

Wanda Ielasi

Come pesci nell'acqua

Elementi di etnopsicologia clinica

Riassunto

A partire dalla propria esperienza clinica con persone migranti, l'autrice traccia una sintesi degli strumenti teorici e operativi elaborati in ambito etnopsicologico e propone una rivisitazione critica di alcuni concetti chiave: psiche e corpo, salute e malattia, cultura, etnia e razza, diagnosi e cura, dimensione individuale e collettiva. In particolare, la cultura assume un ruolo centrale quando si declina la propria professione psicologica in contesti culturali diversi dal proprio: accade nell'accogliere il disagio psichico di persone straniere presenti nel nostro Paese ma anche quando ci si occupa di benessere psicologico all'estero. La clinica transculturale, l'etnopsichiatria, l'antropologia medica critica e l'antropologia della contemporaneità costituiscono l'orizzonte disciplinare di comunicazioni terapeutiche capaci di tener conto anche della valenza culturale di chi dà e di chi riceve aiuto.

Abstract

Starting from her clinical experience with migrant people, the author summarizes the theoretical and operational instruments in ethno-psychological field with a critical review of some key concepts: psyche and body, health and suffering, culture, ethnic group and race, diagnosis and treatment, individual and collective dimension. Especially, culture becomes most relevant when psychological competences are involved in cultural contexts which are different from our own: both when we work with foreign people in our country and when we are involved in mental health projects abroad. Transcultural clinic, ethnopsychiatry, critical medical anthropology and anthropology of contemporaneity constitute the disciplinary horizon of therapeutic communications capable of managing caregiver's and client's cultural aspects.

*Ogni essere umano è diverso
ma tutti siamo esseri umani*

Detto popolare gitano

Riconoscere la centralità degli aspetti culturali è il primo passo quando si declina la propria professione psicologica in contesti culturali altri. Ciò accade nell'accogliere il disagio psichico di persone straniere presenti nel nostro Paese ma anche quando ci si occupa di benessere psicologico all'estero: partecipare a progetti di cooperazione umanitaria ci consente di percorrere, a ritroso, il viaggio dei tanti migranti in cerca di una vita migliore.

Le cornici della clinica transculturale, dell'etnopsichiatria o etnopsicologia clinica e della psicologia culturale, ma anche dell'antropologia medica e dell'antropologia della contemporaneità, forniscono strumenti teorici e operativi indispensabili per operare sul crinale tra diverse culture.

Con questo lavoro vorrei offrire alcuni spunti di riflessione, maturati attraverso la pratica clinica rivolta a persone che vivono in Italia e che provengo-

no da altre regioni del mondo. Si tratta di mettere a fuoco e ridefinire concetti e strumenti che nella nostra prassi abituale possiamo dare per scontati – perché ritenuti implicitamente condivisi da noi operatori della salute e dai pazienti che appartengono al nostro stesso orizzonte culturale – ma che tali sempre non sono.

Le teorizzazioni di seguito proposte hanno preso forma, in prevalenza, in un contesto clinico, di cura, rivolto a persone migranti a vario titolo sofferenti. Lo sforzo – mio e di chi vorrà sperimentarle sul campo – consiste nel trasformare queste teorie usandole, per meglio adattarle a un professionista della salute mentale espatriato.

All'estero, nei progetti di cooperazione, raramente ci accade di lavorare con pazienti autoctoni; più spesso i nostri interlocutori sono operatori locali, altri professionisti espatriati o referenti di comunità e ci competono, quindi, attività di progettazione, formazione, sostegno psicologico, sensibilizzazione e interventi di comunità.

Cambia il contesto, rispetto alla cura del singolo nella migrazione, cambiano a volte gli obiettivi, ma crediamo che, tra gli altri, quelli che seguono possano essere strumenti utili da portare con sé.

Etnopsichiatria e clinica transculturale oggi

Per clinica transculturale intendiamo il prendersi cura percorrendo i confini, i margini, i crinali tra persone e tra culture. Françoise Sironi (2001) suggerisce di affidarci all'etimologia delle radici verbali che compongono la parola *etnopsichiatria* – per noi sinonimo di clinica transculturale – al fine di chiarire l'ambito di queste discipline:

- ἔθνος (ethnos): popolo, si riferisce al contesto culturale collettivo, di gruppo;
- ψυχή (psyché): anima, soffio vitale, si riferisce alla storia psicologica del singolo, della persona;
- ἰατρεία (iatreia): cura, intesa non come competenza esclusiva del medico ma propria di qualsiasi professione di aiuto.

La clinica transculturale attua, quindi, una riflessione transdisciplinare che interroga i saperi e gli strumenti delle professionalità che si occupano della salute e della cura delle persone, tenendo conto anche della connotazione culturale di chi dà e di chi riceve aiuto.

Roberto Beneduce (2004, p. 269) chiarisce gli ambiti di interesse e di intervento dell'etnopsichiatria; essa studia il rapporto tra lo stato di benessere o malessere psicologico e le diverse dimensioni di vita: culturale, sociale, storica e politica. I valori culturali, l'organizzazione sociale ed economica, i rapporti interetnici e di potere, i conflitti, le guerre, l'urbanizzazione, la migrazione hanno un ruolo determinante per l'equilibrio di salute della persona.

Le diverse società umane sviluppano manifestazioni psicopatologiche e di disagio, cui corrispondono – costituendo l'oggetto di studio dell'etnopsichia-

tria – specifici sistemi di cura. Ogni sistema di cura prevede modalità specifiche di espressione, diagnosi e cura della sofferenza umana.

