

Roberto Beneduce

# Etnopsichiatria

Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura



Carocci editore

Per aver consentito la pubblicazione delle foto qui riprodotte si ringrazia la National Australian Library per le figure 1.1 e 1.2, la Collection Gérard Lévy (7, Rue de Beaune, Paris) per le figure 1.3, 1.4, 1.5, 1.6; l'Anti-Slavery International (Thomas Clarkson House, The Stableyard, Broomgrove Road, London) per le figure 3.1 e 3.2, le Presses Universitaires de France (Paris) per le figure 4.1 e 4.2, le edizioni Présence Africaine (Paris) per la figura 4.3, la casa editrice Bollati Boringhieri (Torino) per la figura 8.1.

1<sup>a</sup> edizione, ottobre 2007

© copyright 2007 by Carocci editore S.p.A., Roma

Finito di stampare nell'ottobre 2007  
per i tipi delle Arti Grafiche Editoriali Srl, Urbino

ISBN 978-88-430-3503-8

Riproduzione vietata ai sensi di legge  
(art. 171 della legge 22 aprile 1941, n. 633)

Senza regolare autorizzazione,  
è vietato riprodurre questo volume  
anche parzialmente e con qualsiasi mezzo,  
compresa la fotocopia, anche per uso interno  
o didattico.

## Indice

Introduzione	11
Ringraziamenti	21

### Parte prima L'eredità della psichiatria coloniale

1.	Politiche della cultura e dell'alterità	25
2.	Pionieri della psichiatria transculturale: Gilles de la Tourette e Kraepelin	47
3.	L'occultamento della Storia e l'assoggettamento dell'Altro nelle colonie	57
4.	Frantz Fanon: la rottura, e la nascita di un'etnopsichiatria militante	87

### Parte seconda L'etnopsichiatria come etnoscienza

5.	Le basi epistemologiche dell'etnopsichiatria contemporanea: Georges Devereux	117
----	--	-----

ETNOPSICHIATRIA

6.	Da Abeokuta a Dakar	147
	Lavorare con i guaritori: promesse e contraddizioni di un incontro	152
	Il bambino come corpo-frontiera fra mondo dell'invisibile e realtà sociale	161
	Edipo in Africa	172
7.	Nosologie tradizionali, depressione e <i>culture-bound syndromes</i>	183
	La <i>black depression</i> : dagli stereotipi coloniali alle nuove politiche del Sé	188
	La questione delle <i>culture-bound syndromes</i> , o l'ansia della classificazione	200
8.	Avatar dell'etnopsichiatria in Italia	217
	Guarire e destoricare: Ernesto de Martino	218
	Le ambiguità del folklore e delle classi subalterne: Alfonso Maria di Nola	228
	La verità del sortilegio: Michele Risso	232

Parte terza  
Immigrati e rifugiati

9.	L'avventura ambigua. Migrazione, nostalgia e disagio psichico	243
	Un dolore ostinato: la nostalgia come rivolta silenziosa	243
	Straniero e folle. La figura dell'immigrato nella geografia dello Stato-nazione	257

INDICE

10.	Dall'“indigeno” all'immigrato: come curare l'Altro?	265
	Ethnoscape: il trionfo del trickster e dell'ibridazione?	266
	Cura e “leve culturali”	269
	La mediazione etn clinica e il rito della traduzione	289
	Rifugiati e vittime di tortura. Fra politiche della memoria e anestesia morale della violenza	297
	Epilogo. L'incorporazione della storia, o le ragioni dell'etnopsichiatria	313
	Note	317
	Bibliografia	359
	Indice analitico	385

## La mediazione etnoclinica e il rito della traduzione

Era un altro paese, di cui conoscevo i gesti eccitabili, ma che non riuscivo a comprendere con la mente, come l'amnesia di mia madre; risposte intraducibili accompagnavano questi spiriti reali che mi avevano dimenticato proprio come io avevo dimenticato un continente in quelle strade strette. Ora, nei rumori inquieti della notte, quello che udii mi ricoprì la pelle con una tenebra più antica. Stavo in un villaggio, con i fuochi che tremolavano nella mia testa, con lingue di un idioma che più non capivo, ma dove la mia carne non aveva bisogno di traduzione, poi di nuovo udii il patois, mentre mi si aprivano le orecchie.

