



## ARTICOLO ORIGINALE

### SCENARI DI SALUTE MENTALE: MIGRAZIONI INTERNAZIONALI E GENERAZIONI DISCENDENTI

Salvatore Inglese<sup>1</sup>, Giuseppe Cardamone<sup>2</sup>, Giuseppe David Inglese<sup>3</sup>, Sergio Zorzetto<sup>4</sup>

ISSN: 2283-8961

#### Abstract

La fuga forzata di individui, famiglie, gruppi e popolazioni provenienti da *paesi pericolosi* verso l'Europa è il principale fattore di *stress* che causa disturbi mentali. Le descrizioni della sofferenza variano in funzione delle culture e gli operatori sanitari europei sperimentano varie difficoltà a comunicare con i nuovi pazienti. Questo articolo fornisce un quadro teorico e tecnico della pratica clinica etnopsichiatrica nel contesto italiano di assistenza. Per gli operatori sanitari che lavorano in un ambito clinico multiculturale è cruciale la traduzione linguistica al fine di migliorare gli interventi diagnostici e terapeutici. Le incomprensioni possono anche sorgere quando medici, operatori sociali e pazienti parlano la stessa lingua, ma non condividono il medesimo patrimonio culturale, come accade nel caso dei discendenti più giovani dei migranti internazionali. La situazione è complicata dal fatto che tali generazioni non riescono a raggiungere un'integrazione sociale funzionale né nella società europea né in quelle di provenienza a causa di molti fattori economici e ideologici (es. disoccupazione, lotta politica, scontro religioso, differenze di genere, stili di vita antagonisti).

*The forced drift of individuals, families, groups and populations from dangerous countries to Europe is the principal stressor that cause mental disorders. Descriptions of pain vary*

<sup>1</sup> Medico Chirurgo, Specialista in psichiatria, BD Filosofia e storia

<sup>2</sup> Medico Chirurgo, Specialista in psichiatria, Direttore DSM Azienda USL9 Grosseto

<sup>3</sup> Psicologo, Specializzando in psicoterapia fenomenologico-dinamica

<sup>4</sup> Psicologo e psicoterapeuta, PhD in Antropologia

*according to cultures and European health professionals experience difficulties to get a clear communication with their new patients. This article gives a theoretical and technical outline of the ethnopsychiatric clinical practice in the Italian healing context. For health professionals working in multicultural clinical settings is crucial the issue of linguistic translation in order to improve diagnostic and therapeutic interventions. Misunderstandings may even arise when clinicians or social workers and patients speak the same language but they don't share the same culture background. Is the case of the youngest descendants of international migrants. To worsen the situation the latters can't achieve their social integration in both European and original societies for many economic and ideological factors (i.e. unemployment, political struggle, religious clash, gender differences, antagonistic life styles).*

**Key words:** Etnopsichiatria, Cultura, Traduzione, Clinica transculturale, Generazioni discendenti, Migrazioni internazionali.

*Ethnopsychiatry, Culture, Translation, Transcultural medicine, Immigrants descendants, International migration*

## **Introduzione**

Queste riflessioni intendono contribuire alla costruzione di una metodologia clinica e sociale con cui stabilire interazioni positive ed efficaci tra i sistemi dedicati alla salute mentale, pubblici o del privato-sociale, e le generazioni discendenti dai migranti internazionali.

La presa in carico assistenziale di queste discendenze, minacciate dal disordine clinico e dalla disintegrazione sociale, richiede lo sviluppo di una spiccata sensibilità culturale all'interno dei servizi verso cui si indirizzano le ineludibili domande di salute mentale e adattamento socioculturale avanzate, più in generale, dalle popolazioni in migrazione libera o forzata (Inglese, Zorzetto, Cardamone, 2014). Qui sosteniamo la diffusione di tale sensibilità illustrando alcune tendenze del dibattito scientifico sulla *cultura*, costruito etnoantropologico strategico enfatizzato, negletto o criticato fino al punto di essere stigmatizzato quale entità fittizia e fallace dei processi di identificazione psicologica e culturale degli esseri umani socializzati (Clifford, Marcus, 1991; Geertz, 1999; Inglese, Gualtieri, 2014). Il nostro contributo si rivolge alle implicazioni etnografiche ed etnologiche della *Cultura* (generale; Devereux, 2007) e delle *culture*

(specifiche, Zempléni, 1968), proprio quando esse scaturiscono dal peculiare contesto interattivo elicitato dall'incontro clinico con i migranti (Da Prato et al., 2007; Inglese, 2005a; Nathan, 1996; Zorzetto, 2010).

### **Antropo/logiche**

Il concetto di cultura prova a spiegare le caratteristiche e le funzioni di una proprietà materiale e immateriale dei gruppi umani associati che si addensa negli individui come una sorta di costituzione sostanziale. Ogni cultura umana si ripartisce su un territorio geopolitico che, in forza di ciò, diventa *geoculturale* demarcando gli spazi fisici e giuridici di soggettività individuali e collettive che, oltre a possederla come qualità necessaria, ne vengono posseduti (Appadurai, 2001; Inglese, Cardamone, 2010). La cultura sarebbe pertanto un attributo o, addirittura, un organo funzionale osservabile e descrivibile, in grado di emanare dal suo nucleo radiante una variegata, finanche prevedibile, teoria di flussi comportamentali, correnti emozionali, tracciati cognitivi, movimenti ideologici. La curvatura epistemologica del dibattito antropologico contemporaneo lamenta le distorsioni di una simile concettualizzazione che rimuoverebbe l'importanza delle logiche di potere politico (coloniale e postcoloniale) e sarebbe incapace di cogliere la natura *meticciasca* della sua strutturazione e funzionamento (Amselle, 1999; Coppo, 1998). Inoltre, il riesame critico di tale costruito esalta il suo *divenire*, piuttosto che la fissità atemporale del suo *essere*, fino a individuarne le trame relazionali "aperte" (dinamica transfrontaliera) e relegando sullo sfondo i suoi possibili aspetti strutturali "chiusi" (statica territoriale). In questo modo, il concetto di cultura diventa il contesto generativo di sistemi dinamici sempre lontani dall'equilibrio (evolutivi ed eteronomi) che rimpiazzano gli insiemi viventi delimitati e omeostatici (conservativi e autonomi; Inglese, 2016a).