Le origini: la psichiatria transculturale

Le radici della disciplina affondano nel nostro passato colonialista: il termine etnopsichiatria, in genere attribuito a G. Devereux, sembra sia stato coniato da J.C.D. Carothers, psichiatra inglese di origine sudafricana che prestò la propria opera, come tanti altri medici dell'epoca, al fianco di militari e missionari nell'organizzazione della vita delle colonie (Beneduce, 2004, p.26).

L'interesse per il disagio psichico delle popolazioni native mirava al confronto tra diverse realtà cliniche al fine di convalidare le categorie nosografiche della psichiatria classica occidentale, che rimanevano comunque il termine di riferimento certo e indiscutibile. Il metodo era appunto quello comparativo e da qui nasceva la definizione di psichiatria transculturale, cross-culturale o comparativa – tra i fondatori, lo psichiatra di inizio secolo scorso E. Kraepelin – da cui gli etnopsichiatri contemporanei si differenziano, consapevoli della necessità di storicizzare anche i propri riferimenti culturali e strumenti operativi.

L'orientamento della prima psichiatria transculturale considerava le sindromi psichiatriche esotiche come una variante più semplice e povera di quelle riscontrate in Occidente: in esse, inoltre, i fattori culturali costituivano dei meri ostacoli all'efficace riconoscimento delle patologie secondo la nosografia psichiatrica occidentale. L'elemento culturale veniva preso in considerazione e studiato solo in vista di una sua rimozione al fine di disvelare i modi universali della sofferenza umana.

La prima psichiatria cross-culturale riteneva infatti – seguendo la logica dualistica della psichiatria dell'epoca – che, sebbene i contenuti del disagio psichico differissero in diverse aree geografiche del mondo, essi sottintendessero una uguale forma, universale, di disturbo mentale (Littlewood, 2000).

L'etnopsichiatria contemporanea e il contributo dell'antropologia medica critica

Gli orientamenti attuali hanno maturato una visione più critica del fare azioni di cura. L'esigenza di farsi carico di disagi "altri", ha suggerito la necessità di ripensare gli strumenti e i quadri teorici, riconoscendo la loro inevitabilità culturale, cioè il loro essere localizzati, costruiti in spazi storici e geografici specifici.

Partendo dalla nostra professione, riconosciamo ad esempio che la psicologia appresa nelle nostre università è parte del sapere 'occidentale' e in quanto tale una psicologia tra le tante possibili, figlia del contesto geografico, storico e culturale che l'ha generata: spostandoci e lavorando in giro per il mondo incontreremo, se saremo pronti a farlo, altre psicologie indigene.

Scopriremo allora che in tante culture non viene operata una distinzione netta tra psicologia e medicina e questo costituisce un primo grande disorientamento: noi siamo cresciuti come psicologi nello sforzo di individuarci rispet-

to alla cultura e al sapere medico, ma quando cerchiamo di capire come altri popoli gestiscano la loro salute, scopriamo che benessere fisico e mentale non sono altro che le due facce della stessa medaglia, e spesso un'unica figura – guaritore, stregone, *curandero*, sacerdote o sciamano – è responsabile, per la propria comunità, di tutti i gesti di cura. La distinzione tra salute del corpo e dell'anima è figlia del dualismo cartesiano proprio della nostra tradizione, dualismo che ha deviato la nostra conoscenza della salute dal sentiero olistico che integra in un'unica entità le diverse espressioni della vita umana.

Ne consegue che non possiamo pensare di applicare tout court il nostro sapere a contesti di vita che non l'hanno generato e che probabilmente si reggono su credenze e concezioni del mondo diverse dalle nostre. Anche quando diciamo 'nostre' commettiamo una generalizzazione, assumendo che di cultura occidentale ce ne sia una sola: sappiamo bene, e l'antropologia della contemporaneità ce lo ricorda, come in realtà siamo immersi in un continuo dinamismo culturale in cui tante diversità si incontrano e si scontrano, generando delle realtà meticcie in continuo scambio e trasformazione.

Per convenzione parleremo di cultura occidentale riferendoci all'evoluzione del pensiero e della scienza europea e del Nuovo Mondo. Occupandoci di salute allora intenderemo per bio-medicina i sistemi di cura che si attuano nei nostri ospedali e che vengono appresi dagli studenti universitari nel cosiddetto mondo 'sviluppato' ma anche nell'ambiente accademico dei Paesi 'in via di sviluppo'.

Oggi, si utilizza il termine bio-medicina in contrapposizione a quello di medicina tradizionale, ma con la consapevolezza che anche la nostra bio-medicina è una medicina tradizionale tra le altre – anche se la più diffusa al mondo – e in quanto tale passibile di essere oggetto di studio dell'antropologia medica contemporanea, che ha sviluppato uno sguardo critico anche verso i presupposti epistemologici della medicina di casa propria (Quaranta, 2001). In particolare si ha una maggior consapevolezza dei seguenti aspetti:

- l'identificazione della bio-medicina quale medicina tradizionale tra le altre; essa è il prodotto di un determinato contesto culturale, il mondo 'occidentale' e quindi dotata di caratteristiche di relatività;
- il carattere olistico, integrato – psiche, corpo, cultura – della persona umana e quindi della sua salute;
- l'importanza determinante dei fattori culturali, sociali e politici nella definizione e nello sviluppo delle qualità di espressione e delle modalità di cura di uno stato di malattia.

