

Si descrivono qui alcuni dei presupposti teorici e dei dispositivi pratici attraverso i quali si sviluppa l'attività del Centre Georges Dévereux, fondato a Parigi dallo psichiatra Tobie Nathan e orientato alla prise en charge di pazienti migranti. La necessità di evitare le semplificazioni nella traduzione tra le culture ha portato Nathan e il gruppo di professionisti del Centro a elaborare una teoria critica della modernità e del paradigma psichiatrico corrente, a partire dagli insegnamenti dell'antropologia contemporanea e dalla necessità di aiutare la disciplina psicanalitica ad affrontare le sfide della contemporaneità. Per l'antropologia, l'etnopsichiatria rappresenta una possibilità concreta di contribuire alla costruzione di un sapere pratico.

[ETNOPSICHIATRIA, PSICOANALISI,  
IMMIGRAZIONE, PSICHIATRIA  
TRANSCULTURALE, ETNOTERAPIE]

**article**

# Antropologia applicata all'invervento psicoterapeutico

## L'esperienza del Centre Georges Dévereux

Stefano PORTELLI

Grup de Treball de Perifèries Urbanes,  
Institut Català d'Antropologia  
[stafe@inventati.org](mailto:stafe@inventati.org)

### 1. UN PRECURSORE

I margini, i territori di frontiera, sono luoghi intrinsecamente avversi alle istituzioni, difficili da controllare e pericolosi per il potere. Sono invece luoghi propizi all'antropologia, che proprio tra le sfumature e nelle intersezioni tra i mondi dispiega le sue potenzialità conoscitive più alte. Georges Dévereux, grande antropologo, ma più di ogni altro collocato "ai margini", è forse per questo così raramente annoverato tra i padri fondatori della disciplina. Nato come György Dobó a Lugoj, nel sud della Transilvania, regione passata in un secolo tre volte da uno stato all'altro, Dévereux ebbe un'identità mobile, continuamente da riformulare secondo i momenti storici. "Ungherese di

nascita, divenuto rumeno dopo il 1918 (Lugoj tornò alla Romania dopo il trattato di Trianon), francese per scelta, americano sul passaporto, mohave di cuore. Ebreo di nascita, negò in seguito il proprio ebraismo. Dopo la morte fu cremato per sua richiesta, e le sue ceneri riposano presso i Mohave, popolo con cui si identificò e che, con i Greci antichi, furono gli unici a meritare la sua ammirazione” (Bloch, 2000:1). Dévereux “fece dell’esilio il proprio paese” nascondendo la propria identità ebraica dietro un nome inventato. Come studioso, durante tutta la vita cercò di aprire un varco tra i due mondi chiusi a cui sentiva di appartenere, l’antropologia e la psichiatria. Scontrandosi con le barriere e le gerarchie disciplinari, esplorò i limiti e le connessioni possibili tra Durkheim e Freud, sulle tracce di Géza Roheim, mantenendo sempre una posizione teorica freudiana pura, anche nel lavoro di campo con i Sedang-Moi del Vietnam e con gli indiani Mohave delle praterie, con tutta l’universalità dell’invidia del pene e le teorie etnocentriche di *Totem e Tabù*. Nell’interpretazione di Tobie Nathan, etnopsichiatra e alunno di Dévereux del quale presenteremo qui l’opera, il freudismo ortodosso era per Dévereux più che altro un *linguaggio*, attraverso il quale far arrivare le etnoteorie dei Mohave e dei Sedang-Moi alle orecchie dell’élite psicanalitica dell’epoca. Il relativismo implicito del suo discorso invalida tutti i presupposti universalizzanti del freudismo: come un travestimento, gli permise di aprire l’orizzonte della psicanalisi all’ingresso delle terapie “altre” e della diversità radicale; operazione analoga a quella che aveva fatto con la sua identità, nascosta e proclamata allo stesso tempo<sup>1</sup>. Questo “passaggio di frontiera” poteva compiersi soltanto senza rotture esplicite, quasi di nascosto, con la leggerezza e la discrezione con cui i migranti attraversano

<sup>1</sup> È interessante la teoria di Nathan secondo cui il nome inventato *Dévereux* in realtà significa “*D. hebreu*” (*Dobo* era il cognome reale di Dévereux). L’identità reale sarebbe nascosta nel luogo più visibile. Siamo nell’epoca della *Lettera rubata* di Edgar Allan Poe! Questa teoria naturalmente ha ricevuto un’infinità di critiche.

le barriere di notte, per entrare in una *terra incognita* senza farsi notare.