Questo cambiamento di prospettiva critica ed epistemologica è interno alle discipline antropologiche ma è stato condizionato dalle trasformazioni imposte dalla globalizzazione e dai nuovi fenomeni migratori che l'hanno accompagnata su scala planetaria e di massa all'interno del *triplice* mondo, costituito dall'universo fisico, da quello storico-antropologico e dalla cosiddetta *infosfera* ormai tendenzialmente post-umana (Bibeau, 1997; Cardamone, 1997; Guattari, 1992; Perniola, 2010). I mutamenti del concetto di cultura interrogano le discipline cliniche e quelle della salute mentale

perché negli scenari contemporanei della cura si presentano almeno due ordini di problemi: 1) le “linee guida” che una cultura specifica detta ai propri appartenenti diventano sempre più composite, mutevoli, sfocate e contraddittorie (Inglese, 1997a, 2016b; Inglese, Gualtieri, 2014); 2) la trasmissione culturale non segue più soltanto una direzione storico-naturale “verticale”, *transgenerazionale* (dagli antenati agli ascendenti, quindi ai discendenti), esaurendosi all’interno dei singoli gruppi in quanto insiemi discreti e impermeabili alle influenze allogene. Essa si propaga lungo una rete “orizzontale” (*interculturale* e *internazionale*) in grado di spiegare lo sfasamento socioculturale e psicologico, emergente in un momento dato, a carico di tutte le generazioni esistenti in contesti di vita tra loro correlati o interagenti (*discronia*, *eterocronia*; Inglese, 1997b).

### **Sindromi transculturali: traduzione e interpretazione clinica**

Affiancando a questa prima prospettiva esplicativa quella che, in parallelo, affronta le problematiche di salute mentale e della presa in carico clinico-sociale delle popolazioni migranti, avanziamo le seguenti osservazioni.

Le cure fornite agli immigrati e alle minoranze etniche non sono qualitativamente comparabili a quelle fornite ai pazienti del gruppo di maggioranza a causa di insormontabili difficoltà di accesso all’assistenza. Questa viene frequentemente erogata al culmine di emergenze cliniche o in esecuzione di ordinanze di trattamento coercitivo innescate da criticità giuridico-amministrative conseguenti a difficoltà linguistiche o discriminazioni istituzionali (Zorzetto, 2016a; Zorzetto, Cardamone, Inglese, 2016). Un accesso mancato o difficoltoso ai presidi sanitari può dipendere anche dall’autodeterminazione del migrante, influenzata da fattori culturali che lo inducono a valutazioni della malattia e della cura divergenti da quelle dominanti nella società adottiva. Questa selezione culturalmente ordinata impone al sistema clinico di conoscere le determinanti antropologiche che intervengono nel processo patologico e nella risposta assistenziale alla problematica clinica. La conoscenza dell’universo culturale del paziente dovrebbe aiutare a codificare diagnosi affidabili e allacciare una relazione terapeutica valida ed efficace (Qureshi et al., 2008). Anche se la dimensione culturale viene considerata parte qualificante e dirimente del processo diagnostico, essa costituisce un elemento critico permanente nel conferire un’assegnazione

nosografica a sintomi di apparenza psicopatologica e comprenderne il rapporto con le espressioni culturalmente specifiche della sofferenza mentale (es., *Culture-bound Syndromes - CBS*; Inglese, 2012).

Nelle interazioni transculturali la comprensione psicopatologica passa necessariamente attraverso un peculiare processo traduttivo dove si coniugano in modo simultaneo e conflittuale l'essere e il divenire del paziente, del sistema clinico e del disordine psicopatologico. La traduzione vivente che interviene nell'istante clinico può svolgersi grazie a un interprete qualificato ma viene attivata anche quando il paziente si cimenta in un'impresa autotraduttiva della propria *lingua matrice*, oppure di quella *veicolare* impiegata nel mondo di provenienza o in quello adottivo e temporaneo in cui è costretto a manifestarsi quale soggetto problematico (Casadei, Festi, Inglese, 2005). In questi casi il locutore sofferente si impegna a dire in una lingua estranea ciò che pensa e vive nel codice logico-formale dei propri idiomi (spesso più di uno contemporaneamente operativo nella stessa persona), del tutto ignoti ai clinici e sui quali questi ultimi non possono esercitare nessun controllo diretto e competente. In generale, la traduzione interattiva impone una distanza fra la comunicazione comprensibile per il *clinico* (prodotta dall'*interprete*) e quanto vissuto, pensato e agito dal *paziente* (soggetto locutore). Questo intervallo fisico, mentale, culturale e sociorelazionale permane durante il processo di traslazione comunicativa sia quando l'offerta di significati comprensibili interviene quale esito felice del lavoro di un interprete, sia quando è prodotta da un'impresa di autotraduzione che promuove il paziente a mediatore linguistico del proprio pensiero. Nelle varie configurazioni di rapporto traduttivo la distanza incolmabile è interposta tra le lingue, ovvero tra i mondi da esse codificati, prima ancora che tra le persone (Casadei, Inglese, 2011; De Pury, 1998). La clinica etnopsichiatrica è saturata dalla dinamica linguistica che obbliga a interrogare il codice comunicativo di un mondo culturale determinato, ovvero a discutere sul modo di funzionamento di una specifica lingua e su come essa generi entità effettive nell'esperienza vissuta da un paziente altrettanto specifico, prodotto elettivo di un mondo storicamente determinato (Inglese, 2009). Gli esempi materiali di questa realtà sono ricorrenti all'interno del contesto clinico transculturale.