Sin dagli esordi della psichiatria transculturale o comparativa, grande attenzione è stata rivolta alle cosiddette *culture-bound syndromes*, espressione oggi resa in italiano con la formula *sindromi ordinate dalla cultura*: essa indica particolari quadri patologici presenti esclusivamente in determinate aree geografiche, come ad esempio il susto dell'America centro-meridionale o il tarantolismo del nostro Sud Italia. Il termine 'ordinate' si riferisce sia alle classificazioni locali del disagio sia alla funzione patoplastica – cioè alla capacità, delle differenti culture, di dare una foggia particolare alla sofferenza umana.

L'interrogativo aperto sin dai tempi di Kraepelin riguarda infatti la supposta universalità delle malattie, soprattutto psichiche, come ad esempio la depressione.

L'opinione corrente in antropologia medica riconosce l'universalità del soffrire umano, le cui espressioni non possono che essere legate, però, alla contingenza storica, sociale e culturale del luogo in cui le persone si ammalano. L'antropologia medica critica propone di interpretare ogni disagio come l'espressione individuale a valenza collettiva di una forma di resistenza incarnata dalle persone in risposta alle sollecitazioni, spesso violente, dell'ambiente umano, sociale e politico in cui vivono.

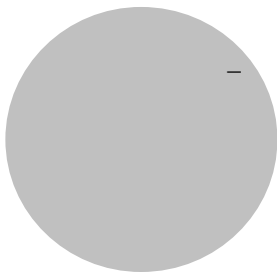
Salute e cultura: i possibili equivoci del multiculturalismo

La definizione più recente di salute promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in occasione della conferenza internazionale sull'assistenza sanitaria di base, svoltasi ad Alma Ata nel 1978 (Cozzi e Nigris, 2000, p. 159), recupera una visione integrata dell'essere umano, quale individualità biopsico-sociale il cui benessere è dato dall'equilibrio tra le tre dimensioni vitali. Esse interagiscono costantemente e pertanto lo studio dei fenomeni umani effettuato da ciascuna prospettiva – inclusa quella psicologica – non può prescindere dalle restanti due. Ad esse ne affianchiamo una quarta, la prospettiva culturale, per sottolineare il ruolo centrale da essa giocato nel delineare le modalità con cui le persone, a seconda del contesto di vita, si ammalano e si curano.

Cominciare a porre attenzione alla dimensione culturale nella nostra pratica psicologica può indurci a pensare le culture come entità definite, distinte, proprie di una specifica area geografica o di un dato gruppo umano, dotate di caratteristiche stabili e quindi conoscibili una volta per tutte attraverso un faticoso e minuzioso sforzo enciclopedico. La realtà, come abbiamo già detto, è molto più fluida e in movimento: anche le culture sono vive e in quanto tali in continua trasformazione.

Zoletto (2002) invita a riconoscere le insidie e i possibili equivoci della passione multiculturalista – al fine di sviluppare una visione più realistica, anche se più complessa, della dimensione culturale – individuando:

- l'equivoco della reificazione, secondo cui le culture sarebbero entità definite, concretizzate in individui che ne diventano meri rappresentanti o portatori. In realtà, si assiste sempre a un processo di personalizzazione delle culture: ogni persona incarna un'endocultura specifica e inimitabile;
- l'equivoco essenzialista, secondo cui le culture sarebbero essenze o sostanze predeterminate. In realtà, le culture sono costruite e continuamente modificate dalle persone che le rendono vive;



- l'equivoco dell'omogeneità, secondo cui l'omogeneità linguistica indicherebbe un'identità culturale o etnica secondo la formula una lingua = una cultura = un'etnia, per cui a una lingua corrisponderebbe sempre una e una sola cultura o appartenenza etnica. In realtà, l'identità di ogni persona è sempre in un certo grado meticcia e non si assiste a una rigida corrispondenza secondo cui coloro che parlano una stessa lingua appartengono allo stesso gruppo etnico o alla stessa cultura;
- l'equivoco della parità, secondo cui esisterebbe parità tra le diverse culture. In realtà, ci sono radicali differenze di potere politico;
- l'equivoco dello stigma: le politiche sociali volte al protagonismo e alla integrazione delle persone migranti rischiano di considerare sempre e solo gli altri come i diversi;
- l'equivoco della normatività, secondo cui l'azione normativa delle culture modellerebbe in modo rigido i valori di riferimento e l'agire sociale degli individui. In realtà lingue e culture fungono da cornici intersoggettive di riferimento, entro cui la realtà è costruita e trasformata incessantemente dall'interazione tra le persone.

In modo analogo, anche concetti quali razza ed etnia acquistano una connotazione dinamica, fluida e difficilmente circoscrivibile in entità chiuse e definite una volta per tutte.

Come argomenta Kilani (in Gallissot et al., 2001), il concetto di razza non ha alcuna consistenza dal punto di vista scientifico e rappresenta solo la credenza, ingiustificata, in una corrispondenza tra una differenza biologica e specifiche attitudini mentali, morali o culturali. Scrive al riguardo Rivera “[...] la genetica ha dimostrato [...] che ogni popolazione umana contiene tutti i geni umani esistenti, variando solo la frequenza [...]” e che “[...] la differenza media fra gli individui appartenenti a una medesima popolazione è di gran lunga maggiore della differenza genetica media fra due popolazioni qualsiasi [...]” (in Gallissot et al., 2001, p. 154).