## 2. UN LUOGO PARTICOLARE

Oggi, quasi quarant’anni dopo la pubblicazione degli *Essais d’ethnopsychiatrie générale* di Dévereux (1970), l’antropologia e la psichiatria sembrano meno che mai disposte ad una apertura delle frontiere. Nel corso dei decenni, la relazione ha visto alternarsi momenti di netto determinismo biologico - in cui i fattori culturali venivano relegati in secondo piano, e le cause prime delle malattie psichiche si ricercavano negli equilibri chimici, nelle interazioni neurali, nell’aumento o diminuzione della ricezione di un neurotrasmettitore - e momenti di rivalsa del sociale, dell’economia, dell’antropologia: epoche in cui gli psichiatri si sono dimostrati interessati a stati psichici “etno” ormai classici, come l’*amok* del pacifico o i *nervios* sudamericani, e all’efficacia delle terapie tradizionali che localmente vengono impiegate per risolverli. Nella quarta edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), la bibbia della psichiatria contemporanea americana, alle varianti culturali viene dedicata una menzione importante in apertura, ed in appendice si trova un compendio di *culture-bound syndromes*, i disordini psichici legati (*bound da to bind*, legare) alla cultura, cioè ai contesti di provenienza delle persone che li manifestano. È come dire che - dopo più di mezzo secolo di antropologia medica - i disordini culturali “altri” hanno fatto ufficialmente il loro ingresso nel campo del possibile del mondo “psi” (Mezzich, 1999).

Nonostante questo significativo (perché simbolico) passo in avanti, il mondo “psi” continua a dimostrarsi sorprendentemente impermeabile all’antropologia. Dico sorprendentemente anche perché le due discipline, che oggi appaiono così distanti e in conflitto, in realtà nascono da radici comuni. *Totem e tabù* non sarebbe esistito senza *Il ramo d’oro*, e l’antropologia



contemporanea forse non si sarebbe sviluppata senza i dibattiti sulle interpretazioni di Freud (Wallace, 1983). Sorprendentemente anche perché fino a pochi decenni fa, la psicoanalisi si collocava senza troppi complessi di inferiorità tra le scienze morbide, basate sul linguaggio e sull'interazione umana, a fianco della filosofia, della sociologia e dell'antropologia. È recente il salto verso le scienze dure, un salto di qualità dovuto al matrimonio forzato con la neurofarmacologia, anch'esso recente (Pignarre, 2001:244). Così la psichiatria oggi può guardare l'antropologia dall'alto in basso, come chi è riuscito ad ottenere uno status di scientificità alla quale l'altra ha dovuto rinunciare, soprattutto dopo la bufera relativista. Il glossario delle *culture-bound syndromes* in appendice al DSM, come i vari articoli di ambito "psi" che ne studiano decorsi e terapie, tradiscono un chiaro squilibrio di forze, in cui la parte del leone la fanno i farmaci, e quella della pecorella smarrita il ricordo di un'alleanza ormai ridotta a poco più d'un approfondimento d'appendice<sup>2</sup>.

In questo panorama, gli antropologi e le antropologhe sono costretti sempre di più nel ruolo degli "usignoli dell'imperatore": secondo la felice espressione di Antonino Colajanni (1998), gli usignoli cantano al sovrano da dentro la loro gabbia, cercando di influire sulle sue decisioni. Espongo qui la rivoluzione che rappresenta, in particolare per l'antropologia, l'irruzione di una maniera di fare terapia che ha ormai due decenni di vita, ma continua ad avere relativamente

<sup>2</sup> Un esempio: gli studi sull'impatto di questa o quell'altra sindrome in differenti gruppi di popolazione o etnie. La differenza è marcata dai diversi *comportamenti*, quasi mai da diverse concezioni o visioni del mondo. Così la cultura viene schiacciata sulle *condotte* delle Terapie Cognitive Comportamentali (TCC). Così per esempio in Rosenbaum, Judy (2004): "A patient's ethnic and/or racial background can affect his/her likelihood of developing depression, through both cultural and genetic factors. This may affect the presentation of depressive symptoms and, ultimately, affect the patient's response to treatment. By keeping in mind the growing body of knowledge about factors affecting prevalence and treatment of depression in various subpopulations, clinicians can better serve the specific populations they treat".

poco peso, sia a livello europeo che mondiale. Si tratta dell'etnopsichiatria come si pratica dal 1988 al *Centre universitaire d'aide psychologique Georges Dévereux* all'università di Parigi VIII, nella *banlieue* di Saint Denis. Il luogo in sé già è particolare. L'università sorge nel bel mezzo di un quartiere "sensibile" (come vengono chiamati in Francia i quartieri-dormitorio degli immigrati, suscettibili di improvvisi scoppi di violenza collettiva); ma a differenza di tante altre università del mondo, posizionate strategicamente in zone da riqualificare urbanisticamente (dalla Columbia University all'inizio di Harlem all'Universitat de Barcelona nel quartiere del Raval), Paris VIII sembra essere stata più assorbita dal quartiere che usata come strumento di *gentrification*. Non è raro trovare, nell'atrio o alla mensa, gruppi di donne velate, o neri dall'apparenza *rapper*, che molto spesso non sono studenti, ma usano l'università come luogo di ritrovo. Parigi VIII è nata nel maggio del '68, ed è stata posizionata lì proprio con l'idea di integrare l'accademia nella realtà dei quartieri proletari. Naturalmente oggi, in linea con i tempi, è tornata nelle mani di una classe docente normalizzata e baronale, anche se conserva il prestigio rivoluzionario e una certa tendenza all'autogestione intellettuale. Tra i pochi docenti che ancora seguono la linea originaria dell'università c'è lo psichiatra Tobie Nathan, alunno di Dévereux e fondatore del centro che porta il suo nome.