Ad esempio, una paziente dell'Africa periequatoriale riferisce la propria esperienza traumatica interpretandola come un vissuto di devalorizzazione radicale e irreversibile, mentre nella propria lingua matrice ricodifica questa stessa esperienza come

asservimento personale a entità immateriali in funzione persecutoria (“spiriti cattivi”). Questa divergenza semantica tra le comunicazioni di una stessa esperienza in lingue diverse (lingua matrice; lingua veicolare) rinvia alla necessità di seguire il processo di significazione lungo due assi non necessariamente sovrapponibili su un tronco comune. La perdita di valore della persona, che risuona nella lingua veicolare, rinvia all’architettura complessa degli scambi matrimoniali, ovvero delle loro forme giuridiche convenzionali e tradizionali. La sopraffazione sessuale subita dalla donna non si esaurisce nel deprezzamento della persona ma si complica con la ritorsione punitiva da parte di forze invisibili (la cui esistenza viene comunicata nella lingua matrice della paziente) che minacciano la sua salute mentale consegnandola a una forma di follia incurabile (De Heusch, 1986). La risposta difensiva a questa doppia aggressione - sociale (perpetrata da esseri umani avidi, ostili e abusanti) e spirituale (lanciata da esseri invisibili, altrettanto aggressivi e violenti) - consiste nella professione zelante della religione monoteista di appartenenza. In questo esempio le lingue esprimono la loro irriducibile differenza, contrapponendo alla problematica interna prodotta dall’evento traumatico (autosvalutazione) quella relazionale (nei confronti di esseri umani e non umani), innescata da una violazione contrattuale (patto matrimoniale) e sanzionata da una sintomatologia coerente con l’ideologia culturale della paziente (persecuzione da spiriti malvagi; Zorzetto, 2016b).

Queste considerazioni possono essere estese al lavoro clinico con le generazioni discendenti (cosiddette *seconde e terze generazioni* in migrazione persistente) o per i minori migranti non accompagnati, privi di un riferimento parentale o che tentano di raggiungere i genitori nonostante la loro fragile età. Anche in questi casi, i clinici pongono attenzione quasi esclusiva agli elementi del quadro sintomatologico o alle modalità di presentazione del giovane paziente in sintonia con la propria teoria professionale, ispirata a una concezione del mondo e della persona inesistente nel mondo originario degli stranieri sofferenti. Il clinico viene attratto da un’analogia approssimativa, amplificata in modo da trasfigurare un’affinità casuale non significativa in una corrispondenza identitaria (ripetizione dell’identico) in modo da ottenere una (pseudo)conferma dell’ubiquitarietà e validità delle proprie teorie, tecniche e visioni del mondo, scotomizzando le divergenze soggiacenti a questa prima approssimazione fenomenica (Inglese, Gualtieri, 2015a, 2015b).

Più in dettaglio, la lingua genera tranquillità e conforto quando il paziente in età evolutiva padroneggia la lingua adottiva. Questi casi attivano i problemi dell'autotraduzione che, in situazione di bilinguismo perfetto, producono pur sempre uno scarto semantico ed ermeneutico fra quanto può essere detto nella lingua originaria (matrice, veicolare) e quello esprimibile nella nuova lingua acquisita (adottiva). Il paziente deve far dialogare mondi diversi e, grazie a questo, genera un universo multiplo (*multiverso*) non sussistente prima della connessione interlinguistica eseguita in prima persona. Invece, se il giovane paziente comprende approssimativamente, non ha appreso o ha dimenticato la propria lingua originaria si determina l'estraneità della lingua adottiva ai vissuti esperiti nel mondo di provenienza. Questa dinamica crea vuoti, forse addirittura fratture di espressione e significato in grado di sprigionare un effetto patogeno, già sussistente quando il processo autotraduttivo si inceppa o diventa impossibile.

L'antropologia medica e la psichiatria transculturale raccomandano ai clinici l'apprendimento delle espressioni linguistiche e dei segni culturali che veicolano il disagio somatico, mentale e sociale dei pazienti allogeni. Lingue e simboli circolanti nello spazio sociale rappresentano gli elementi tangibili delle concezioni su corpo, persona e malattie elaborate dai gruppi umani a ogni latitudine (Kleinman, 1987; Quaranta, Ricca, 2012). Ad esempio, un paziente africano ricorre a una peculiare espressione idiomatica della propria lingua matrice. L'interprete traduce e ricodifica l'espressione cercando di aderire al modello nosologico del clinico occidentale ("vuol dire: *stress!!!*") ma, per eccesso di adesione mimetica alla lingua adottiva, fa perdere il senso della parola originaria (traducibile, invece, come "*pensare troppo*") che, a sua volta, si ricollega a una catena associativa in grado di rilevare l'esistenza di un'ideazione distonica (tendenzialmente delirante) rispetto all'origine culturale del paziente. Nei casi di massima singolarità semiologica e semantica della lingua del paziente bisogna invitare l'interprete mediatore a muoversi nel labirinto dei segni comunicativi seguendo la via *più lunga ed esterna* al nucleo di significato presunto. Ovviamente, non si tratta solo di scoraggiare le traduzioni dalle lingue originarie che si rivelino subalterne al codice interpretativo del clinico occidentale. Si deve, piuttosto, dimostrare puntualmente al sistema clinico stesso, potenziato dall'interpretariato e in presenza del paziente problematico, oltre che dei suoi rappresentanti, l'intero ventaglio dei significati possibili emergenti dalle modulazioni in atto delle traduzioni in tempo reale. A proposito: si deve ritornare sulla traduzione preferita provvisoriamente dopo

averne esplorato la congruenza, la compatibilità e la verosimiglianza anche ricorrendo a ricerche di archivio (filologia, etimologia) o ad altri pareri linguisticamente competenti finanche provenienti da mondi diversi da quelli del paziente (Inglese, 2009).

Il *medium* linguistico, in quanto principale oggetto culturale messo in circolazione nello scambio clinico, viene finalizzato alla comprensione psicopatologica grazie all'analisi sistematica della pertinenza culturale delle categorie diagnostiche utilizzate. In realtà, allo stato delle conoscenze attuali, questo processo analitico avviene per approssimazioni successive poiché sono ignote o malamente conosciute le nosologie e le nosografie delle culture di provenienza della maggioranza dei pazienti. La traduzione clinica in atto pone immediatamente il problema relativo alla comparazione fra la nosografia psichiatrica occidentale e le sindromi culturalmente ordinate e codificate (CBS) che permette una ponderazione più esatta del ruolo esercitato dai fattori culturali in ogni fase del disordine psicopatologico (Devereux, 2007; Inglese, 2010, 2012; Zorzetto, 2010).