Anche etnia diventa un concetto culturale costruito socialmente, centrato sulla condivisione, all'interno di un gruppo umano, di norme, valori, credenze, simboli culturali e pratiche in incessante trasformazione; è “[...] una convenzione, una categoria, un modello di percezione e di ordinamento cognitivo che vale a differenziare gli altri [...] e definire se stessi” (Rivera, in Gallissot et al., 2001, p. 138).

La salute in antropologia medica

Nella pratica professionale all'estero, dovremmo in una fase iniziale, esplorativa, immergerci nelle pratiche di cura locali per cercare di cogliere quali credenze, idee e sentimenti – individuali e comunitari – sostanzino le espres-

sioni di salute e malattia. A partire da questa esplorazione sarà possibile in seguito coniugare i nostri strumenti operativi con le risorse già disponibili.

A tale proposito, diventa centrale recuperare la distinzione operata dall'antropologia medica (Hahn, 1984, p. 16) rispetto al concetto di malattia. L'esperienza di *suffering*, del soffrire, che è universale, può essere letta a partire da tre differenti prospettive:

- *disease*, la malattia così come viene descritta e percepita dall'operatore sanitario;
- *illness*, la malattia così come viene vissuta, esperita, descritta da chi ne è portatore;
- *sickness*, la malattia nelle sue implicazioni sociali.

L'antropologia medica, inoltre, distingue riferendosi alla cura (*care*) tra il processo di *curing*, volto alla rimozione dei sintomi biologici e alla guarigione dalla malattia intesa come *disease*, e il processo di *healing*, il cui scopo è invece il risanamento del disagio spirituale, sociale e affettivo connesso alla malattia intesa come *illness*.

Per incontrare i bisogni delle persone e delle comunità, accogliamo quindi i vissuti personali legati alla percezione soggettiva di *illness*. In essa si coniugano le esperienze personali con la più ampia trama di vita del nucleo familiare e della comunità. Andare incontro al disagio delle persone significa addentrarsi nel mondo culturale di cui esse sono portatrici; per questo è indispensabile chiarire che cosa intendiamo per cultura nella sua accezione più ampia e concreta.

La cultura: principi di clinica transculturale e processi di trasmissione culturale

Il modo in cui noi agiamo, incorporiamo, pensiamo, viviamo la malattia, lo abbiamo appreso e continuiamo ad apprenderlo dal contesto di vita, dalla società, in cui cresciamo: la cultura non riguarda soltanto gli aspetti colti, legati all'acquisizione di apprendimenti 'elevati' – letteratura, storia, lingue, musica e via dicendo – ma permea qualsiasi ambito della nostra vita. Così come inevitabilmente impariamo la nostra lingua madre, allo stesso modo incorporiamo, cioè facciamo nostre attraverso la pratica di vita, tutti gli altri apprendimenti che ci consentono di vivere in modo efficace, di tutelare la nostra e altrui salute e in ultima analisi di attribuire un significato all'esistenza.

Cultura è come siamo stati allevati e come alleviamo i nostri figli, cosa e come cuciniamo, la gestualità, la mimica, la distanza prossemica, come organizziamo il nostro spazio abitativo, la gestione delle relazioni familiari e sociali, eccetera nonché il modo di intendere la salute, la malattia e il nostro destino.

Come ha affermato Piero Coppo, cultura è tutto ciò che rende umano l'uomo, “[...] la dimensione collettiva in cui i singoli si immettono per divenire umani” (2003, p.82): il neonato si immerge nella cultura per trasformarsi in persona.

Per sottolineare la natura della cultura, allo stesso tempo necessaria e invisibile a colui che la incarna, un antropologo di inizio secolo scorso, Ralph Linton (in Coppo, 2003, p. 99), ha scritto che, per l'uomo, “la cultura è come l'acqua in cui il pesce nuota: il pesce vede attraverso l'acqua, ma non la vede come tale”.

Noi aggiungiamo che non solo l'uomo nuota inconsapevole nella cultura, ma viene plasmato da essa al punto che la cultura diviene sostanza del suo stesso essere incorporato.

Nella pratica professionale all'estero esercitiamo i nostri strumenti psicologici ma, per poterlo fare, dobbiamo sviluppare anche una sensibilità culturale. Georges Devereux, padre fondatore dell'etnopsichiatria, sviluppa la teoria complementarista per descrivere il modo di conciliare la pratica clinica – per lui psicoanalitica – con la diversità culturale. Ispirandosi alla teoria fisica quantistica dell'indeterminazione di Heisenberg, secondo cui non è possibile “[...] determinare simultaneamente e con la stessa precisione la posizione e il momento di un elettrone” (Devereux in Moro, 2001, p. 43), afferma che lavorare sul crinale tra culture implica una continua oscillazione tra l'approccio clinico e l'approccio antropologico: entrambi sono strumenti indispensabili ma non praticabili nello stesso istante. Si tratta di due registri interpretativi diversi, di due discipline autonome, il cui studio approfondito ci può far approdare a una percezione più integrata della realtà in cui operiamo. Spesso lo stesso professionista non dispone di entrambi le competenze e sul campo si assiste – quando i mezzi lo consentono – alla collaborazione, in gruppi multidisciplinari, tra operatori della salute – medici, psicologi, infermieri – ed esperti culturali – antropologi, mediatori linguistico-culturali, referenti di comunità.