Al centro vengono ricevuti pazienti derivati dalla sanità pubblica, spesso abitanti delle *banlieues* circostanti: Saint Denis, Aubervilliers, Bobigny. Tranne pochi casi, sono immigrati, molti dei quali minori segnalati dai servizi sociali o rinviati dal giudice minorile. Nordafricani, centrafricani, sudamericani, antillani, indiani, vengono ricevuti nella sede del Dévereux, cioè dentro l'Università stessa, o in una sede distaccata al centro di Parigi. Generalmente, la terapia prevede poche sessioni: tre o quattro, a distanza di qualche mese. Più che essere "presi in cura", i pazienti vengono invitati a degli incontri quasi di supervisione, sul percorso che già stanno seguendo. Li

riceve un “circolo terapeutico” formato da specialisti di diverse provenienze. Il terapeuta principale, che in origine era lo stesso Tobie Nathan, gestisce e modera la sessione, ma è affiancato da altre figure. In primo luogo un mediatore culturale, che conosce la lingua del paziente e il suo universo culturale di riferimento; poi, se è possibile, i familiari. In una sessione a cui ho avuto modo di assistere, i tre figli piccoli del paziente correvano e giocavano in mezzo al circolo terapeutico. Poi c'è qualche rappresentante della *seconda famiglia* della persona con cui si lavora, che in quanto paziente ha già percorso un lungo iter terapeutico: il suo psicologo o psichiatra, un assistente sociale, un educatore o educatrice, o comunque qualche professionista della *prise en charge* che già conosce e ha la sua idea sul paziente. Completano il circolo altri specialisti: stagisti di psicologia, antropologi, filosofi, e spesso anche alcuni terapeuti “esperti di altre tradizioni culturali”, che rappresentano un po' il nucleo duro della pratica etnopsichiatrica. Tra i collaboratori principali del centro ve ne sono molti: Lucien Houngpaktin, per esempio, che è un *babalao*<sup>3</sup> yoruba, o Geneviève N'Koussi, esperta del sistema *Ndoki* della stregoneria congolese. Questa insolita riunione di specialisti, esperti, studiosi, invece di intimidire chi si trova a dover raccontare la propria storia davanti a così tanta gente, finisce per facilitare le narrazioni e stimolare la riflessione. La dinamica che si genera nel circolo terapeutico, animata dal terapeuta principale, viene definita da Tobie Nathan *moltiplicazione dei punti di vista*, ed è in completa antitesi rispetto alla struttura dialogica “confessionale” della psicoterapia nostrana (Nathan, 1993:49-78)<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> Un *babalao* è un “maestro del segreto”, sacerdote della religione yoruba, in Africa Occidentale.

<sup>4</sup> “Il gruppo permette un discorso sul paziente che non lo fissa in una rappresentazione univoca (di tipo ‘diagnostico’) ma consente uno svolgimento caleidoscopico delle interpretazioni. Esempio. “La paziente descrive il modo in cui sua cognata la prendeva in giro (in modo indiretto): ‘cantava delle canzoni, ma sapevo che il loro contenuto mi riguardava...’ Il coterapeuta algerino: ‘Strano! quando le donne cabile si ‘lanciano’ delle verità, lo fanno sempre con canzoni...’ Il coterapeuta

In questo luogo particolare, durante l'anno accademico 2007-2008, ho frequentato uno stage di formazione teorico-pratico dal titolo *Ethnopsychiatrie des nouveaux désordres psychosociaux*. Ogni anno, al Dévereux, si organizza uno stage di “formazione permanente” orientato ad educatori, psicologi, assistenti sociali, che si sono scontrati con la difficoltà dei conflitti tra culture e non hanno trovato risposte valide in nessuna proposta di mediazione culturale “standard”. Vi assistono soprattutto francesi, ma non è raro trovarvi gente che attraversa l'Europa per partecipare alla formazione. In Italia, ad esempio, l'etnopsichiatra del Dévereux è abbastanza conosciuta, a partire dagli interventi di Nathan ad alcuni dibattiti pubblici nel '95. In seguito, alcuni etnopsichiatri italiani (Salvatore Inglese, Piero Coppo, Roberto Beneduce) cominciarono a promuovere le traduzioni dei suoi libri (Coppo, 2000)<sup>5</sup> e nel 1996 si fondò a Torino il Centro Frantz Fanon, che in qualche misura riprende, seppure in altra forma, gli insegnamenti del Centre Dévereux. In questa epoca, in cui ero studente di antropologia culturale all'Università di Roma, mi avvicinai agli scritti di Nathan grazie all'insegnamento del professor Ivo Quaranta (che poi si trasferirà proprio a Torino).

