

Maddalena Riva

Migrazione e tossicodipendenza

Riassunto

L'articolo presenta i concetti basilari del modello francese etnopsichiatrico e propone alcune ipotesi eziopatogeniche circa l'origine e lo sviluppo della tossicodipendenza. Si addentra nella specificità culturale, soffermandosi sulle molteplici rappresentazioni della malattia diffuse in varie parti del mondo: anche per quanto concerne la tossicodipendenza, entrano in scena non solo i singoli individui, bensì anche la famiglia, la comunità, gli antenati, Dio, il rapporto con la natura.

La proposta di una traccia per i primi colloqui con un paziente tossicodipendente straniero mira all'accoglienza dei contesti di vita del paziente tra i quali è necessario trovare il legame di senso che li connette, unendo la storia familiare, ricca di immagini ed emozioni, con il progetto migratorio e il vissuto individuale della persona. La sfida risiede nell'elasticità dello spostamento verso l'altro, per poter tornare poi al proprio posto, arricchiti da un nuovo piccolo "viaggio mentale".

Abstract

The article presents the fundamental concepts of the French ethnopsychiatric model and proposes some etiopathogenic hypotheses about origins and development of drug addiction. It explores cultural specificity focusing on the various disease representations spread in different countries: single individuals, family, community, forefathers, God and the relationship with nature are involved even in drug addiction. The model for the first steps of consultation with foreign drug addicts suggested here is aimed at the acceptance of patient's life contexts, where the meaning relation connecting them is to be found linking family history, rich in images and emotions, with individual migration project and personal experience. The challenge is in the capability to move towards the other and then come back, enriched by a new, little, empathetic "mental voyage".

Introduzione

Nell'intento di formarmi in psicologia clinica transculturale e apprendere un percorso di cura proponibile a persone immigrate, ho avuto l'opportunità di vivere un'esperienza formativa presso l'ospedale Avicenne di Bobigny, nella periferia parigina. Tale ospedale è noto per aver dato origine all'etnopsichiatria, secondo il modello francese iniziato da G. Devereux, diffuso da T. Nathan e rielaborato da M.R. Moro. Al suo interno è stato fondato anche il Centro Boucebc, per pazienti immigrati con disturbo di dipendenza da sostanze.

L'obiettivo che mi propongo scrivendo questo articolo è la condivisione degli aspetti del modello di intervento francese che ho trovato illuminanti nella comprensione del disagio della migrazione, e particolarmente costruttivi per la delimitazione di progetti di cura, e la proposta di alcune riflessioni che coin-



volgono l'approccio sistemico e la mia esperienza professionale con i pazienti stranieri.

Breve sguardo sull'etnopsichiatria

Devereux è il fondatore dell'etnopsicoanalisi, disciplina che si basa sul complementarismo tra antropologia e psicoanalisi. Attualmente, l'evoluzione teorica e pratica del modello ha portato a un'ambiguità nella scelta dei termini di definizione. Moro preferisce infatti parlare di "etnopsichiatria", intendendo così una psicoterapia con orientamento analitico, che permetta una visione interdisciplinare, includendo anche la psichiatria e altre psicoterapie a orientamento non analitico. La disciplina antropologica resta fondamentale per decodificare i processi e le rappresentazioni culturali attraverso cui la sofferenza individuale delle persone si esprime.

I due concetti chiave dell'etnopsichiatria sono il principio di universalità psichica e la specificità culturale. L'universalità psichica è il funzionamento psichico che definisce l'essere umano in quanto tale, e accomuna incredibilmente ogni persona di qualsiasi provenienza. La specificità culturale concerne invece il particolare codice, tipicamente culturale, che ci permette di leggere e categorizzare il mondo, di rapportarci con l'esterno, di interpretare e costruire un senso specifico per la vita e gli eventi, per giungere anche a una definizione peculiare di lecito o illecito, di normale o patologico. Nathan parla di cultura vissuta, come elaborazione individuale e interiorizzata della cultura del gruppo di appartenenza definendola "una pelle dell'apparato psichico", costantemente modificata dall'apporto dei singoli, rivelandosi così un'entità dinamica in continua evoluzione.

Il concetto di trauma migratorio consegue alla nozione di involucro culturale: se viene a mancare la corrispondenza tra la cultura interiorizzata e la cultura esterna, l'individuo si trova in una situazione traumatica.