La clinica transculturale si fonda sui seguenti principi:

- universalismo psichico, secondo cui tutti gli esseri umani sono dotati in egual modo di un apparato psichico e hanno pari dignità;
- la cultura quale pelle dello psichismo umano: non esiste l'uomo ‘nudo’, l'uomo possiede ed è posseduto da una cultura. Così come non può esistere un contenuto senza contenitore, non può esistere un funzionamento mentale al di fuori di un involucro culturale;
- le culture sono tutte diverse tra loro.

La cultura permea ogni espressione umana. Essa viene trasmessa all'interno dei gruppi umani, in un rapporto uomo-cultura di reciproca trasformazione, attraverso i processi di:

- inculturazione: il processo di assimilazione attraverso cui le nuove generazioni acquisiscono la cultura del gruppo di appartenenza; copre l'arco dell'intera vita ma è particolarmente intenso durante l'infanzia e l'adolescenza;
- acculturazione: la trasmissione culturale avviene attraverso il contatto con gruppi diversi da quello di appartenenza; consiste nell'assunzione parziale o totale di modi culturali diversi da quelli originari;
- deculturazione: la perdita di elementi culturali già recepiti dalla propria tradizione in seguito a processi acculturativi – può essere interpretata come il saldo passivo dei processi di acculturazione (Cozzi e Nigris, 2000).

Ogni persona declina i diversi aspetti culturali con cui viene in contatto, in un modo unico e personale, costruendo quella che viene definita la propria endocultura. È innegabile, però, che le diverse comunità umane condividano dei tratti culturali – largamente diffusi tra i loro membri – che conferiscono alle stesse delle fisionomie più o meno omogenee e riconoscibili.

Palmer e Laungani (Livio, 2003) analizzano alcune delle matrici culturali che contribuiscono alla diversa fisionomia tra società a impronta 'occidentale' e società a impronta 'tradizionale', tra il *west*, l'Occidente, e il *rest*, il resto del mondo, secondo l'accezione degli studi culturali (Stratton e Ang, 1996).

Lo schema, riportato da Marica Livio (vedi figura 1), descrive le variazioni culturali che determinano la diversa gerarchia di valori e le attitudini sociali condivise, confrontando, in questo caso, gli stili di vita 'occidentale' e indiano.

Figura 1. Variazioni culturali negli stili di vita 'occidentale' e indiano.

<p>INDIVIDUALISMO Enfasi su autocontrollo e autorealizzazione. Pressione sugli individui affinché raggiungano una identità. Lo stress è correlato alla acquisizione di identità. Famiglie nucleari.</p>	<p>COMUNITARISMO No enfasi su autocontrollo e autogestione, dipendenza dagli anziani e altri membri della famiglia. Responsabilità collettiva. Riuscita collettiva. L'identità viene ascritta alla nascita. Stress correlato all'imposizione di un'identità familiare o di casta/clan. Famiglia allargata.</p>
<p>COGNITIVISMO Enfasi su logica e razionalità; emozioni e sentimenti tenuti sotto controllo; enfasi su lavoro e attività; relazioni impostati sulla base di interessi comuni.</p>	<p>EMOZIONALISMO Enfasi su sentimenti e intuizione; emozioni e sentimenti espressi liberamente; relazioni basate su legami familiari e di casta/clanici.</p>
<p>LIBERO ARBITRIO Enfasi su libertà di scelta; proattivo; successo e fallimento sono principalmente dovuti all'impegno. Senso di colpa come conseguenza residuale al fallimento; il fallimento può portare all'accusa della vittima.</p>	<p>DETERMINISMO Limitazione alla libertà di scelta; reattivo; l'impegno conta, ma successo e fallimento dipendono dal karma / destino di ciascuno; fallimento privo di senso di colpa; nessuna accusa alla vittima.</p>
<p>MATERIALISMO Fisicità del mondo; rifiuto di spiegazioni alternative ai fenomeni; la realtà è esterna all'individuo; la realtà è percepita attraverso operazioni scientifiche.</p>	<p>SPIRITUALISMO Il mondo è illusorio; co-esistenza di spiegazioni apparentemente contraddittorie dei fenomeni; la realtà è interna all'individuo; la realtà è percepita attraverso la contemplazione e la riflessione.</p>

Accogliere e prendersi cura del benessere e della sofferenza degli altri, presuppone sempre un viaggio nel mondo vissuto della persona che incontriamo. Il nostro compito è di cercare di comprendere il modo singolare di vita che la persona attua anche nell'espressione del proprio disagio: esso è il frutto, sempre, dell'interazione tra fattori individuali, ambientali, sociali, culturali e politici.

Le eziologie tradizionali e la dimensione del trascendente

Le eziologie tradizionali – da *αἰτία* (aitia), causa, motivo e *λόγος* (logos), discorso – costituiscono il modo in cui un dato gruppo umano rappresenta ogni tipo di disordine: malattia, morte, disgrazie o sfortune che si ripetono. Per occuparsi di questi 'disordini', ogni gruppo umano sviluppa dei sistemi di cura che definiscono (Inglese in Nathan, 1996, p. 12):

- la configurazione fenomenica degli stati di disordine emotivo, cognitivo, comportamentale e somatico nelle varie culture (fenomenologia della sofferenza);
- le strategie culturali di individuazione, denominazione e interpretazione di tali fenomeni (diagnosi della sofferenza);
- le operazioni materiali, culturalmente codificate, di adattamento e manipolazione di questo disordine (cura della sofferenza).