## Storie

Il processo diagnostico e la relazione terapeutica richiedono la *presentificazione* del mondo di provenienza del paziente oltre a quella dei mondi da lui attraversati e che esercitano un'influenza diretta o indiretta sulla sua realtà socioculturale d'origine (Nathan, 1995; 1996). Questo *lavoro di convocazione* impone il confronto con elementi culturali ed eventi della storia collettiva che suscitano sempre reazioni ambivalenti nell'operatore (*controtransfert culturale*: fascinazione, rigetto, eccesso di realismo, fantasie dereistiche; Devereux, 1984, 1998; Nathan, Zajde, 2012; Sironi, 2007). La ricerca dei fattori che determinano le modalità dell'esistenza psicopatologica dei pazienti stranieri implica un viaggio ascensionale il cui punto più elevato coincide con una consapevolezza storica complessiva sugli eventi patogeni risultanti dall'incontro, dallo scambio e dal conflitto tra le realtà culturali di partenza, intermedie e di arrivo. Tale coscienza deve rivolgersi anche alle strategie di azione e di ricerca perseguite dalle discipline occidentali per comprendere natura, ruolo ed effetti di simili eventi (Collomb, 1966; Coppo, 1993; de Martino, 2007; Devereux, 1996; Fanon, 2007; Moro, 2002; Murphy, 1982; Nathan, 1995; Risso e Böker, 1992).



Lungo questo percorso storico la pratica clinica transculturale si è modificata progressivamente, passando da clinici e ricercatori esperti su un particolare gruppo o area culturale - ma capaci anche di elaborare teorie e metodologie risultanti dalla connessione tra antropologia, psicopatologia, psicoanalisi - a gruppi multidisciplinari impegnati in un territorio extraoccidentale caratterizzato da ingenti e attive risorse terapeutiche locali. Questi gruppi si impegnano in una ricerca antropologica su sistemi di cura, concezioni della salute e della malattia, modelli educativi. Infine, ma ormai da quasi trent'anni, si arriva a gruppi multiprofessionali che intercettano clinicamente nelle stazioni occidentali di arrivo le particelle in movimento libero e imprevedibile della diaspora planetaria, imposta dalla globalizzazione all'insieme delle società umane ormai in transito e in fuga, dislocate dal *caso*, dalla *necessità* e dall'*intenzionalità* di gruppo in un *altrove geoculturale impermanente* (Inglese, 2005b). Nell'ambito di questa processualità storica, sono maturate alcune traiettorie di ricerca: 1) sulla validità ubiquitaria delle categorie diagnostiche della psichiatria anche quando essa registra l'assenza di alcune forme psicopatologiche in alcuni contesti o in una fase storica precisa; 2) sulle sindromi culturalmente caratterizzate (*ordinate*) e sul loro adeguamento ai *cluster* sintomatologici della nosografia ordinaria; 3) sul ruolo della migrazione nell'eziopatogenesi dei disturbi mentali: oscillazione fra un approccio *sociologico* (migrazione come *life event* stressante) e uno *antropologico* (migrazione come perturbazione, ma senza effettiva interruzione della plasmazione culturale di singoli e gruppi). In questa seconda declinazione, si evidenzia la possibilità che i clinici occidentali osservino configurazioni bizzarre (*esotiche*) della sofferenza e dei sistemi terapeutici provenienti dai paesi d'origine e deformati dall'esperienza del trasferimento geoculturale in atto (Inglese, 2011).

### **Ideo/logiche**

L'incontro con l'alterità non è un evento storico poiché si radica in un contesto sociopolitico che determina identità, funzione e teleologia delle soggettività definibili come *Noi* e gli *Altri*, insieme alla loro relazione nell'ambito dei *rapporti di potere* che concorrono a formare e definire quel contesto (Foucault, 2004; Inglese, 2005). Questo radicamento influenza l'elaborazione teorica espressa nei domini disciplinari della psicologia o della psicopatologia intorno alla natura dell'essere umano, storicamente e culturalmente determinato ben oltre il suo determinismo biologico (Bastide, 1962).

Queste elaborazioni si distribuiscono nel tempo senza eliminare quelle precedenti sulle quali si stratificano.

Durante l'epoca colonialista si assiste a uno sforzo armato di legittimazione delle politiche imperialistiche europee e di asservimento di altri popoli e territori. Il rapporto Noi/Altri guadagna una valenza antagonistica già quando tali soggettività collettive devono esprimersi, rispettivamente, sull'umanità effettiva dell'altra, attribuendole con paura e disprezzo una natura animale, diabolica o atavica da cui non può scaturire nessuna scintilla di civiltà. Su questa linea tesa nell'arco di alcuni secoli, il sapere scientifico sancisce l'inferiorità dell'Altro sul piano biologico, psicologico e culturale (Lévi-Strauss, 2010). Secondo questa concezione anche la malattia mentale esprimerebbe tale subalternità di natura laddove, ad esempio, l'assenza effettiva o presunta del *sensu di colpa* in un quadro melanconico riconosce la sua causa nell'anestesia morale dei membri di una società primitiva a cui si dovrebbe rifiutare l'annessione *di natura* e, soprattutto, *di diritto* al genere umano (Cardamone, Zorzetto, 2000; Inglese, Zorzetto, Cardamone, 2010). Questa realtà secolare è stata appena scalfita, nel corso di un'esaltante stagione di critica emancipativa, da saperi progressivi che hanno riscattato le differenze delle logiche cognitive dei vari popoli, capaci di elevarsi a sistemi ideologici complessi e alternativi a quelli espressi dai colonizzatori orientali e occidentali. Il senso e la forza dei saperi locali non sono ancora adeguatamente esaminati dalla scienza occidentale ancorché essi si cimentino con le più grandi questioni cosmologiche (Dogon: Griaule, Dieterlen, 1996), filosofiche (Bantu: Temples, 2013), comportamentali (Mohave: Devereux, 1996) che attanagliano l'umanità planetaria.