congolese: ‘Da noi questo si chiama ‘lanciarsi delle notizie...’ La coterapeuta senegalese: ‘Da noi si dice ‘scacciare la gallina con le parole... perché apparentemente si parla alla gallina, ma tutti sanno che ci si rivolge a qualcuno di preciso’. Il gruppo permette così di far circolare e di mettere a disposizione una moltitudine di interpretazioni, esplicitandone sempre i referenti” (Nathan, 1993:51).

<sup>5</sup> Probabilmente la diffusione dell'etnopsichiatra in Italia era stata già preparata da altri eventi culturali; in primo luogo naturalmente la rivoluzione basagliana in psichiatria, ma anche un filone di antropologia medica che già dagli anni '60 vedeva lavorare insieme antropologi e psichiatri, tanto nei contesti rurali di provenienza come in quelli urbani di arrivo delle migrazioni. (De Martino, 1961; Riso e Böker, 1992).



### 3. ASSIMILAZIONISMO E PSICHIATRIA TRANSCULTURALE

Quando arrivai a Barcellona trovai un panorama intellettuale per molti versi piú vivace rispetto a quello italiano, con professori meno “baronali” e piú vicini al mondo reale. La Federazione di Associazioni di Antropologia dello Stato Spagnolo aveva appena concluso il suo IX Congresso con una dichiarazione fortemente politicizzata (FAAEE, 2003) e molto critica verso il falso “multiculturalismo” istituzionale che sarebbe poi sfociato nelle ambiguità del “Forum delle Culture” del 2004 (Delgado, 2004:109-112). Trovai anche una città con una immigrazione recente, ma geograficamente molto piú concentrata, in cui vedevo la necessità e la possibilità di mettere in pratica le prospettive teoriche che stavo imparando a conoscere. Allo stesso tempo però percepii quasi subito l'estrema lontananza dell'antropologia iberica rispetto a proposte come quelle dell'etnopsichiatria, che ormai da una ventina d'anni si praticava in Francia e da una decina era arrivata in Italia. Non è facile per gli antropologi iberici riuscire a contrastare le visioni dominanti riguardo alla presa in cura dei migranti, che si basano interamente su visioni dell'intercultura di stampo “assimilazionista” ed eurocentrico. Un esempio lampante è quello di Joseba Achotegui, psichiatra dal grande seguito mediatico a Barcellona, che nel 2004 teorizzò l'esistenza di un disturbo psichico specifico dei migranti (indipendentemente dalle culture o situazioni sociali di provenienza) che chiamò “sindrome dell'immigrante con stress cronico multiplo” o “sindrome di Ulisse” (Achetegui, 2004). Senza entrare qui in un'esposizione delle caratteristiche di questa presunta “sindrome”, non possiamo evitare di far notare che la pretesa di trovare un denominatore comune psicopatologico tra i membri di un gruppo sociale definito da uno status giuridico (gli “extra-comunitari”), nasconde un errore grossolano di confusione tra gli ambiti, l'ambito legale e l'ambito fisiologico, un errore che non appare troppo lontano da quello che

un secolo fa' aveva commesso Lombroso, cercando determinismi fisici nel cranio di chi avesse commesso reati penali. Questa confusione, naturalmente, e forse suo malgrado, fa il gioco dell'assimilazionismo, che vorrebbe vedere nei membri delle altre culture dei soggetti mutilati, i cui problemi - economici, sociali, psichici - possano ridursi al dolore per questa mutilazione. Sotto questo punto di vista, la guarigione dalle patologie “migratorie” passa per l'integrazione nella nuova cultura, per il superamento del “lutto” della “perdita” del paese d'origine e per l'assimilazione dei nuovi valori e logiche di funzionamento. Ben altro approccio alla questione dobbiamo avere come antropologi, coscienti delle differenze tra i mondi culturali di ogni migrante, delle peculiarità di ogni storia migratoria, e soprattutto della portata transgenerazionale delle problematiche legate alla migrazione, che possono emergere alla seconda o alla terza generazione e non si possono ridurre a un trauma legato al “viaggio”, o ad un “disordine da adattamento”.