Walcott (2003, pp. 283-5)

Per quanto seducenti, gli schemi proposti relativamente ai tempi in cui si schiude la crisi o cresce la vulnerabilità dei cittadini immigrati in rapporto alla loro esperienza di separazione dal paese d'origine e di ingresso nella società ospite hanno di rado catturato il senso della sofferenza che si sperimenta nel corso dell'*emigrazione* e nelle incerte avventure dell'*immigrazione*. In queste vicende, il ruolo della violenza familiare, del bieco sfruttamento in un mondo del lavoro spesso precario, della brutalità della tratta a cui sono sottoposti corpi ridotti a meri mezzi di produzione costituisce un dato massicciamente presente nelle vicende cliniche di giovani e donne, un dato che interroga le procedure e le categorie diagnostiche mostrando ancora una volta, della malattia, della "follia", tutti i suoi nodi politici e sociali. L'irriducibilità dei disturbi sembra in alcuni casi alludere ad altri conflitti, ad altre diffidenze, e mette in luce, nei luoghi della cura, zone di opacità o di "inaccettabilità" che si vorrebbe cessare di ricordare ("Perché dovrei parlare di *questo* con un medico bianco?", si domandava una donna nigeriana angosciata dai fantasmi di Mami Wata; "Perché devo venire in un centro *etnopsichiatrico*? Questo è razzista!", affermava un ragazzo di origine algerina, giunto in Italia ancora bambino e corroso da un'ansia di fuga che aveva fatto dire a un *fqih* che era "posseduto da un *jinn* turista" ...).

L'*etnopsichiatria* della migrazione si misura con questa complessità, con l'obbligo di fare, della *passione del dettaglio*, il suo vero e ostinato principio. Le esperienze accumulate da parte di diverse équipe in questi anni hanno condotto a valorizzare sempre più il dispositivo della mediazione linguistico-culturale ed etnoclinica. Di questo dispositivo

ho già scritto altrove, e non mancano del resto monografie e antologie recentemente pubblicate che ne analizzano premesse, limiti e successi. Qui mi limito a ricordare la confusione che caratterizza non pochi dibattiti su questa pratica e a proporre una distinzione preliminare fra traduzione, mediazione linguistico-culturale e mediazione etn clinica, sebbene questi tre aspetti normalmente siano compresenti o si alternino all'interno del setting.

La traduzione, innanzitutto, si è imposta nel momento in cui gli operatori hanno riconosciuto che un'interazione efficace con utenti immigrati e famiglie straniere esige una competenza linguistica di cui essi non erano in possesso. Di tradurre termini e significati si aveva bisogno per ridurre il rischio di malintesi, o semplicemente per avere la possibilità di stabilire una comunicazione soddisfacente, ed essere certi che le prescrizioni terapeutiche fossero comprese. A mano a mano che si passava da interazioni semplici a interazioni complesse, ossia a situazioni rivolte a indurre cambiamenti e nuove consapevolezze, modificare attitudini o esplorare esperienze e biografie, la mera traduzione non bastava più, né poteva essere un *luogo* sufficiente per strutturare il campo delle azioni (la scuola e la psicoterapia sono territori esemplari di queste interazioni complesse fra utenti stranieri e operatori).

Il mediatore doveva avere in questi casi non solo una *competenza linguistica* ma essere in grado di intervenire in un ambito assai più indefinito e ampio di relazioni, come sempre storicamente determinate, e di vicende dolorose, di diffidenze o di sintomi. Dare per scontata la competenza linguistica in qualsivoglia mediatore si sarebbe rivelato presto un errore: nessun mediatore è un “esperto naturale” della propria lingua e della propria cultura. Ma presupporre che corsi di formazione quanto mai generici, caratterizzati dalla giustapposizione di materie e argomenti eterogenei, trattati senza nessun disegno organico (formare mediatori per quali ambiti?), e rivolti ad allievi con background quanto mai diversi, ha rappresentato un errore ancora più grave, la cui testarda ripetizione si spiega solo con gli interessi economici che sostengono quella che può definirsi una vera e propria industria della formazione. Il mediatore culturale, così *battezzato* dal suo diploma, è dunque in molti casi sprovvisto di una rigorosa metodologia della traduzione e della mediazione, scarsamente avvertito dei rischi di vedersi trasformato in enunciatore culturale (Clifford, 1999, p. 61, n. 9) e ancor meno preparato a una teoria della Cultura fondata sull'idea della sua ambivalenza *strutturale* sulla consapevolezza che «le “radici” di ciascuno sono state in qualche modo recise» (ivi, p. 118), e sulla disponibilità a considerare la cultura e l'identità culturale