Nella fase postcoloniale, il problema strategico diventa la costruzione di uno stato nazionale indipendente, influenzato o gravato dall'eredità coloniale relativa alle politiche di classificazione sociodemografica e giuridica dei gruppi umani (Appadurai, 2001; Dozon, 2013). Tale questione interna al paese liberato dal giogo coloniale incrocia quella internazionale emergente alla fine della Seconda guerra mondiale (scisma e antagonismo dei blocchi USA-URSS) per cui la legittimazione di uno stato nazionale indipendente, ma obbligato a schierarsi entro una zona di influenza, riconferma quella dell'assetto bipolare del mondo (Colombo, 2010). A livello locale si giocano gli esiti dello scontro fra le due potenze mondiali e quelli fra modelli alternativi e antagonisti di società, o nella forma del conflitto civile interno fra fazioni

politiche opposte (a loro volta subordinate alla potenza di riferimento) o in quella della rivalità fra modelli ideologici di accesso alla modernità irriducibilmente contrapposti. Il contrasto ideologico è orizzontale (modernità socialista vs modernità capitalista) e verticale (modernità vs tradizione). La funzione della “tradizione” è gravata da estrema ambivalenza perché può essere assunta come: a) ostacolo alla modernità; b) fondazione necessaria per la costruzione dell’unità nazionale di uno stato; c) coacervo di credenze irrazionali; d) tesoro culturale da preservare e coltivare da parte di un gruppo sociale, di un popolo o di una nazione per garantire la sussistenza della propria identità collettiva, professare una religione condivisa o esercitare una *medicina tradizionale* efficace (Bastide, 1971; Brivio, 2012; Cardamone, Schirripa, 1994). Lo scontro bipolare si declina anche come conflitto fra strategie alternative di sviluppo economico che si proiettano su scala mondiale e alimentano i flussi migratori da ricerca di lavoro e fuga dall’indigenza materiale o dalla miseria sociale. Lo sviluppo diseguale divarica il Nord dal Sud del mondo e alimenta le migrazioni internazionali in quanto fenomeni essenzialmente economici e materiali. Il migrante appare sul mercato mondiale come forza-lavoro: *corpo assoggettato* al dispotismo economico finalizzato alla produzione di profitti, ma senza distribuzione necessaria di maggiori diritti; *soma soccombente* alla terminalità cruenta e muta di una *morte bianca* (Di Donato, 2011; Inglese, 1988; Zorzetto et al., 2016). L’alterità dello straniero salariato consiste nella sua miseria totalizzante e si deforma nella maschera grottesca della *sinistrosi*, esito psicotraumatico dell’infortunio professionale (Inglese, Cardamone, Da Prato, 2010).

Nell’attuale fase storica, l’affermazione dell’economia capitalistica globale indebolisce il potere statale, insieme allo sfaldamento dei tentativi di costituirlo su base nazionale. Lo stato si mostra incapace di governare i flussi multidirezionali che lo attraversano (capitali, persone, ideologie), sempre meno capace di risolvere i problemi delle popolazioni che ricadono sotto la sua sovranità e maggiormente indotto a devolverne l’articolazione di governo in favore di entità sempre più astratte, inclusive e pervasive (transnazionali, sovranazionali). Si pone il problema della legittimazione di questo potere totale, solo indirettamente democratico o senza legittimazione democratica (Beck, 2014). I diritti umani sembrano costituire lo strumento ideologico utilizzato per tale legittimazione, delineando nuove contrapposizioni tra chi li rispetta e chi li viola, riconoscendo nei trasgressori connotati barbarici (Porete, Loguen, 1999). La migrazione internazionale assume i caratteri dell’espulsione di massa, gestita

nell'ottica prioritaria della protezione internazionale delle popolazioni fuggitive. In tal modo si produce una dispersione e una diversificazione dei destini individuali conseguenti al processo di ricollocazione sul territorio nazionale e alla eterogeneità geopolitica dei profughi. La loro distribuzione regionale avviene secondo modalità indipendenti dalle volontà espresse o implicite dei reietti e resta sganciata dalla capacità di assorbimento socioeconomico ed ecoculturale dei territori di destinazione transitoria o di passaggio, poiché decisa dal sistema centralizzato di accoglienza. In questo quadro, il richiedente asilo è parte individuale di una soggettività collettiva esposta a processi traumatici, esterni e cumulativi, nel paese di provenienza, in quelli di transito e di destinazione temporanea o protratta. La configurazione prototipica della sua sofferenza, condivisa da una massa crescente di persone, diventa il *Disturbo da Stress Post-Traumatico*. La comparazione fra Sinistrosi (discreta e individuale) e Disturbo post-traumatico (diffuso e collettivo) getta una luce sulle relazioni di potere in cui viene irretito il corpo nel suo imprevedibile movimento geoculturale. Nel primo caso, il corpo vivente e, ancor più, quello fantasmatico soggiacciono all'estrazione di valore vivo da parte della macchina produttiva della società di adozione. Nel secondo, l'effrazione del nucleo profondo della persona incomincia nei luoghi di partenza e prosegue, quasi senza soluzione di continuità, in tutti i contesti di accoglienza successiva poiché in ognuno di essi continua un processo inesorabile di svalutazione della persona e di inflazione del valore nominale dei traumi subiti. In tal modo il trauma si estende lungo il ciclo vitale della persona fino a identificarsi con quest'ultima che ne viene trasformata in una beanza non suturabile: l'identità individuale viene definitivamente marchiata dal trauma stesso (*tatuaggio vittimario*), fino al punto che l'evento traumatico diventa il nome con cui la persona viene individuata negli spazi affollati, finanche anonimi, dell'accoglienza e dell'assistenza.