Il dispositivo tecnico sviluppato a Bobigny è composto da coterapeuti di lingua, cultura e percorsi formativi diversi ed è definito "a geometria variabile". Così concepito, il dispositivo ha degli intenti terapeutici impliciti e due funzioni essenziali. La prima è l'esplicitazione dell'alterità: la presenza del traduttore, di uomini, donne, bianchi e neri favorisce l'espressione della singolarità propria del paziente. La seconda è l'apporto culturale assicurato dal traduttore e dai molteplici universi culturali e tradizionali presenti nei terapeuti. Tale struttura facilita il recupero dell'involucro culturale tipico del paziente, perso o disgregato nel corso della migrazione, poiché non supportato dal contesto esterno, e riproduce anche un ambiente sociale che richiama spesso la società di provenienza del paziente, ovvero il valore della comunità per i paesi non occidentali.

Le difficoltà del paziente straniero: tra progetto migratorio e tossicodipendenza

Le relazioni di dipendenza costruiscono un legame persona-sostanza, che porta l'individuo a passare dallo stato negativo di sé a quello rivoluzionario desiderato, indotto dall'effetto della sostanza. Il passaggio verso uno stato migliore di sé è la relazione che muove ogni struttura di dipendenza, la quale si rivela una strategia utilizzata dall'individuo per fronteggiare situazioni di vulnerabilità individuale.

Ogni uso di sostanze e ogni relazione di dipendenza si instaurano sempre all'interno di una matrice sociale e simbolica, culturale e istituzionale, che agisce in modi diversi a seconda delle fasce di popolazione, delle fasi storiche, delle correnti culturali, dei valori predominanti e dell'uso di un oggetto che viene convalidato o interdetto socialmente.

Se ci occupiamo di immigrati, è fondamentale considerare un aspetto cruciale del loro vissuto, ovvero il progetto migratorio. Coloro che riescono a emigrare sono principalmente persone sane, giovani, intraprendenti e con sufficienti aspirazioni personali per adattarsi a situazioni strutturali e logistiche difficili. Spesso rappresentano per le loro famiglie una garanzia di sopravvivenza e speranza per il futuro: nel Paese di origine, sovente viene riposto in loro un progetto, una vera e propria missione che dà senso al loro viaggio e motiva i loro sforzi ma che pesa come grande responsabilità familiare e che influenza il carico di aspettative che i migranti nutrono verso se stessi e le loro potenzialità.

Possiamo dunque ipotizzare che il progetto migratorio si collochi come lo specchio di un'immagine di sé, che, già prima della partenza per l'estero del soggetto, risultava tanto onnipotente quanto precaria. Inoltre, la deprivazione, l'isolamento e l'esclusione creano situazioni di scarsa coesione sociale, le quali, associate allo stress e alla violenza che fanno da radici alla dipendenza da alcol e droghe, intensificano i fattori che portano a farne uso.

Dunque, i circuiti della tossicodipendenza, della malavita e dell'emarginazione sociale possono sia alimentare l'ingannevole immagine di sé sia essere il punto di approdo conseguente al fallimento del progetto migratorio.

L'etnopsichiatria può avere il ruolo di rilanciare la missione di viaggio della persona, rendendola più praticabile e realistica. Le componenti culturali affrontate nel corso della terapia possono sostenere i processi di riorganizzazione dell'identità soggettiva, mobilitando i legami di appartenenza familiari e culturali.

Tuttavia, è opportuno distinguere il disagio riscontrabile nelle persone immigrate di "prima generazione" da quelle di "seconda generazione". Nella seconda generazione, infatti, la tossicodipendenza può essere considerata come la difficoltà ad avere una chiara identificazione culturale dei giovani di origine straniera, sospesi tra il sistema culturale dei genitori, debole, materialmente poco accessibile, e il sistema normativo e sociale della società accogliente che richiede conformità da una parte ma li esclude dall'altra, producendo un'immagine di sé negativa e inaccettabile. Inoltre vengono messe in rilievo le difficoltà delle famiglie immigrate nel gestire i cambiamenti di ruolo al loro

interno e la perdita delle reti affettive e contenitive che le sostenevano nei paesi di origine. La figura del padre può risultare particolarmente fragile a causa della maggiore emancipazione e potere contrattuale che la donna acquisisce grazie al ruolo riconosciutole dalla società occidentale e dai servizi sociali nonché dalle migliori opportunità lavorative. Le competenze normative del padre sono quindi fortemente minacciate in queste situazioni, quando non sono causate da condizioni di reale invalidità e/o fragilità dovuta a disoccupazione.