come campi di forze ambigui, sottoposti a incessanti dinamiche di manipolazione, metamorfosi, occultamento e creazione (cfr. anche Crapanzano, 2007). In un territorio fatto di riverberi e malintesi, “rappresentare” e “tradurre” culture costituisce una vera e propria sfida, affrontare la quale richiede necessariamente – sia da parte degli operatori che dei mediatori – disponibilità e competenza. L’immagine del processo per il diritto a occupare la terra da parte degli indiani wampanoag di Mashpee, celebrato nel 1977 nella Corte federale di Boston e descritto da James Clifford, ci offre una metafora utile per pensare i problemi che sto evocando:

Mi sembrò che il processo – al di là della sua posta in gioco politica immediata – fosse un esperimento cruciale di traduzione interculturale. Indiani moderni, che parlavano del grande spirito in un inglese dal peculiare accento del New England, dovevano convincere una giuria di bianchi bostoniani della propria autenticità. *Il processo di traduzione era pieno di ambiguità, giacché tutti i confini culturali in gioco apparivano vaghi e precari.* Il processo sollevò questioni di vasta portata circa i modi d’interpretazione culturale, i modelli impliciti di totalità, i tipi di stanziamento, i racconti dello sviluppo storico [...]. Nel corso degli ultimi cent’anni i caiachi della Nuova Caledonia erano riusciti a trovare efficaci, specifici modi per vivere come melanesiani in un mondo invadente. Mi parve che i mashpee si stessero battendo per uno scopo analogo: far *rivivere e inventare modi per vivere come indiani* nel xx secolo (ivi, pp. 20-1; il corsivo è mio).

Non ci si deve stupire se il mediatore culturale sia diventato spesso vittima di aspettative e malintesi che avrebbero a loro volta generato feroci conflitti e frustrazioni, sia nei mediatori sia negli operatori, dal momento che quanto a lui si chiede è assai più che parlare della cultura dell’Altro: egli è spesso, implicitamente, impegnato in una vera e propria azione di *advocacy*<sup>28</sup>. Un’altra osservazione s’impone. Il compito del traduttore presuppone un ruolo “linguisticamente” attivo, dunque una responsabilità considerevole sul piano delle scelte semantiche, che talvolta non esclude il *felice tradimento* del significato letterale delle parole, come osservava Benjamin. Il ruolo del mediatore è però ancora più attivo: egli deve saper promuovere o innescare riformulazioni di esperienze, negoziazioni di senso, e questo significa che egli fa molto più che *tradurre fra* due locutori, egli, infatti, anche quando non ne ha piena consapevolezza, *agisce su* entrambi. Se a questo esercizio egli non è stato adeguatamente preparato, ancor meno preparato è però l’operatore, l’esperto della mente, che spesso resiste alla sua presenza, si *ribella* all’idea di modificare il proprio ruolo e il proprio potere, di tacere anche provvisoriamente il proprio sapere. Talvolta lo psicoter-



peuta che adotti un approccio individuale può sentire propriamente minacciato il campo del suo agire terapeutico.

La mediazione linguistico-culturale ha dunque contribuito a far emergere e risolvere i problemi specifici dell'incontro con i pazienti immigrati e designato un'attività centrale nell'incontro terapeutico, ma purtroppo chi avrebbe dovuto costruire i percorsi formativi adeguati ad una simile attività ha trascurato i presupposti metodologici che avrebbero dovuto orientare obiettivi e strategie dei futuri mediatori. “Mediatore culturale” è d'altronde un termine ambiguo: rinvia a una figura controversa (*cultural broker* era la denominazione di colui che mediava fra autorità coloniali e popolazione locale: durante la riscossione delle imposte, ad esempio), che *soffre* perché giocata dall'ambiguità, dall'eteroglossia irriducibile della Cultura, o costretta a riconoscere nel suo stesso corpo, nella sua voce, che egli non è un ponte sospeso a congiungere due rive, come spesso si è erroneamente immaginato, ma il fiume stesso che scorre lungo mutevoli orizzonti, il più delle volte ignorando dove il suo discorso lo condurrà. Da qui la fatica, gli equivoci, il malessere di questa professione evidenti allorquando si consideri, in particolare, la psicoterapia interculturale: le pieghe che egli si rivolge a scrutare sono infatti, in una certa misura, le sue stesse.