I pochi ambiti in cui il sapere antropologico è riuscito ad entrare in azione ed a contrastare queste politiche assimilazioniste, sembrano costantemente braccati dalla logica dell'acculturazione. Un esempio potrebbe essere quello del Centro di Salute Mentale del quartiere de La Mina di Barcellona, in cui da decenni si sperimentano – su un territorio complesso, con una popolazione in gran parte gitana, e con una forte incidenza di marginalità sociale – programmi di terapie che non mirano solo a *rieducare* ma che sappiano valorizzare le reti sociali preesistenti, le strutture di funzionamento comunitarie, soprattutto della popolazione gitana. Nonostante i successi ottenuti, nell'ultima pianificazione prevista per la trasformazione del quartiere, il Comune ha dimenticato di assegnare un posto al Centro di Salute Mentale (Tizón, 2006:18)! Un esempio ancora piú drammatico si è verificato di recente a Madrid: il *Servicio de Mediación Social Intercultural*, che dal 1997 prestava assistenza tecnica ai servizi sociali a partire da un *équipe* di antropologi dell'Università Autónoma. Pochi mesi fa il servizio è

stato costretto a chiudere, apparentemente per una decisione strettamente politica; questo servizio professionale, legato agli ambiti di produzione del sapere antropologico, viene sostituito da un altro di natura imprenditoriale e di chiara matrice assimilazionista<sup>6</sup>.

Le teorie ufficiali vedono, implicitamente (e a volte esplicitamente), nelle culture dei migranti poco più che resistenze all'integrazione, nostalgie nevrotiche verso la madre patria, ostacoli per il progetto universalista dell'occidente. I saperi di cui sono portatori sono al massimo la lingua e la cucina tradizionale, tutto il resto dev'essere appreso o assimilato. Si tratta della visione della "psichiatria transculturale", in cui c'è anche un ruolo per gli antropologi e per i mediatori culturali, poco meno umiliante di quello degli usignoli dell'imperatore: quello di "far capire" ai migranti cos'è meglio per loro, se ce n'è bisogno "traducendo" nei termini della loro cultura (che finisce per essere poco più che la loro lingua) i dettami e i saperi già preparati dalle nostre istituzioni sociosanitarie. Più che una traduzione, un tradimento: conoscere la cultura degli "altri" per convincerli a perderla.

#### 4. GLI ATTACCAMENTI

Uno dei concetti più ambigui di quello che abbiamo chiamato "il falso multiculturalismo istituzionale" è che esistano delle "culture" che possano

<sup>6</sup> Il SESMI ha chiuso il 31/1/2009. Nella lettera di chiusura, firmata da Carlos Giménez Romero e Fadhila Mammam del *Instituto Universitario de Investigación sobre migraciones, etnia y desarrollo social*, e intitolata "Ante el cierre del SESMI", si legge, riguardo alla politica che si intravede dietro la nuova gestione di questo servizio: "Estáramos hablando de una política sustentada en el asimilacionismo, todavía no explícito, hacia la opinión pública, en la cual los inmigrantes no son considerados nuevos ciudadanos con derecho a la expresión pública de sus propias culturas e identidades, sino como población a "integrar" siempre y cuando se asimilen y sean susceptibles de ser captados como futuro apoyo político, de ahí que esta nueva línea conlleva un importante riesgo de clientelismo. Así mismo, esta línea de actuación implica el peligro de abordar la integración de los extranjeros desde una perspectiva meramente asistencialista".

convivere l'una accanto all'altra su di un territorio, come compartimenti stagni o comunità chiuse. Tra queste comunità possono darsi compatibilità o incompatibilità; comunicazione o conflitto; in alcuni casi *métissage* o "scontri di civiltà". Ma come già si faceva notare nella citata Dichiarazione del IX Congresso della FAAEE:

"multiculturalisme" i "interculturalitat" serveixen per designar, amb freqüència, polítiques que no es basen en la pluralitat mòbil d'estils de vida presents en una mateixa societat, sinó en l'existència d'un supòsit mosaic de compartiments hermètics que tanquen a cada individu en la seva "identitat" ètnica, i dels quals s'insinua que no és possible escapar. Els mitjans de comunicació empren una vegada i una altra la noció de cultura per trivialitzar i simplificar determinats conflictes socials, insinuant que les seves causes tenen a veure, d'una manera fosca, amb les adhesions culturals dels seus protagonistes".

(FAAEE, 2003)

Secondo questo multiculturalismo, a provocare le difficoltà di integrazione degli immigrati nel paese d'accoglienza sarebbero l'eccessivo attaccamento alla cultura d'origine, la resistenza ai "nostri" valori, la scarsa volontà di accettare modi di essere e di fare differenti dai propri. Il disagio psichico sarebbe effetto di queste resistenze, e la cura passerebbe per l'acculturazione. Dopo anni di pratica clinica con i migranti, gli operatori del Dévereux affermano esattamente il contrario: la patologia non è causata da un attaccamento eccessivo alle proprie radici culturali, bensì dalla perdita o dalla rottura di uno o più attaccamenti. Se invece di ragionare in termini di "culture" ragioniamo in termini di "attaccamenti", vediamo come la situazione si fa più complessa, ma anche più malleabile: non ci sono appartenenze univoche, ma una molteplicità di adesioni, più o meno negoziabili, tra le quali molte hanno a che vedere con la società di origine, altre con la società verso cui si migra, altre