Il disordine, in molte culture 'tradizionali', viene visto come il frutto di un disequilibrio, di una disarmonia tra mondo visibile e mondo invisibile, quest'ultimo popolato da spiriti, antenati e geni. Tra le possibili eziologie tradizionali della sofferenza – diverse dalle nostre e che possiamo incontrare nella nostra pratica professionale – ricordiamo:

- stregoneria;
- possessione;
- *marabutage*;
- malocchio;
- perdita dell'anima;
- trasgressione di riti, prescrizioni, tabù;
- rifiuto della predestinazione al ruolo di guaritore.

In esse, il luogo del conflitto che genera disordine è collocato al di fuori della persona che si ammala, al contrario di quanto accade, ad esempio, nella psicoanalisi – una delle nostre eziologie tradizionali – che rintraccia il conflitto all'interno della persona.

Le psicoterapie occidentali, anche se a seconda degli orientamenti possono occuparsi in maniera diversa degli aspetti spirituali dei pazienti, in genere si dichiarano 'laiche', ovvero disgiunte da credi religiosi o chiese particolari.

Le medicine tradizionali sono al contrario spesso centrate sulla dimensione del sacro, dell'invisibile, dello spirituale.

Operare in ambito etnopsichiatrico presuppone spesso la comprensione della dimensione di fede del paziente o delle persone con cui lavoriamo. In alcuni casi può essere utile godere della collaborazione di esponenti religiosi o spirituali, per approfondire le credenze religiose e valutare il loro contributo negli equilibri di salute del singolo e della collettività.

Il dialogo tra incomprensione e ascolto

La psicologia transculturale si occupa delle difficoltà comunicative che necessariamente intervengono nelle relazioni di aiuto tra persone e comunità che differiscono per lingua e cultura; essa ha messo a punto alcuni strumenti concettuali che consentono di mettere a fuoco la natura della incomprensione e i meccanismi psichici ed emotivi che possono caratterizzare l'incontro con la diversità.

Marco Mazzetti espone (2003) alcuni concetti chiave utili per addentrarci nelle diversità.

Riprendendo il lavoro di Colasanti e Geraci (1990) descrive i cinque livelli di possibile incomprensione, individuati nelle transazioni tra operatore della salute italiano e paziente straniero. In modo analogo possiamo pensare alle diverse difficoltà comunicative dello psicologo al lavoro in terra straniera:

1. livello prelinguistico: la difficoltà riguarda l'intenzionalità comunicativa, la motivazione a esprimere ciò che si sente interiormente;
2. livello linguistico: il paziente e l'operatore non parlano la stessa lingua, l'ostacolo è di ordine strumentale;
3. livello metalinguistico: gli interlocutori parlano la stessa lingua ma, a un livello simbolico, le stesse parole possono evocare significati diversi;
4. livello culturale: concerne i comportamenti culturalmente acquisiti, in genere inconsapevoli, tra questi anche quelli comunicativo-relazionali, la distanza prossemica, la mimica, lo sguardo, i codici e le norme di comportamento, le gerarchie e i ruoli sociali e di genere;
5. livello metaculturale: si riferisce a specificità di natura ideologica, religiosa o filosofica; essendo più consapevoli rispetto agli impliciti culturali, possono essere dichiarati e meglio comprese dall'operatore espatriato.

Sempre Mazzetti (2003) descrive alcuni fasi relazionali e movimenti emotivi che possono caratterizzare l'evoluzione dell'incontro di aiuto tra persone dotate di un bagaglio esperienziale e valoriale molto diverso (vedi figura 2).

Fase dell'esotismo: accostandoci a una realtà nuova e molto diversa da quella abituale, siamo animati dalla curiosità e dalla aspettativa di gustare esperienze stra-ordinarie, per l'appunto esotiche. I nostri studi, i resoconti etnografici e a volte i colleghi ci raccontano di atmosfere ed eventi inusitati: feste, rituali, cerimonie. Analogamente, i nostri collaboratori di progetto, le per-

Figura 2. Fasi relazionali e movimenti emotivi nell'incontro di aiuto tra persone dotate di un bagaglio esperienziale e valoriale diverso.

	PSICOLOGO ESPATRIATO	INTERLOCUTORE LOCALE
Prima fase	ESOTISMO	
Seconda fase	SCETTICISMO	
Terza fase	CRITICISMO	

sone locali con cui lavoreremo, possono aspettarsi un contributo eccezionale da parte nostra, visto che proveniamo da quel mondo occidentale, magico e vincente, conosciuto attraverso i mass media.

Fase dello scetticismo: entrambi, noi e loro, dobbiamo passare attraverso la necessaria delusione conseguente all'impatto con i limiti della realtà: per noi non ci sono solo avventura e scoperte esaltanti e loro accolgono operatori sprovvisti di bacchetta magica.

Fase del criticismo: la successiva elaborazione attraverso la caduta dell'ideale, permette di approdare alla fase finale più benevolmente critica e realistica che, una volta consolidata, ci garantisce le basi per alleanze di lavoro proficue e solide.

Immaginando il disorientamento legato all'incontro/scontro con dimensioni di vita completamente nuove e quindi aliene, ci parranno legittimi alcuni movimenti psicologici di difesa, attraverso cui, di nuovo noi e loro, cerchiamo una tutela della propria identità (vedi figura 3). Potremmo allora assistere all'oscillazione tra diverse modalità di rapporto, comprese tra le polarità estreme della chiusura nelle proprie abitudini culturali, l'arroccamento, oppure all'opposto dello sbilanciamento eccessivo, quasi mimetico, verso il mondo culturale che ci ospita, l'iperadattamento. Costruire gradualmente, insieme alle altre persone, delle distanze relazionali più fluide, mobili e bilanciate, basate su conoscenza e fiducia reciproche, ci permette di giocare attitudini diversificate e adeguate ai diversi contesti situazionali.