I mediatori etnoclinici con i quali ho lavorato, spesso spingendoli oltre le loro previsioni a interrogare “tutti i confini culturali in gioco”, hanno certo sperimentato il disagio di tradurre una differenza nella consapevolezza che non ci fosse nessuna presunta “autenticità” da spiegare, non molto diversamente da coloro che finiscono per arrivare, alla fine del loro lavoro di informatori, a interrogare la loro stessa identità dopo averla inscenata di fronte al ricercatore (etnologo o etnopsichiatra). Questo disagio può forse spiegare perché alcuni di essi si sono allontanati (perché costringersi in un'avventura di questa portata?), indicando ancora una volta la necessità di una formazione e di un training ben diversi da quelli attuali<sup>29</sup>. Ora, l'esperienza di questi anni, mi ha convinto in modo crescente che *l'etnopsichiatria della migrazione è per sua stessa natura un complesso dispositivo di mediazione* (fra saperi e discipline, fra epistemologie ed esperienze, fra lingue e idiomi ecc.). È questo dispositivo che con il tempo ha finito per imporsi alla mia attenzione come necessario ed efficace: un dispositivo che a certe condizioni può essere realizzato con successo *anche in assenza della figura fisica del mediatore linguistico-culturale*, purché si sappia far risuonare in tutto il loro potere categorie, nomi, metafore, allusioni, purché si abbia cioè la capacità di istituire nel corso della cura il “rito della traduzione”. Quando adopero questa espressione mi riferisco a quel viaggio delle parole da una lingua al-

l'altra ricordato anche da Cristiana Giordano in riferimento alla lezione heideggeriana:

Un movimento nell'altrove di un'altra lingua e il ritorno, trasformato, nella lingua di partenza. Le parole non sono semplicemente trasportate in un'altra dimora linguistica, ma sono destinate a trasformare questa dall'interno. Heidegger chiama lo spazio tra lingue diverse un abisso che costringe il traduttore/filosofo a compiere un salto [...]. Ogni traduzione è un tentativo di compiere questo salto, nonché l'abilità di trasferire un lato dell'abisso dall'altra parte, senza cancellare le divisioni fondamentali che separano le lingue (Giordano, 2006, pp. 304-5) <sup>30</sup>.

Se il dispositivo della mediazione è fondamentale, se esso può rivelarsi in sé capace di attivare processi di trasformazione, è perché opera proprio intorno ai paradigmi della narrazione, della creazione di significati, della traduzione di esperienze, e nel *governo* di queste (anche di quelle più inquietanti, alle quali il racconto del paziente cerca di opporre un contenimento, un ordine all'interno di un più ampio e condiviso contenitore temporale e relazionale; Garro, 2003). Un tale dispositivo contribuisce a generare processi di riformulazione grazie alla costituzione di un *altrove* sottratto alle leggi discorsive dominanti (comprese quelle del sapere medico-psichiatrico), in grado come tale di offrire un luogo, meglio: una *localizzazione*, all'alterità inesplorata che minaccia il paziente. Questo "altrove" si configura come un autentico spazio di intermediazione, analogo a quel termine intermedio che, secondo Lévi-Strauss, consente al ricercatore l'incontro fra l'etnografo e attori locali (cfr. CAP. 5).

Caso clinico 4: *l'oscura minaccia della stregoneria* Una giovane donna ivoriana, da un anno seguita da una psicologa presso un servizio di neuropsichiatria infantile in seguito ai disturbi dei suoi due bambini, fu inviata presso il Centro Fanon a causa della persistenza dei sintomi nei figli (incubi ripetuti nel più piccolo, un sospetto disturbo da deficit dell'attenzione e di iperattività nel più grande). La psicologa aveva ricondotto i problemi, tanto della madre quanto dei bambini, all'assenza della figura paterna e ai conflitti successivi alla separazione. Di fatto la precarietà economica e le difficoltà nel gestire il menage sostenevano ampiamente il buon senso di questa lettura, pedissequamente riportata dalla paziente nel corso del primo colloquio: ciò che era stato del tutto ignorato era però il contenuto degli incubi del bambino (scene di sacrifici animali particolarmente cruento, immagini di morte ecc.), così come non erano venuti alla luce i significati delle angosce della madre (il timore che l'ex marito stesse operando con pratiche stregonesche ai danni dei bambini per realizzare il proprio successo economico; la paura che sua madre, dunque la nonna materna dei bambini, sospettata di essere una stre-