## **Servizi**

Le problematiche di salute mentale dei migranti sono estremamente complesse e diventano ingovernabili se la leva di forza del loro trattamento è costituita solo da clinici non integrati entro un contesto operativo gruppale (multiprofessionale). La complessità problematica interviene a vari livelli: 1) varietà dei paesi di provenienza degli stranieri in movimento; 2) pluralità delle loro lingue, rese oltremodo incomprensibili dai codici proteiformi della sofferenza vissuta (*idiom of distress*); 3)

diversità dei contesti storico-politici di provenienza iniziale o attraversati durante un viaggio migratorio che può durare mesi o anni (la persona partita non è *mai più* la stessa di quella giunta a destinazione); 4) eterogeneità ed equivalenza approssimativa delle antropologie della persona, della malattia e della cura che contraddistinguono il paziente o il gruppo problematico: configurazioni ideologiche soggette a continue trasformazioni a causa di processi perturbativi locali e globali.

Nell'Occidente sviluppato esistono molti tentativi di risolvere tale complessità attraverso strumenti diagnostici standardizzati, spesso tradotti ed adattati alle lingue principali dei migranti. Ad esempio, l'*Office of Mental Health* dell'Australia Occidentale ha messo a disposizione degli operatori sanitari strumenti di valutazione tradotti in diverse lingue (es., arabo, cinese, vietnamita) per ridurre gli scarti soggettivi tra i vari professionisti (es., *Harvard Trauma Questionnaire*, *Arabic Obsessive-Compulsive Scale*, *Chinese Health Questionnaire*, *Beck Depression Inventory*, *General Health Questionnaire*, *Edinburgh Postnatal Depression Scale*). L'iniziativa australiana si riproduce a livello globale poiché la psichiatria accademica e operativa lavorano per adeguare i loro strumenti alle condizioni locali di esercizio effettivo (*real world*) dell'attività clinica e assistenziale. Iniziative e politiche istituzionali come queste appaiono comunque difficilmente sostenibili a causa della lievitazione dei loro costi diretti e indiretti, della proliferazione e dell'addensamento incessante delle lingue migranti oltre che dalla estrema e imprevedibile multiformità delle categorie diagnostiche da adeguare alle espressioni fenomeniche prevalenti o singolari del disagio mentale espresse da popolazioni vulnerabili (Miller et al., 2009). L'adeguamento linguistico non esemplifica automaticamente una pertinenza culturale delle categorie diagnostiche utilizzate e ciò comporta il rischio di errori diagnostici considerevoli che oggi producono, ad esempio, la sovrastima dei disturbi psicotici a carico dei migranti (Zandi et al., 2008, 2010, 2011). Alla luce di queste considerazioni sintetiche, i servizi di salute mentale italiani dovrebbero attrezzarsi attraverso un aumento temperato della propria complessità organizzativa e metodologica. In primo luogo, il lavoro clinico dovrebbe diventare un esercizio di gruppo non solo multidisciplinare ma, soprattutto, multiculturale e multilinguistico. Anche se il singolo operatore, insieme al suo sistema gruppale di servizio, non riuscirà a conoscere tutti i mondi specifici dei migranti, bisogna promuovere una competenza metodologica generale sull'interazione clinica con persone provenienti da altri contesti culturali e storico-politici. Tale acquisizione andrebbe fecondata con il sapere e le abilità di

nuove figure professionali (es., mediatori linguistico-culturali) e arricchita grazie all'apporto consapevole di discipline antiche che possono ritrovare una nuova ragione sociale per la loro esistenza (es., antropologia culturale e medica). Attraverso questa associazione professionale e disciplinare, il sistema clinico deve diventare esperto nella promozione e utilizzo della mediazione linguistico-culturale in modo da riuscire a connettere la sofferenza individuale con i territori remoti dei pazienti e delle loro famiglie. Questi collegamenti dovrebbero incardinare la comprensione del caso singolare al di là del suo ristretto orizzonte determinativo, in modo da ricontestualizzarlo nel quadro dei movimenti culturali cosmopoliti e delle dinamiche geopolitiche globali che puntualmente, inevitabilmente e fatalmente irrompono in modo violento nella vita di individui e gruppi umani (Sironi, 2007). Ottimizzare l'efficienza e ottenere l'esito desiderato del processo riparativo può comportare un'articolazione dei servizi *per complessità di cura*: un primo livello di risposta culturalmente competente e sensibile dovrebbe completarsi in un secondo livello specializzato, secondo le metodologie della clinica transculturale, imposto dalla situazione clinica in atto o in funzione consulenziale richiesta dai servizi generalisti privi di abilità transculturale.

Non solo, i servizi pubblici devono estendere il loro lavoro intersettoriale ai luoghi sempre nuovi e diversi della migrazione: strutture di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati o per minori stranieri non accompagnati (rifugiati o meno); spazi occupati dai migranti in modo organizzato o spontaneo ma sempre marginali ed emarginanti. Non si tratta, purtroppo, di rispondere soltanto alle richieste di intervento per singoli casi provenienti da questi bacini di raccolta, dove viene incubata una sofferenza sorda, patita da un'umanità diminuita. Bisogna piuttosto facilitare la circolazione dei saperi e delle prassi acquisite storicamente dagli operatori della salute mentale in modo che essi riescano ad esprimere un autonomo punto di vista istituzionale (pubblico: in nome e a favore del *bene comune*) sull'organizzazione e la conduzione del lavoro di accoglienza (ospitalità coniugata ad assistenza). Non avendo ancora percepito che i flussi migratori sono un *problema epocale di salute pubblica*, i servizi non hanno inteso interpretare questo compito in direzione della loro ragione storica (superamento dell'internamento diffuso e delle istituzioni totali) e della missione di salute generale iscritta nel mandato costituzionale. Quest'ultimo intende ricordare che realizzare una democrazia aperta, progressiva e compiuta implica tutelare la salute mentale collettiva senza preclusioni né discriminazioni di sesso, razza, censo, religione e *cultura*. Ci

troviamo pertanto nel punto critico in cui prendono corpo indesiderabili dispositivi di segregazione: contrappasso crudele per soggettività operative che hanno sempre propugnato lo svuotamento e il superamento delle istituzioni alienanti (Zorzetto, 2016a).

## BIBLIOGRAFIA

Amselle, J.-L., (1999). *Logiche meticce. Antropologia dell'identità in Africa e altrove*, Bollati Boringhieri, Torino.