con le ragioni o le circostanze stesse della migrazione. L'identità, la cultura, sono composti multipli formati dalle intersezioni tra una molteplicità di questi *attachements*: a delle lingue, a delle famiglie, a delle comunità, a degli antenati, a delle divinità, a dei comportamenti. Questi attaccamenti multipli non sono ostacoli, ma risorse: quanto più una terapia è capace di mettere in gioco gli *attachements* di un individuo, trovando una soluzione che non imponga di tradirli ma che sappia riconciliarli, quasi diplomaticamente, tanto più può darsi una guarigione reale. Purtroppo però, i vari dispositivi sociosanitari, o educativi, all'opera nelle società d'accoglienza (la medicina, la scuola, la psichiatria...) funzionano come *machine di abrasione delle differenze culturali* (Nathan, 1994:191) e non sanno, o non vogliono, capire l'importanza delle risorse che i migranti portano con sé, spesso senza esserne coscienti. Così le terapie che i migranti trovano nei paesi d'accoglienza mirano a sostituirsi a questi attaccamenti e quindi a staccarli dal proprio sistema culturale e dalla propria storia. Questo tipo di terapie sono quelle che provocano aggravamenti dei sintomi, o semmai guarigioni di facciata, finendo per riprodurre le patologie nelle generazioni successive.

Così, nell'esperienza degli operatori del Dévereux, i soggetti più a rischio di patologie psichiche, di scoppi di violenza, ma anche di derive integraliste o fondamentaliste, sono soprattutto coloro che hanno perso il controllo dei propri *attachements*: persone su cui la migrazione, o forse una qualche altra esperienza anteriore, ha costituito un trauma che non ha permesso loro di mantenere attivo qualche aspetto della propria identità. Spesso isolati, rimasti soli, tagliati via dai loro legami culturali, chiedono di essere ricomposti e sfociano nella patologia. Così i rifugiati, i veterani di guerra, gli esuli: persone *detachées*, che sono state costrette a rompere con parti della loro identità, in seguito a traumi, a volte anche provocati intenzionalmente (Sironi, 2008; Zajde, 2005). La rottura dei legami con le appartenenze d'origine può scatenare la malattia psichica e la ricomposizione di

questi legami è la via per la guarigione. Da questo punto di vista, tutte le terapie dei mondi culturali "altri", per quanto fantasiose o superstiziose possano sembrare ad uno sguardo etnocentrico e colonialista, hanno un solo scopo: ricostruire i legami dell'individuo con alcuni degli attaccamenti che un evento traumatico ha rotto, non tanto di approfondire la dinamica delle cause, dell'eziologia di questa rottura, quanto di operare sulla rottura, per ricomporre quello che in etnopsichiatria si chiama l'*enveloppe culturelle*, cioè la cultura che racchiude l'individuo e lo protegge dall'irruzione del negativo (Grandsard, 2009). Un contenitore complesso, formato dai legami dell'individuo con una molteplicità di *esseri*, alcuni dei quali umani altri non umani.

## 5. TERAPIA SCIENTIFICA E TERAPIA SELVAGGIA

Secondo Nathan esiste una caratteristica strutturale di tutte le psicoterapie occidentali, nate nell'ambito del sapere scientifico, che le differenzia dalle terapie di tradizioni culturali diverse, siano quella della medicina islamica, o la divinazione centrafricana, o la medicina tradizionale ebraica. Per le terapie "selvagge" (il termine ovviamente è usato in forma polemica) noi umani *non siamo soli al mondo* (Nathan, 2001a):

"La psicoterapia che chiamiamo 'scientifica' [...] qualunque sia la sua obbedienza teorica (freudiana, antifreudiana o neo-freudiana, kleiniana fanatica o cripto-laciana, che so io...) - questo tipo di psicoterapia, dico io, contiene sempre una sola premessa; è chiara, esplicita: *l'umano è solo!* È solo nell'universo, quindi solo di fronte alla Scienza, di conseguenza solo di fronte allo Stato. Con questa formula unica potrei riassumere le professioni di fede di tutte le psicoterapie 'sapienti' che conosco".

(Nathan, Stengers, 2004:11)

L'universo dei mondi culturali "altri", invece, è condiviso, tra gli esseri umani e tutta una serie di altri esseri: spiriti, antenati, morti, *djinn*, divinità. Questi esseri sono invisibili ma attivi: sono loro a determinare la maggior parte delle malattie, delle disgrazie e delle fortune degli umani, a influire sulla loro nascita e sulla loro morte. Il sapere scientifico occidentale si è costituito proprio *contro* un sistema culturale di questo tipo, quello che vedeva in atto una battaglia tra le forze invisibili di Dio e del Diavolo per la salvezza o la corruzione degli esseri umani, fondando invece un universo "unico", in cui gli esseri umani sono dotati di libero arbitrio e pertanto di responsabilità (giuridica) individuale delle proprie azioni<sup>7</sup>.