La rappresentazione della malattia

Nelle società tradizionali non-occidentali la malattia non tocca soltanto l'individuo ma il suo contesto familiare, sociale e spirituale; non è mai una fase naturale del normale percorso dell'uomo bensì proviene da un disordine tra il mondo degli umani e il mondo dei non umani.

Le rappresentazioni culturali tradizionali della malattia, in questo caso la tossicodipendenza, sono alla ricerca del significato che questa malattia riveste per l'individuo e il gruppo in cui è inserito, e di quale messaggio intende comunicare ai viventi implicati.

Nel contesto africano, la spiritualità e il rapporto con la natura determinano il senso dello stare nel mondo e forniscono le risposte alle domande circa la propria identità e i compiti che attendono l'individuo. Non esiste l'individuo inteso come monade chiusa; l'uomo è comunque per e con la comunità: dentro di essa e con essa, perpetua la catena vitale. Nascere, crescere, invecchiare e morire significa inserirsi nel filo della vita che unisce tutti gli esseri in una comunione esistenziale che dura al di là della morte fisica, intesa sempre come un passaggio verso il mondo degli antenati.

È fondamentale il ruolo della responsabilità personale, espresso come il ruolo dell'uomo nel controllare e gestire le forze della natura e gli eventi della vita; il senso della responsabilità personale, il modo di agire e la valutazione delle proprie azioni dipendono dalla posizione che l'individuo ritiene di occupare all'interno della cosmologia della sua società e cultura.

L'uomo malato è segnato nel suo corpo perché qualcosa non ha funzionato, per colpa sua o intenzioni malefiche altrui, nel gioco dell'armonia all'interno della catena vitale.

Da qui la necessità e l'urgenza, prima di una diagnosi intesa in termini occidentali, di identificare il punto o la causa di rottura cosmica che ha prodotto la malattia: una resa dei conti che dura da generazioni oppure un attacco malefico da parte di persone nemiche o, ancora, una possessione da parte di uno spirito per la quale non si sono ancora attivati i percorsi di protezione. Tale passaggio è necessario anche nella mente del paziente, come fase fondamentale per ristabilire l'equilibrio e avviarsi verso la guarigione: senza tale intervento, nient'altro avrebbe senso.

Analogamente, i sistemi di credenze legati ai concetti di cura e malattia fra la popolazione latinoamericana si identificano in una varietà di rituali terapeutici, dispositivi religiosi, magici e naturalistici, di cui i principali sono il culto della *santería* e dello spiritismo. La comprensione di queste pratiche è

importante perché spesso i pazienti non si rivolgono ai servizi sanitari bensì ai guaritori tradizionali. Le cure tradizionali includono elementi che si riferiscono ai principi della medicina naturalistica del caldo/freddo, a strumenti fitoterapici o a pratiche religiose e spiritiche a opera del *curandero* o a quelle magiche dello stregone.

Nei Paesi asiatici l'individuo è considerato vittima di eventi come una malattia, la perdita di lavoro o di una persona cara; non viene ritenuto responsabile, quindi non deve essere biasimato. Quando il comportamento viene concepito come trasgressione dei principi di fedeltà e dei doveri verso la famiglia e i genitori, la malattia diventa una punizione per coloro che hanno infranto i codici di comportamento previsti dall'etica. La tossicodipendenza e l'alcolismo sono considerati comportamenti inappropriati e immorali; per questo possono produrre emarginazione da parte della comunità e forte rifiuto. Sono comportamenti che minacciano il prestigio e l'onorabilità della famiglia e vengono tenuti nascosti il più possibile.

Gli anziani sono fortemente impegnati a esortare il paziente a condurre comportamenti corretti, facendo appello alla razionalità e ai doveri verso la comunità. La famiglia, per un soggetto di origine asiatica, è fondamentale per l'identità culturale, per le regole, gli obblighi e le aspettative che essa impone all'adolescente. È quindi necessario analizzare le capacità di adattamento della famiglia stessa e le strategie messe in atto nel passato e nel presente per fronteggiare i vari tipi di stress e le richieste di acculturazione derivanti dall'ambiente. La famiglia che riesce a mantenere coesione al suo interno potrà garantire non solo autorevolezza ma anche maggior controllo sociale e in questo modo potrà scoraggiare il parente a stringere legami con gruppi devianti.