Appadurai, A., (2001). *Modernità in polvere*, Meltemi, Roma.

Bastide, R., (1962). La nature humaine: le point de vue du sociologue et de l'ethnologue, in AA.VV., *Existence et Nature*, Les Presses universitaires de France, Paris, pp. 65-80.

Bastide, R., (1971). *Noi e gli altri*, Jaca Book, Milano.

Beck, U., (2014). *Potere e contropotere nell'età globale*, Editori Laterza, Bari.

Bibeau, G., (1997). Psichiatria culturale in un mondo in via di creolizzazione: temi per le future ricerche, *I Fogli di ORISS*, 7/8, pp. 21-63.

Brivio, A., (2012). *Il vodu in Africa. Metamorfosi di un culto*, Viella, Roma.

Cardamone, G., (1997). Profili innovativi in etnopsichiatria, *I Fogli di ORISS*, 7/8, pp. 133-137.

Cardamone G., Schirripa P., (1994). Esperienze della malattia e linguaggio del corpo nella terapeutica carismatica, *Religioni e Società*, 9, 19, pp. 39-47.

Cardamone, G., Zorzetto, S., (2000). *Salute mentale di comunità. Elementi di teoria e pratica*, Franco Angeli, Milano.

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

Casadei, F., Inglese, S., (2016). Babelogue. Lingue e processi di mediazione clinica, in S. Inglese, G. Cardamone, *Déjà vu 2.0. Laboratori critici di etnopsichiatria*, Edizioni Colibrì, Paderno Dugnano, *in press*.



Clifford, J., Marcus, G.E. (a cura di), (1991). *Rétoricas de la antropologia*, Ediciones Jucar, Madrid.

Collomb, H. (1966). Psychiatrie et cultures, *Psychopathologie africaine*, 2, pp. 259-274.

Colombo, A. (2010). *La disunità del mondo. Dopo il secolo globale*, Milano, Feltrinelli.

Coppo, P. (a cura di), (1993). *Essais de psychopathologie dogon*, Editions CRMT/PSMTM, Bandiagara.

Coppo, P. (1998). *Elementi di critica dell'antropologia occidentale*, Edizioni Colibrì, Paderno Dugnano.

Da Prato, M., Inglese, S., Alderighi, F., Casadei, F., Zorzetto, S., Bracci, F., Cardamone, G. (2007). Elementi di etnopsichiatria. Sintesi condivisa per la promozione della salute mentale comunitaria in una società multiculturale, in HARRAG, *Di clinica in lingua. Migrazioni, psicopatologia, dispositivi di cura*, Edizioni Colibrì, Paderno Dugnano, 2007, pp. 155-167.

De Heusch, L. (1986). *Le sacrifice dans les religions africaines*, Gallimard, Paris.

De Martino, E. (2007). *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo* [1948], Bollati Boringhieri, Torino.

De Pury, S. (1998). *Traité du malentendu. Théorie et pratique de la médiation interculturelle en situation clinique*, Les Empêcheurs de Penser en Ronde, Paris.

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

Devereux, G., (1996). *Ethnopsychiatrie des indiens Mohaves*, Les Empêcheurs de Penser en Rond, Paris.

Devereux, G., (1998). *Psychothérapie d'un Indien des Plaines*, Fayard, Paris.

Devereux, G. (2007). *Saggi di etnopsichiatria generale*, Editore Armando, Roma.

Di Donato, P. (2011). *Cristo fra i muratori*, Textus edizioni, L'Aquila.

- Dozon, J.-P. (2013). *L'Africa tra Dio e il diavolo. Stati, etnie e religioni*, Liguori Editore, Napoli.
- Fanon, F. (2007). *Scritti politici. L'anno V della rivoluzione algerina*, Deriveapprodi, Roma.
- Foucault, M. (2004). *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France, 1977-1978*, Gallimard, Paris.
- Geertz, C. (1999). *Mondo globale, mondi locali. Cultura e politica alla fine del ventesimo secolo*, il Mulino, Bologna.
- Griaule, M., Dieterlen, G. (1961). *Le renard pâle*, Institut d'Ethnologie, Paris.
- Guattari, F. (1992). *Chaosmose*, Galilée, Paris.
- Inglese, S. (1988). Avventure, e per lo più disavventure, dell'emigrazione intellettuale in America. Il caso Vincenzo Varcasia Stigliani, *Daedalus*, 1, pp. 149-163.
- Inglese, S. (1997). La psicopatologia dell'emigrazione: un'esperienza di cambiamento catastrofico individuale e collettivo, in S. Mellina et al., *Medici e sciamani, fratelli separati*, Lombardo, Roma, pp. 85-93.
- Inglese, S. (1997b). About Creolizing World, *I Fogli di ORISS*, 7/8, pp. 139-148, 1997b.
- Inglese, S. (2005). A sud della mente. Etnopsichiatria e psicopatologia delle migrazioni in sei movimenti, in L. Attenasio, F. Casadei, S. Inglese, O. Ugolini (a cura di), *La cura degli altri. Seminari di etnopsichiatria*, Armando editore, Roma, pp. 61-163.
- Inglese, S. (2005). L'etnopsichiatria nel 'terzo tempo' delle migrazioni di massa: tra dialogo e conflitto, *Prospettive sociali e sanitarie*, 20, pp. 1-5.
- Inglese, S. (2005). Radici strappate e malattie migranti. Intorno al costruito nosologico di Culture-bound Syndrome, in S. Inglese, G. Cardamone, *Déjà vu. Tracce di etnopsichiatria critica*, Edizioni Colibrì, Paderno Dugnano, pp. 153-174.

Inglese, S. (2012). Sindromi culturalmente caratterizzate (Culture-bound Syndromes), in D. Cozzi (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Morlacchi Editore University Press, Perugia, pp. 253-268.

Inglese, S. (2016a). 4 Way Street: le matrici epocali dell'etnopsichiatria, in S. Inglese, G. Cardamone, *Déjà vu 2.0. Laboratori critici di etnopsichiatria*, Edizioni Colibrì, Paderno Dugnano, *in press*.