Come ben documentano l'antropologia moderna e contemporanea, nonostante il colonialismo e l'acculturazione, più o meno forzata, molti mondi culturalmente "altri" continuano a vivere immersi in universi multipli, condividendo la vita quotidiana con l'invisibile, negoziando e dialogando con *êtres* che si ostinano a non voler scomparire. Citerò un esempio tra i molti che ho avuto modo di conoscere durante la formazione al Dévereux. È la storia con cui si fonda l'etnopsichiatria, un caso clinico accaduto alla consulta di Tobie Nathan all'ospedale di Bobigny, *banlieue* fuori Parigi, nel 1979 (Nathan, 2001a).

Un paziente cabilo d'Algeria ha un grave incidente sul lavoro. Dopo le cure ospedaliere, viene dichiarato guarito; però, nonostante i suoi valori siano buoni, egli continua a sentirsi malato. Esaurite le risorse della medicina fisica, viene riinviato all'ambito "psi" e sottoposto a psicoanalisi (non era ancora l'epoca dei farmaci). Ma ogni colloquio porta a un aggravamento dei sintomi. Nathan, all'epoca giovane psichiatra dell'ospedale Avicenne di Bobigny, decide di modificare il dispositivo clinico, utilizzando per la consulta un mediatore culturale che parli la lingua

del paziente e che conosca il suo universo culturale di riferimento. Il paziente racconta, il mediatore spiega, il terapeuta chiede, il mediatore fa un'ipotesi, il paziente puntualizza, il terapeuta non capisce, il mediatore racconta. L'introduzione di una terza persona nella struttura "confessionale" e dialogica della consulta psichiatrica, genera una rottura che è alla base dell'etnopsichiatria. In seguito a questa rottura, il paziente si trova in uno spazio nuovo, in cui può arrischiarsi a esprimere come *lui stesso* interpreta il proprio malessere, sapendo che troverà un appoggio per spiegarsi, non un dispositivo d'abrasione o di traduzioni "transculturali". Un luogo in cui tirar fuori l'eziologia tradizionale, senza aver paura di essere tradito. Il cabilo della storia spiega così la sua versione del problema: "Il fazzoletto che avevo usato dopo aver fatto l'amore con mia moglie è sparito. È stata mia cognata a rubarlo".

Uno psicanalista freudiano interpreterebbe la cosa in questo modo: il paziente proietta sul fazzoletto dei sentimenti ostili non rielaborati che si trasformano in fantasmi di persecuzione. Ma una dichiarazione - implicita o esplicita - di malattia mentale ("*Monsieur*, lei è un paranoico!") sicuramente avrebbe peggiorato la situazione. Il dispositivo etnopsichiatrico invece, grazie alla presenza del mediatore e alla sospensione del giudizio da parte del terapeuta, permette di trovare altri significati. Come ben sanno tanto il paziente come il mediatore, esperti dei propri mondi culturali, un guaritore tradizionale islamico non avrebbe difficoltà a fare una "diagnosi": si tratta di un *s'hur*, cioè di un maleficio. Grazie ad una tecnica divinaria individuerebbe in breve il *djinn* - lo spirito - a cui la cognata avrebbe fatto ricorso per lanciare il maleficio contro il paziente. Una volta individuate le cause del malessere, non chiederebbe ritorsioni o vendetta contro la cognata, ma fabbricherebbe un talismano, fatto probabilmente di parole del Corano mischiate con altre sostanze e indicherebbe qualche prescrizione rituale. La seconda rivoluzione apportata da Nathan alla pratica clinica, a partire da questo

<sup>7</sup> Dai *Purerga und paralipomena* di Schopenhauer (1851): "Se un venerabile Asiatico mi chiedesse cos'è l'Europa, dovrei rispondergli: è quella parte della terra completamente e follemente imbevuta della sciocca idea che la nascita dell'uomo è il suo inizio assoluto e che esso è nato dal nulla" (traduzione mia).



episodio del 1979, fu quella di non aver paura ad animare il paziente a seguire le prescrizioni della propria tradizione terapeutica. Potenziando, e non entrando in conflitto, con l'interpretazione *emic* della patologia, si riuscì a scatenare una serie di eventi che portarono il cabilo prima al miglioramento dei sintomi e poi alla guarigione (si legga il resoconto del caso clinico in Nathan, 2001a).

