, R., "L'intraduisibile et la plurilingue dans leurs effets de parole", *Psychopathologie africaine*, XXXIV, 1, 2007-2008, pp. 3-22.

SURYANI L.K. e JENSEN G.D., *Trance and Possession in Bali. A Window on Western Multiple Personality, Possession Disorder, and Suicide*, New York, Oxford University Press, 1993.

SWIGART, L., "The limits of Legitimacy: Language Ideology and Shift in Contemporary Senegal", *Journal of Linguistic Anthropology*, 10 (1), 2000, pp. 90-130.



- TAMBIAH S., *Culture, Thought and Social Action. An Anthropological Perspective*, Cambridge, Harvard University Press, 1984 (trad. it. *Rituali e culture*, Bologna, Il Mulino, 1995).
- TEMKIN, O., *The Falling Sickness. A History of Epilepsy from Greeks to the Beginnings of Modern Neurology*, Baltimore-London, The Johns Hopkins Press, 1971 [1945].
- THIERRY de CRUSSOL des EPESSE, B., *La psychiatrie, médiévale persane. La maladie mentale dans la tradition médicale persane*, Paris, Berlin, Heidelberg, New York, Springer-Verlag, 2010.
- THOMAS, L.-V., "Vie et mort en Afrique. Introduction à l'ethnothanatologie" [1972], in *Les chairs de la mort*, Paris, Institut d'édition Sanofi-Synthélabo, 2000.
- , "Le double, la mort et l'ensevelissement en Afrique noire traditionnelle" [1977], in *Les chairs de la mort*, Paris, Institut d'édition Sanofi-Synthélabo, 2000.
- VIDAL, L., *Le silence et le sens*, Paris, Anthropos-Economica, 1996.
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J.H. e JACKSON, D.D., *Pragmatic of Human Condition. A Study of Interactional Pattern, Pathologies, and Paradoxes*, New York, W.W. Norton & Co., 1967 (tr. it. *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*, Roma, Astrolabio-Ubaldini Ed., 1971).
- WESTERMARCK E., *Rituals and Beliefs in Morocco*, London, Macmillan and Co., 1926.
- WILHELM, K., "Pensieri e parole", *Mente & Cervello*, anno IX, 82, ottobre 2011, pp. 34-41.
- WOOLARD, K.A., "Simultaneity and Bivalency as Strategies in Bilingualism", *Journal of Linguistic Anthropology*, 8 (1), 1998, pp. 3-29.
- YAHYAOU, Abdessalem, *Troubles du langage et de la filiation chez le maghrebin de la deuxième génération*, Grenoble, La Pensée Sauvage, 1988.
- ZEMPLÉNI, A., "L'enfant *nit-ku-bon*. Un tableau psychopathologique traditionnel chez les Wolof et les Lébou du Sénégal", in *Psychopathologie africaine*, I, 3, 1965, pp. 329-441.
- , "La dimension thérapeutique du culte des Rab. Ndöp, Tuuru et Samp, rites de possession chez les Lébou et les Wolof", in *Psychopathologie africaine*, II, 3, 1966, pp. 295-439.
- ZEMPLÉNI A., *L'interprétation et la thérapie traditionnelles du désordre mental chez les Wolof et les Lebou du Sénégal*, Tesi di dottorato, 1968.
- , "Henry Collomb et l'école de Dakar", in *Perspective et Santé*, 30, 1984, pp. 69-75.
- , "Particularités du secret sidéen", comunicazione al seminario dell'IREMA *Silence et addictions*, presso l'Institut Curie di Parigi, il 26 e 27 novembre 1999.
- , "Les assemblées secrètes du Poro sénoufo (Nafara, Côte d'Ivoire)", in Detienne, M. (a cura di), *Qui veut prendre la parole?*, Paris, Seuil, 2003.

—, “Elementi di psicopatologia wolof-lebou: disturbi mentali e stregoneria”, in Attenasio, L., Casadei, F., Inglese, S. e Ugolini, O., *La cura degli altri. Seminari di etnopsichiatria*, Roma, Armando, 2005.

—, *La petite voix et la voix volée des Sénoufo*, dattiloscritto non pubblicato.