Accogliere e promuovere la cultura: indagine e terapia nei primi colloqui

Spesso i pazienti stranieri si rivolgono ai guaritori tradizionali anche nel Paese di accoglienza, e non al servizio pubblico. Tuttavia, in alcuni contesti, compreso quello della tossicodipendenza, si rendono indispensabili interventi coatti, per i quali l'operatore sanitario deve obbligatoriamente considerare la situazione e individuare un progetto terapeutico o educativo per la persona. Questi interventi devono dunque essere studiati con l'intento di una vera e propria cura dell'individuo, inserito nel suo universo rappresentazionale culturalmente specifico. Per proporre un intervento terapeutico adeguato, è fondamentale accogliere le rappresentazioni culturali della malattia per il paziente e la sua famiglia, adottando una visione olistica che coinvolga le sfere della spiritualità, della famiglia, della comunità e dell'universo.

L'ottica d'intervento non si dirige ovviamente verso una sostituzione dei metodi tradizionali con i metodi occidentali bensì si struttura come ascolto e cooperazione tra i due sistemi, possibilmente anche collaborando con gli stessi guaritori tradizionali o confrontandosi con loro. L'obiettivo è l'accoglienza della visione di sé del paziente, del significato che egli attribuisce alla malattia e del ruolo che conferisce a un determinato atto terapeutico, occidentale o tradizionale che sia.

Esistono a tal fine dei criteri di analisi o delle linee guida attraverso cui sondare le rappresentazioni del paziente attingendo dalle sue conoscenze personali o dal bagaglio culturale dei membri della sua famiglia oppure chiedendo aiuto a mediatori culturali. L'impostazione dei primi colloqui, finalizzati alla raccolta di informazioni e alla conoscenza preliminare del paziente e della sua famiglia, porta in sé già degli elementi terapeutici. Dall'esplicitazione di alcuni momenti salienti della storia familiare e individuale, dal racconto di sé e delle proprie rappresentazioni, dall'ascolto offerto e dalla costruzione di significato favorita dal collegamento tra gli elementi del racconto può strutturarsi l'inizio di un percorso terapeutico.

Di seguito, proviamo a individuare i punti importanti di un'indagine preliminare.

Famiglia

La composizione nell'arco trigerazionale, gli eventi principali che hanno segnato la famiglia nel corso del tempo, le relazioni e i contatti esistenti tra i membri.

L'esistenza di un sistema matrilineare o patrilineare per capire i ruoli di responsabilità attribuiti ai membri della famiglia. Per esempio, nelle società matrilineari, la responsabilità sui minori è solitamente attribuita al fratello della madre, e non al padre.

Il significato del nome del paziente e la sua origine

I nomi hanno spesso un valore fondamentale; è importante sapere, fra le altre cose, quale membro della famiglia ha scelto il nome, che significato religioso o spirituale ha, a chi altri apparteneva, se ha un valore di protezione dal male per la persona oppure di augurio. Sovente, attraverso lo studio del nome si scoprono l'identità e il ruolo attribuito al paziente dalla sua famiglia, comprese le aspettative sulla sua vita, sulle sue potenzialità e sui suoi doni particolari, sul progetto migratorio.

Il ruolo degli anziani della famiglia

Il coinvolgimento degli anziani durante gli interventi può apportare conoscenze utili all'operatore ma soprattutto favorisce la trasmissione intergenerazionale della storia familiare e delle radici culturali, la cui perdita è spesso una concausa del disagio psichico.

Cultura

I valori e le norme di ogni gruppo culturale; specialmente, nel caso della tossicodipendenza, le pratiche attinenti l'uso di alcolici e droghe.

Il legame con la tradizione, i sacrifici, i riti religiosi a valore terapeutico o protettivo, che solitamente vengono compiuti nel Paese di origine e che necessitano di essere rinforzati.