ga nel proprio villaggio, fosse la reale artefice di tutte le sue sventure). Ma come parlare di tali angosce a un operatore che ha già il suo modello di relazioni familiari, di funzionamento dell'inconscio o del “principio del piacere”? Qualche incontro in un contesto di attenzione rigorosa alle parole, alle immagini, alle metafore, il lavoro prezioso di due mediatori etnoclinici (marocchino l'uno, senegalese l'altro), l'interpretazione di talune immagini oniriche e la prescrizione di comportamenti appropriati rivolti a neutralizzare l'aggressività di cui si sentiva vittima avevano permesso che questi temi fossero evocati con circospezione e timidezza prima, con fiducia poi, trattati e *regolati* infine (inutile parlarne con qualcuno che li considerasse superstizioni o paure irrazionali, ma ancor più inutile evocarli con chi non saprebbe *neutralizzare* quei poteri di morte). L'evocazione di concetti come “stregoneria” o di agenti invisibili all'origine del male non costituisce un frammento qualunque della comunicazione tra paziente e terapeuta: spesso questi riferimenti hanno qualcosa della rivelazione di un segreto, e impongono al terapeuta di operare proteggendo il paziente dal rischio che deriva da queste sorgenti di pericolo, di malattia, di crisi. Le lettere che giungevano ai pazienti incontrati da Michele Riso e Wolfgang Böker annunciando la controfattura *curavano* le loro angosce, i loro disturbi scomparivano, ciò che psicofarmaci e psicoterapia ordinaria non erano riusciti a fare. Si tratta di un fenomeno analogo a quello ora considerato: prendere sul serio la loro paura (e la loro sofferenza!) è il primo passo, quello successivo (risolutore) è *includersi* nella rete di relazioni occupando il ruolo di chi può spezzare l'efficacia di ingiunzioni, di chi conoscendo la violenza e il potere di quei simboli è in grado di modellare a vantaggio del paziente rapporti di forza e ruoli, facendo da scudo contro la volontà di nuocere. Si tratta di riconoscere quel rapporto fra violenza e malattia già rievocato in relazione all'opera di de Rosny. I sintomi nei bambini erano scomparsi dopo quattro sedute, la madre avrebbe ripreso a lavorare con fiducia giungendo a programmare, per la prima volta dopo dieci anni (sic!), un viaggio di ritorno nel suo paese, finalmente riuscendo a incontrare la temuta madre, senza più paura. Avrebbe affittato una casa non molto lontano dal villaggio d'origine, per poter gradualmente adattarsi nuovamente a quel contesto, ma anche per scrutare la propria famiglia e capire se i sentimenti aggressivi nei suoi confronti erano o meno ancora attivi; solo dopo si sarebbe recata nel villaggio materno.

Caso clinico 5: *la guerra dentro* Un adolescente afgano, rifugiato, giunge in una comunità dove però i suoi comportamenti aggressivi sono, tanto nei confronti degli altri ospiti quanto nei confronti degli operatori, particolarmente violenti e minacciosi. Non una parola d'italiano, forti difficoltà di comunicare, e l'esigenza imperiosa di sedarlo. La consulenza di una neuropsichiatra infantile propone l'ipotesi di un disturbo cognitivo, un'oligofrenia che sarebbe coerente con quegli impulsi di incontrollabile aggressività (dovuta alla mancanza dell'inibizione corticale). Scarsa l'efficacia degli psicofarmaci, necessario un approfondimento diagnostico, ma come fare se il paziente non parla l'italiano? L'idea dell'operatore è geniale: sottoporlo a un test per valutare le sue abilità