Un primo passo verso modalità relazionali più bilanciate, consiste nel riconoscere che ciascuno di noi è portatore di un pregiudizio etnocentrico; questa consapevolezza ci consente di capire meglio l'incontro con persone di diversa provenienza culturale e di trasformare gli eventuali incidenti di percorso in leve virtuose di trasformazione della relazione.

Figura 3. Movimenti psicologici di difesa nella tutela della propria identità.

PSICOLOGO ESPATRIATO	INTERLOCUTORE LOCALE
ARROCCAMENTO	
IPERADATTAMENTO	
RIFORMULAZIONE-MOLTIPLICAZIONE RECIPROCHE IDENTITA'	

Ciascuna persona ritiene che la propria cultura sia la migliore: in questo siamo tutti uguali anche se tutti diversi. Abbiamo bisogno di esperire questa certezza, per sentirci efficaci e appagati nella quotidiana battaglia contro le avversità. È una credenza spontanea, che viene messa in discussione quando ci accorgiamo che ciò che è 'naturale' per noi non è per nulla scontato per altre persone.

Harris (1987 in Cozzi, 2003, p. 36) scrive che "l'etnocentrismo consiste nella convinzione che i propri modelli di comportamento siano sempre normali, naturali, buoni, belli o importanti e che gli stranieri, nella misura in cui vivono in modo diverso, si conducono secondo schemi di comportamento selvaggi, inumani, disgustosi o irrazionali. Le persone intolleranti verso le differenze culturali ignorano, di solito, il seguente fatto: se gli fosse stata trasmessa la cultura di un altro gruppo, quei modi di vivere ritenuti selvaggi, inumani, disgustosi o irrazionali ora sarebbero i loro".

Quanto scritto vale per noi, ma vale per qualsiasi altro gruppo umano.

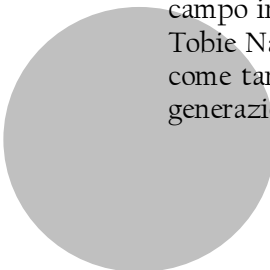
Riconoscere la propria posizione etnocentrata, consente di meglio mettere a fuoco e di abitare con maggior realismo il contesto professionale in cui siamo coinvolti.

A proposito delle cornici in cui operiamo, Devereux (in Moro, 2001) distingue almeno tre contesti in cui si giocano le relazioni di cura:

1. contesto intraculturale: in cui l'operatore e l'assistito appartengono alla medesima cultura e l'operatore tiene conto delle dimensioni socioculturali in modo implicito, diremmo, senza doverci pensare;
2. contesto metaculturale: in cui l'assistito e l'operatore appartengono a due culture differenti e l'operatore, pur non conoscendo la cultura di origine del paziente, è consapevole di questa differenza e la tiene presente;
3. contesto interculturale o transculturale: sebbene il paziente e l'operatore non appartengano alla medesima cultura, l'operatore conosce bene la cultura d'origine dell'assistito e la utilizza nella relazione di aiuto.

Come operatori della cura coinvolti con persone straniere difficilmente accediamo al livello 'transculturale' nell'accezione di Devereux.

Potremmo farlo, qualora fossimo noi stessi individui particolarmente ibridi, figli ad esempio, di genitori di differente provenienza geografica rispetto al luogo in cui viviamo o operiamo. Non per nulla lo stesso Devereux incarnava l'esistenza migrante: ebreo di nascita ungherese, divenuto rumeno per trasformazioni storiche, studente a Parigi e quindi antropologo e psicoanalista sul campo in Nord America, Nuova Guinea e Indocina. Oppure se fossimo come Tobie Nathan – nativo dell'Egitto e attivo a Parigi nella cura dei migranti – e come tanti altri psicologi, psicoterapeuti, psichiatri, figli di seconda o terza generazione di migranti che dispongono, in aggiunta alle competenze profes-



sionali, di un accesso privilegiato alla comprensione delle persone con cui condividono frammenti di eredità culturale.

O ancora, ci muoveremmo a un livello transculturale qualora avessimo vissuto sufficientemente a lungo in un Paese straniero e avessimo assorbito, oltre alla lingua, un'impronta culturale di più ampia portata.

In genere, possiamo ambire a muoverci a un livello metaculturale: attraverso il decentramento culturale, sviluppiamo una sensibilità culturale e riconosciamo che i nostri valori, la nostra visione del mondo e le nostre modalità operative non sono universalmente condivisi; tutte le culture – inclusa la nostra – hanno un valore relativo, in quanto storicamente e geograficamente determinate.

Lo sforzo di decentramento ci consente di abitare la logica dell'altro: anche se non riesco a capire il racconto dell'altro, so che ha una logica e un senso a cui posso cercare di avvicinarmi.

Una logica estranea ci parrà più decifrabile se impariamo a riconoscere e a leggere il controtransfert culturale o controattitudine che nasce in noi dalla erronea attribuzione di universalità a costrutti – come ad esempio parità tra i sessi, egualitarismo, reciprocità – che sono frutto del nostro sviluppo storico e culturale. Il controtransfert culturale è costituito dalle emozioni che l'operatore sperimenta nel contesto clinico e che sono sollecitate dall'incontro/scontro con dimensioni culturali "altre": esse riguardano la propria identità sociale, professionale e culturale; derivano non solo dalla storia personale ma anche dalla storia della società di appartenenza, dalla politica, dai rapporti di forza, dai pregiudizi.