Spesso i riti, nel tempo della migrazione, sono stati omessi: è importante sottolineare l'importanza di compiere tali rituali con gli anziani o con il resto della famiglia che abita nel Paese d'origine. Celebrare i gesti tradizionali del Paese può assicurare il paziente: egli confessa la sua problematica alla famiglia uscendo dalla solitudine del suo problema il quale è spesso un "segreto", riassume la propria posizione all'interno del contesto sociale compiendo un atto socialmente e culturalmente riconosciuto e indispensabile. Sovente il paziente, una volta compiuto il rito, rinforza la sua appartenenza al gruppo e la sua accettazione sociale all'interno dello stesso.

Per citare un esempio specifico: quando i pazienti affermano che la loro malattia è iniziata in Italia, o nel Paese di accoglienza, si può ipotizzare un senso di colpa e di vulnerabilità legati alla partenza dal Paese di origine, con il quale può essere necessario rinnovare un legame di appartenenza tramite un rito. In seguito al compimento dei "doveri" culturali, il paziente e la sua famiglia saranno abbastanza forti da continuare la missione della migrazione e viverla con la partecipazione sperata.

La resistenza del paziente a compiere i riti tradizionali

Talvolta il paziente non è pronto per i riti tradizionali: ciò può nascondere un ulteriore aspetto della migrazione che è importante approfondire e che può celare altre problematiche profonde. Si possono per esempio sondare la qualità dei rapporti con le persone del Paese di origine, la relazione con i genitori/nonni, la storia di coppia, l'accoglienza della coppia all'interno della famiglia allargata, le altre malattie verificatisi all'interno della famiglia, e come sono state curate, e via dicendo.

Inoltre, spesso accade che i giovani della "seconda generazione" non conoscano i riti tradizionali, sebbene ne riconoscano implicitamente il valore, in quanto eredi diretti di questo patrimonio ignoto. Invitare i familiari a esplicitare le loro modalità tipiche di cura può sempre essere utile per rinforzare il legame di appartenenza tra il paziente e la sua famiglia e per incrementare le potenzialità di accudimento, di cura e di cambiamento provenienti dal nucleo familiare.

La rappresentazione culturale della patologia

Ci possono essere di aiuto il paziente stesso, gli anziani della famiglia o i mediatori culturali.

Storie e miti

“Quando soffia il vento e cade un albero, tutti noi crediamo che sia stato il vento a farlo cadere. È vero, ma non è tutta la verità. Se ci avviciniamo all'albero, vediamo che dentro è mangiato, vuoto. Prima che arrivasse il vento, c'era già un verme che era entrato e aveva fatto il suo lavoro. L'albero sembrava ancora vivo all'esterno ma dentro era già morto. Il vento ha dato solo l'ultimo colpo”.

Questo è il racconto di un paziente tossicodipendente, affetto dal virus dell'Aids.

L'utilizzo della comunicazione metaforica

Il linguaggio dei segni e la necessità di riconoscere tempestivamente i segnali derivanti dall'ambiente naturale hanno favorito lo sviluppo della vista e della memoria visiva che consente di ricordare esattamente parole, immagini, fatti e circostanze. In questo senso, si può attribuire importanza ai miti, alle leggende e alle storie utilizzate per parlare dell'universo rappresentazionale del paziente. Spesso, la comunicazione nei Paesi non occidentali avviene tramite il racconto di storie; similmente, si può anche interpretare l'importanza che viene attribuita ai rituali e al loro corredo simbolico, non solo per le componenti religiose e spirituali ma anche per la natura comunicativa che rivestono nella memoria culturale di molte popolazioni. Raccontare o favorire il racconto di storie durante la terapia con un paziente immigrato, può costituire il modo di comunicazione privilegiato.

L'identificazione del paziente con un personaggio storico o religioso

Per citare degli esempi, il Corano, come tutti i testi sacri, narra la vita di profeti e santi sui cui insegnamenti si cerca di costruire la propria vita. L'identificazione del paziente con un personaggio del testo sacro (proponibile tramite omonimia o simile esperienza) permette al paziente di attribuire un valore assoluto alla propria vita e di ritrovare l'ordine, l'equilibrio, la forza e la consapevolezza che sono venuti a mancare.