cognitive escludendo però l'utilizzazione del mezzo verbale (dunque della lingua italiana). La soluzione è il Leiter test (*Leiter International Performance Scale* o LIPS), utilizzato nel caso di sordomuti. Così il prevedibile risultato conferma il sospetto, dando un punteggio di QI assai al di sotto della media. L'incontro al Centro Fanon, reso necessario per il persistere delle crisi di aggressività esplosiva nonostante l'uso massiccio degli psicofarmaci (l'ipotesi, scontata, era stata: sono dovute forse alla scarsa efficacia di queste sostanze, descritta frequentemente nei casi di ritardo mentale su base organica?), ci mette di fronte a un quadro clinico assai più complesso. Il paziente giunge da una regione montana di un paese devastato da decenni di guerra e di morte: addestrato per anni alla violenza e alla vita militare (è dall'infanzia che trasporta munizioni ed esplosivi, impara a usare perfettamente l'AK-47, vive al seguito di milizie lontano dalla famiglia), il nostro giovane interlocutore è giunto in Italia con il suo carico di sofferenza, piegato da ricorrenti crisi di cefalea (talmente insopportabili da spingerlo talvolta a ferirsi la testa contro il muro, non per un atto di autolesionismo – come suggerisce il sospetto di oligofrenia – ma come disperato tentativo rivolto ad attenuare un dolore psichico intollerabile). Soprattutto ciò che colpisce è la maturità di questo ragazzo, che riesce a parlare già un po' di arabo, di italiano, e che conosce, oltre alla sua lingua madre (il *dari*, uno dei due maggiori dialetti della lingua *fārsi*), anche elementi di turco e di cinese... Davvero troppo per continuare a sostenere l'ipotesi di ritardo cognitivo, e sicuramente abbastanza per riuscire a dare un senso alla sua sofferenza e a una vita vissuta in quasi completa autonomia dall'età di nove anni, mostrando elevatissime capacità di adattamento all'interno di contesti di rischio e di precarietà, sino alla fuga verso la Grecia e all'arrivo in Italia. Della sua angoscia profonda e indicibile però ancora tutto o quasi ci sfugge: occorrerà molta pazienza, un atlante geografico, un'atmosfera solidale perché racconti della violenza perpetrata ai danni di una giovane ragazza poi uccisa mentre lui, impotente, non poteva che stare a guardare, e del suo atto di giustizia, con il quale ha vendicato quella morte assurda uccidendo a sua volta, quando aveva poco più di quattordici anni, alcuni dei responsabili di quell'assassinio brutale. Quella stessa violenza, incorporata ormai nella sua esistenza, agita molte volte come la sola possibile strategia di sopravvivenza, ora *si ripete* nel nuovo contesto, riproducendosi senza alcun controllo di fronte a ogni regola, ogni qualvolta qualcuno pretende imporgli un "No!" (Achille Mbembe ha scritto di questo «habitus mentale di guerra», di queste nuove e tragiche strategie di asserzione di sé in riferimento ai giovani in Africa; cfr. Beneduce, 2006a). Raggiunta la maggiore età, il paziente dovrà lasciare la comunità: riuscirà a cavarsela (ci si può stupire di ciò ricordando la sua esperienza?), trovando da solo (senza l'aiuto dei servizi!) un luogo dove essere ospitato, occupazioni saltuarie, e realizzando un relativo miglioramento della sua condizione.

L'esigenza che la psichiatria sembra considerare prioritaria è ancora una volta, come questo caso esprime esemplarmente, quella di una diagnosi, che orientino (e giustifichino) una terapia. Questa esigenza aveva fatto dimenticare altri obblighi: 1. *riconoscere* l'assenza di strumenti comunicativi appropriati per articolare una relazione degna di questo nome, un dialogo perché si

potesse stabilire cioè un incontro con la sua sofferenza; 2. ammettere la grave carenza di informazioni circostanziate sugli scenari dell'infanzia del paziente e sospendere ogni proposta diagnostica, sino a quando non fosse stato possibile esplorare alcune significative vicende biografiche ed esperienze (la “passione del dettaglio”, ho definito prima questo procedere prendendo a prestito l'espressione di Michel de Certeau).

Queste vicende, oltre a dare della pratica del Centro Fanon un esempio, mostrano con evidenza come l'etnopsichiatria della migrazione non si accontenti di costruire un *altro* territorio di competenze, di saperi, di specialismi. L'etnopsichiatria concepisce infatti il suo territorio d'azione, ciò che Risso aveva mostrato efficacemente già oltre quaranta anni fa, come un luogo di critica della psichiatria e della psicologia occidentali: delle quali intende mettere in luce i limiti epistemologici quando si ostinano a riproporre *sic et simpliciter* le proprie procedure e le proprie categorie, anche quando si rivelano inadeguate o insufficienti. Non è difficile riconoscere in questa attitudine della psichiatria occidentale l'ombra di un progetto culturale egemonico, come ha sostenuto Ian Hacking, un progetto contro il quale la pratica dell'etnopsichiatria e della psichiatria culturale afferma la sua “sovversività” (Bibeau, 1997).