Inglese, S. (2016b). Res Hybrida. Di alcuni oggetti mentali e soggetti culturali nel mondo creolizzato, in S. Inglese, G. Cardamone, *Déjà vu 2.0. Laboratori critici di etnopsichiatria*, Edizioni Colibrì, Paderno Dugnano, *in press*.

Inglese, S. (2016c). L'uso dell'oggetto-lingua in etnopsichiatria: traduzione, interpretazione, mediazione etnoclinica, in S. Inglese, G. Cardamone, *Déjà vu 2.0. Laboratori critici di etnopsichiatria*, Edizioni Colibrì, Paderno Dugnano, *in press*.

Inglese, S., Cardamone, G. (2010). *Déjà vu. Tracce di etnopsichiatria critica*, Edizioni Colibrì, Paderno Dugnano.

Inglese, S., Cardamone, G., Da Prato, M. (2010). Sinistrosi. Note psicopatologiche ed etnopsichiatriche, in S. Inglese, G. Cardamone, *Déjà vu. Tracce di etnopsichiatria critica*, Edizioni Colibrì, Paderno Dugnano, pp. 333-345.

Inglese, S., Gualtieri, M. (2014). Dall'etnopsichiatria all'iconologia: il malinteso culturale nella fondazione delle discipline senza nome, *Formazione psichiatrica e Scienze umane*, 1, pp. 7-21.

Inglese, S., Gualtieri, M. (2015a). Frontières cliniques du malentendu culturel: une psychopathologie en métamorphose, in P. Hintermeyer, D. Le Breton, G. Profita (sous la direction de), *Les malentendus culturels dans le domaine de la santé*, Presses Universitaires de Nancy - Editions Universitaires de Lorraine, Nancy, pp.79-95.

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

Inglese, S., Zorzetto, S., Cardamone, G., (2010). Mastamho. Psicopatologia transculturale dei disturbi dell'umore, in S. Inglese, G. Cardamone, *Déjà vu. Tracce di etnopsichiatria critica*, Edizioni Colibrì, Paderno Dugnano, pp. 185-202.

- Inglese, S., Zorzetto, S., Cardamone, G., (2014). Accoglienza di popoli in fuga e salute mentale. Proposte per l'Italia, *Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, 1, pp. 52-72.
- Kleinman, A., (1987). Anthropology and Psychiatry. The Role of Culture in Cross-Cultural Research on Illness, *British Journal of Psychiatry*, 151, pp. 447-454.
- Lévi-Strauss, C., (2010). *Lezioni giapponesi. Tre riflessioni su antropologia e modernità*, Rubbettino, Soveria Mannelli.
- Miller, K.E., Omidian, P., Kulkarni, M. (2009). The Validity and Clinical Utility of Post-traumatic Stress Disorder in Afghanistan, *Transcultural Psychiatry*, 46, pp. 219-237.
- Moro, M.R. (2002). *Genitori in esilio. Psicopatologia e migrazioni*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Murphy, H.B.M. (1982). *Comparative Psychiatry. The International Intercultural Distribution of Mental Illness*, Springer-Verlag, Berlin.
- Nathan, T. (1995). *L'influence qui guérit*, Odile Jacob, Paris.
- Nathan, T. (1996). *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Nathan, T., Zajde, N. (2012). *Psychothérapie démocratique*, Odile Jacob, Paris.
- Perniola, M. (2010). *Più-che-sacro, più-che-profano*, Mimesis, Milano.
- Porete, M., Loguen, J.L. (1999). *Del dominio umanitario e della civile barbarie*, Edizioni Colibrì, Paderno Dugnano:
- Quaranta, I., Ricca, M. (2012). *Malati fuori luogo*, Cortina, Milano.
- Qureshi, A., Collazos, F., Ramos, M., Casas, M. (2008). Cultural Competency Training in Psychiatry, *European Psychiatry*, 23, pp. 49-58.
- Risso, M., Böker, W. (1992). *Sortilegio e delirio*, Liguori, Napoli.
- Sironi, F. (2007). *Psychopathologie des violences collectives. Essai de psychologie géopolitique clinique*, Odile Jacob, Paris.
- Temples, R.P.P. (2013). *La philosophie bantoue* [1948], Présence Africaine, Paris.

Zandi, T., Havenaar, J.M., Limburg-Okken, A.G. (2008). “The Need for Culture Sensitive Diagnostic Procedures: a Study among Psychotic Patients in Morocco”, *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiology*, 42, 3, pp. 244-250.

Zandi, T., Havenaar, J.M., Smits, M. (2010). First Contact Incidence of Psychotic Disorders among Native Dutch and Moroccan Immigrants in Netherlands: Influence of Diagnostic Bias, *Schizophrenia Research*, 119, pp. 27-33.

Zandi, T., Havenaar, J.M., Laan, W. (2011). Predictive Validity of a Culturally Informed Diagnosis of Schizophrenia: a 30 Month Follow-up Study with First Episode Psychosis, *Schizophrenia Research*, 133, pp. 29-35.

Zempléni, A. (1968). *L'interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lébou du Sénégal*, Thèse du troisième cycle, Université de la Sorbonne, Paris.

Zorzetto, S. (2010). Dalla continuità disciplinare alle discontinuità etnologiche. La comparazione fra culture in un'ottica etnopsichiatrica, *Archivio di Etnografia – Speciale Etnopsichiatria*, V, 1-2, pp. 39-60.

Zorzetto, S. (2016a). Analisi delle dimensioni di potere delle frontiere e loro funzione nella gestione di richiedenti asilo e rifugiati, in press.

Zorzetto, S. (2016b). Prendersi cura delle vittime di violenza politica, in D. Capone (a cura di), *Le relazioni violente. Interventi clinici, testimonianze, contributi degli studenti*, Edizioni ETS, Pisa, pp. 23-33.

Zorzetto, S., Cardamone, G., Inglese, S. (2016). L'etnopsichiatria nei Servizi pubblici di Salute Mentale. Flashback & flashforward di laboratorio (2005-2011), in S. Inglese e G. Cardamone, *Déjà vu 2.0. Laboratori critici di etnopsichiatria*, Edizioni Colibrì, Paderno Dugnano, in press.