Come psicologi, conosciamo il controtransfert quale strumento principe della pratica clinica: le emozioni dei nostri pazienti suscitano in noi emozioni chiave, la cui lettura indica possibili vie di comprensione.

In un contesto culturale "altro", non abituale, siamo costantemente sollecitati, incuriositi, spesso infastiditi da situazioni che a noi paiono incongruenti, stravaganti, prive di significato o addirittura dannose. È esperienza comune, ad esempio, nei nostri consultori registrare il fastidio che generalmente sperimentiamo noi operatrici donne di fronte alla più rigida separazione di ruolo sessuale presente in alcune famiglie migranti: vorremmo, perché abituate, interloquire più liberamente con la donna, se è lei l'interessata, e invece il referente della comunicazione è il marito, che sembra tradurre in poche parole un ben più lungo intervento della moglie nella lingua madre. Lo sconcerto che proviamo è il segnale che stiamo impattando con aspetti insoliti: se riusciamo a sostenerlo, senza contro-reagire, esso ci fa compiere un ulteriore passo nel mondo di chi ci sta di fronte. Riconoscere e leggere il proprio controtransfert culturale permette di evitare giudizi troppo etnocentrati e atteggiamenti interiori eccessivamente sbilanciati, di arroccamento o di iperadattamento.

Nell'incontro con gli altri – soprattutto in quei contesti in cui dalle diversità linguistiche originano maggiori lacune di senso – il nostro corpo diviene strumento di conoscenza attraverso le forme somatiche di attenzione

(Csordas, 2003). Il modo in cui il nostro corpo reagisce – i sensi, la postura, le rigidità o le aperture – diviene essenziale e parla delle emozioni in gioco tra le persone.

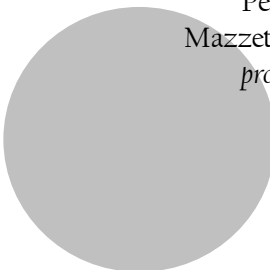
Quando due culture si incontrano le emozioni fungono da giudizi costruiti socialmente che permettono di risalire agli impliciti culturali, incorporati nelle singole esistenze.

Una capacità di ascolto attivo, partecipe, quale noi psicologi agiamo abitualmente nella nostra professione, unita a una adeguata sensibilità culturale ci aiuta a fare spazio all'altro, permettendogli di esistere e di condurci in un mondo che non potremmo conoscere e quindi capire di più, se lasciassimo prevalere solo il nostro punto di vista.

Come suggerisce Marianella Sclavi (2003), la sfida consiste nel poterci fidare della nostra visione del mondo – animata da valori, opinioni, credenze, teorie e affetti in continua trasformazione – senza assumerla come l'unica possibile.

Bibliografia

- Beneduce R. (2004), *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Franco Angeli, Milano.
- Coppo P. (2003), *Tra psiche e cultura. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Cozzi D. e Nigris D. (2003), *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*, Colibrì, Milano.
- Csordas T.J. (2003), *Incorporazione e fenomenologia culturale*, "Annuario di Antropologia", 3, 19-42.
- Gallissot R., Kilani M. e Rivera A. (2001), *L'imbroglione etnico*, Dedalo, Bari.
- Hahn R. (1984), *Rethinking 'Illness' and 'Disease'*, "Contributions to Asian Studies", vol. XVIII.
- Inglese S. (1996), *Introduzione*. In Nathan T. (1999), *Principi di Etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Lehman D.R., Chiu C. e Schaller M. (2004), *Psychology and Culture*, "Annual Review of Psychology", 55, 689-714.
- Littlewood R. (2000), *Psychiatry's Culture*. In Skultans V. e Cox J. (a cura di), *Anthropological approaches to psychological medicine. Crossing bridges*, Jessica Kingsley Publisher, Londra e Philadelphia.
- Livio M. (2003), *Orientamento professionale e immigrazione*. In M.R. Mancinelli (a cura di), *L'orientamento come promozione all'inserimento occupazionale*, Vita e Pensiero, Milano.
- Mazzetti M. (2003), *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto*, Carocci Faber, Roma.



- Moro M.R. (2002), *Bambini immigrati in cerca di aiuto. I consultori di psicoterapia transculturale*, UTET, Torino.
- Quaranta I. (2001), *Contextualising the body: anthropology, biomedicine and medical anthropology*, "AM – Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", vol. 11/12.
- Sclavi M. (2003), *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*, Bruno Mondadori, Milano.
- Sironi, F. (2001), *Ruolo e funzioni degli oggetti nelle sedute di etnopsichiatria presso il centro Georges Devereux*. In Rotondo A. e Mazzetti M. (a cura di), *Etnopsichiatria e psicoterapie transculturali*, Terrenuove, L'Harmattan Italia, Torino.
- Stratton J. e Ang I. (1996), *On the impossibility of a global cultural studies. 'British' cultural studies in an 'international' frame*. In Morley D. e Chen K.H. (a cura di), *Stuart Hall: Critical Dialogues in Cultural Studies*, Routledge, Londra e New York.
- Zoletto D. (2002), *Gli equivoci del multiculturalismo*, "AUT AUT", 312.