Voglio, a conclusione di questo paragrafo, riassumere quelle che mi sembrano regole fondamentali del dispositivo della mediazione linguistico-culturale in ambito etn clinico o, meglio, le condizioni di possibilità di un tale dispositivo:

- a) lo psicoterapeuta deve rinunciare alla rassicurante calma della relazione duale e al potere che egli vi esercita (la “calma violenza” della relazione psicoanalitica, secondo l'espressione di Foucault): ciò che significa accettare di non essere l'unico regista silenzioso, e sperimentare situazioni transferali e controtransferali moltiplicate dalla presenza del mediatore;
- b) il mediatore (o la mediatrice) deve dotarsi, insieme agli psicoterapeuti, di una solida base nella teoria della traduzione;
- c) il mediatore (o la mediatrice) deve essere sostenuto nell'esplorare e governare le dinamiche transferali e controtransferali, nel riconoscere i propri conflitti: senza questo lavoro, il rischio della sua implosione è alto;
- d) lo psicoterapeuta deve tollerare i tempi dell'incomprensione quando non accede al dialogo fra paziente e mediatore, facendosi testimone silenzioso di un'interazione che non può immediatamente capire, interpretare, situare e che pure lo invita a pensare: deve far suo il

“sogno” di Canetti, laddove egli afferma in *Le voci di Marrakech* di immaginarsi in un luogo di cui ignora la lingua;

e) nel riverbero dei commenti, delle traduzioni e delle retrotraduzioni, nell’analisi delle metafore e dei gesti, mediatori e psicoterapeuti devono diventare gli attori di una scena che per cerchi concentrici svilupperà il paziente trasformandolo in testimone, poi in esperto di mondi culturali sui quali potrà egli stesso attivamente intervenire;

f) l’aspetto ora evocato, direttamente connesso al dispositivo della mediazione, può essere definito come la *dimensione della terzietà*, vero e proprio motore di trasformazioni terapeutiche, alleanze, ridefinizioni;

g) mediatori e psicoterapeuti devono reciprocamente un po’ svelarsi, costruendo una relazione di fiducia e di rispetto che si rivelerà essenziale nelle diverse fasi del lavoro.

### Rifugiati e vittime di tortura. Fra politiche della memoria e anestesia morale della violenza

Raccontare la vostra storia a brandelli, *così com’è*.

Said (cit. in Clifford, 1999, p. 24)

Non sono pochi gli etnopsichiatri e i pionieri della psichiatria transculturale che hanno intrapreso le proprie ricerche occupandosi del disagio psichico nelle popolazioni di rifugiati, prigionieri nei campi di concentramento, profughi. Decifrare e trattare la loro sofferenza ha rappresentato una vera e propria sfida per la psichiatria, le sue categorie e le sue strategie terapeutiche. Le vicende dello sradicamento, delle esperienze traumatiche, dei durissimi e disumanizzanti contesti ai quali era stato necessario adattarsi, con la consapevolezza di aver lasciato dietro di sé soltanto devastazione, morte, rovine, offrivano un territorio privilegiato anche per interrogare il valore delle culture di appartenenza come possibile risorsa terapeutica in situazioni di deprivazione e di vulnerabilità. Murphy e Devereux rappresentano con le loro ricerche casi esemplari nei quali l’approccio della psichiatria transculturale e dell’etnopsichiatria si misurano proprio sul terreno delle vicende psicologiche di pazienti che avevano conosciuto i campi di concentramento, la guerra o l’esilio. Di quale mondo ci parlano oggi i rifugiati? I riferimenti che percorrono discorsi e ricordi, i nomi di città che appaiono sui certificati medici di vittime di tortura e rifugiati stanno tracciando una nuova geografia sino a qualche anno fa ignota: Benin City, Lakota, Kano, Gulu ecc. sembrano provenire da un continente sino a qualche anno fa ignoto e ora emerso all’improv-