I sogni

Secondo la psicoanalisi sono la rivelazione dell'inconscio, e l'interpretazione di essi è fondamentale per la conoscenza del proprio mondo interno. Per la maggior parte dei Paesi non occidentali, il sogno è uno strumento di comunicazione con i defunti, con gli spiriti e con le leggi della natura. Il sogno può essere premonitore oppure può indicare la strada da scegliere, il rito da compiere, o ancora può rivelare la vera identità di una persona con la quale si è in-

staurata una relazione. In tutti i testi sacri del mondo, il sogno è un punto d'incontro tra l'uomo e la divinità. È fondamentale dunque lasciar spazio alla narrazione dei sogni e all'ascolto della parte irrazionale, profondamente segnata dalla cultura, della persona che abbiamo in cura.

Innanzitutto è possibile utilizzare la libera associazione per capire quale idea è stata evocata dal sogno: "Cos'è, per lei, lo scorpione che ha sognato?".

Secondariamente, si potrebbe chiedere al paziente: "Che cosa rappresenta lo scorpione nella sua cultura?".

Infine, il terapeuta può proporre un'immagine circa il contenuto del sogno: "Da me, nel mio Paese, lo scorpione significa... e si dice che...". Questo intervento ha l'obiettivo di verbalizzare una problematica, di sollecitare la riflessione e di offrire ai pazienti altri percorsi, altri scenari possibili.

Talvolta, è anche possibile creare un legame tra gli elementi del sogno e la realtà, facendo un parallelo diretto: "Questo scorpione mi fa pensare a una donna, di una certa età, abile nell'utilizzare le proprie armi e la propria astuzia...". A partire dalle immagini del sogno è possibile costruire una storia, inventare una nuova immagine diversamente evocativa ma che permette di individuare il problema fondamentale del paziente.

Conclusioni

Abbiamo presentato i concetti basilari del modello etnopsichiatrico, con l'intento di definire la cornice teorica del nostro approccio clinico. In seguito, abbiamo accennato ad alcune ipotesi eziopatogeniche circa l'origine e lo sviluppo della tossicodipendenza, distinguendo tra due possibili condizioni contestuali: quella in cui si trovano le persone migranti che hanno compiuto il "viaggio" e quella vissuta invece dai figli nati in Italia.

Addentrando nella specificità culturale, ci siamo soffermati sulle molteplici rappresentazioni della malattia diffuse in varie parti del mondo. Tale trattazione, lontana dall'essere esaustiva, mira a sollecitare l'ascolto di nuovi modi di intendere l'esperienza di vita e di attribuirvi un significato. Per ciò che concerne la tossicodipendenza, entrano in scena non solo i singoli individui ma anche la famiglia, la comunità, gli antenati, Dio, il rapporto con la natura... Si incontrano nuove psicologie e si delineano differenti fattori di rischio e di protezione a seconda della dimensione storica, culturale, sociale e religiosa in cui si sviluppano. Diventa così essenziale costruire strumenti che ci permettano di ascoltare in modo partecipe il racconto che la persona fa di sé. La proposta di una traccia per i primi colloqui con un paziente tossicodipendente straniero mira all'accoglienza dei contesti della sua vita, tra i quali è necessario trovare il legame di senso che li connette, unendo la storia familiare, ricca di immagini ed emozioni, con il progetto migratorio e il presente, anche con l'aiuto di un genogramma. Si invita allo studio del nome, del ruolo di ogni persona significativa nella sfera culturale e familiare del paziente, nonché alla comprensione della rappresentazione della malattia e dei riti attuati e attuabili per guarirla.

Il lavoro clinico con il paziente immigrato richiede un importante "decentramento" da sé e dai propri schemi di categorizzazione della realtà.

Spesso nel nostro lavoro si avverte una spontanea curiosità a conoscere il punto di vista del paziente e a percepire la realtà dalla sua prospettiva. La sfida risiede nell'elasticità dello spostamento verso l'altro, per poter tornare poi al proprio posto, arricchiti da un nuovo piccolo "viaggio mentale". Lavorare con pazienti stranieri significa avere un fulcro fermo, costituito dalle nostre teorie e dalla nostra modalità tipica relazionale, e poter girare attorno ad esso, andando lontano, a esplorare il mondo e le rappresentazioni dell'altra persona.

Bibliografia

- Monaci P. (2002), *Tossicodipendenza e immigrazione. Un approccio psicosociale*, L'Harmattan Italia, Torino
- Moro M.R., De La Noë Q. e Mouchenik Y. (a cura di) (2004), *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social*, La Pensée Sauvage, Grenoble.