Naturalmente questo approccio ha scatenato sin dalla sua nascita una serie di polemiche, soprattutto in Francia, culla del razionalismo laico. La critica più severa è stata quella del medico e socioantropologo Didier Fassin (2000), che paragonò Nathan a J.C. Carothers, l'antropologo che nel 1954 fu incaricato dal governo coloniale britannico di cercare i mezzi per comprendere (e sconfiggere) la rivolta dei Mau Mau in Kenya. Carothers descrisse l'esistenza di certe patologie "culturali" presso i Kikuyu, che dichiarò essere le reali cause della rivolta, a cui sottrasse pertanto ogni valore politico e di cui legittimò la repressione. La creazione di patologie culturali dove invece ci sono rivendicazioni politiche sarebbe la stessa operazione che fa Nathan nella consulta etnopsichiatrica, stimolando la chiusura culturale dei mondi degli immigrati e la creazione di ghetti funzionali al sistema post-coloniale. Una risposta molto ben orientata politicamente è stata già data a questa critica da Piero Coppo (2000).

Che poi, nella pratica della singola seduta, si realizzi o no, il progetto di Nathan è trasferire la funzione di esperto dal terapeuta al paziente stesso; o almeno è ciò che Nathan sostiene e scrive da sempre e che in parte mi pare avvenga, nei limiti che le situazioni di cura in particolare comportano. Ciò sottintenderebbe che la guarigione è un processo, innanzitutto, di autoguarigione. Il movimento è dunque verso (per usare una parola così cara oggi agli ingegneri sociali) l'*empowerment* del singolo e dei gruppi. Ciò avviene almeno per l'effetto disalienizzante legato al prescrivere procedure di guarigione che avvengono nell'area culturale, geografica, di sopravvivenza del paziente e

non in altri luoghi; e per un effetto attivante legato al fatto di rendere il paziente responsabile, attore della sua ricerca (spesso proprio attraverso peregrinazioni e successive scelte reali, non mentali).

Curiosamente, ogni volta che qualcuno si propone di prendere sul serio i discorsi – impliciti o espliciti – di chi non appartiene al nostro mondo culturale, viene accusato di voler creare dei ghetti, di voler impedire l'integrazione degli immigrati, di rendere difficile l'incontro tra "loro" e "noi". Un incontro che però si configura sempre come un'accettazione, da parte loro, delle regole della modernità, regole che si suppone universali. Ma ciò che si mette in dubbio qui è che esista una differenza reale, tangibile, tra "noi" e "loro", tra moderni e premoderni, tra medici e stregoni. Insomma, che esista davvero questa universalità.

## 6. MEDICI E STREGONI

Generalmente, i Bianchi pensano che esistono due tipi di società -*quelle in cui si pensa più di quanto si creda, e quelle in cui si crede più di quanto si pensi*- e la loro fa naturalmente parte della prima categoria. [...] Così, nella nostra disciplina, malgrado le numerose messe in guardia di pensatori eccezionali, veri visionari, come lo fu per esempio Marcel Mauss, malgrado le ricerche approfondite ed estremamente dimostrative degli antropologi sul 'pensiero selvaggio', malgrado i risultati clinici regolarmente pubblicati dei ricercatori in etnopsichiatria, gli psicopatologi continuano a sostenere che esiste un *pensiero* da un lato -quello della psicopatologia occidentale- e delle *credenze* dall'altro -quello di quei (poveri) selvaggi che, invischiati nei loro fantasmi, non sanno fare altro che gesticolare ingenuamente degli atti 'simbolici' (Nathan, Stengers, 2004:49).

Com'è possibile che una "terapia" come quella cabila che abbiamo riassunto poco sopra possa essere comparata con una psicoterapia scientifica e che uno psichiatra possa dar credito a tali superstizioni?

Nathan e i suoi collaboratori, in decenni di pratica, hanno costruito un discorso che, se non spiega, almeno permette il dialogo con questo tipo di operatori terapeutici, cercando di capirne l'efficacia in termini scientifici. In primo luogo, riconoscendo l'esistenza delle teorie che sono alla base dei loro interventi, teorie implicite, basate sulla pratica, mai espresse a parole; teorie che si vedono all'opera, e di cui si può constatare l'estrema sofisticatezza, sia nella diagnosi che nella terapia. *Subtiles logiques, mais logiques tout de même!* (Nathan, 1994:40).

Cominciamo dalla diagnosi: localizzando la causa del malessere *fuori* dal corpo del paziente, si inverte il meccanismo rispetto alla diagnosi psichiatrica moderna. Il malessere è *oggettivizzato*, la responsabilità del disturbo non è del paziente, spesso non è neanche di questo mondo, è dell'invisibile (neanche della cognata: ma del *djinn* che ha permesso che l'invidia della cognata si trasformasse in qualcosa di efficace). Il paziente è sollevato dalle accuse: non è un paranoico, non ha niente "dentro" che non funziona, non ha "un problema psichico"; si trova invece in una situazione difficile che deve risolvere. Anche nella terapia si verifica un'inversione. Il primo passo che deve fare il paziente non è guardarsi dentro, ma entrare in azione: il processo di cura viene anch'esso materializzato, incarnato nella fabbricazione di un nuovo oggetto, che garantirà la guarigione, e in una serie di azioni rituali. Grazie al "contenitore culturale" della stregoneria, del *s'hur*, il paziente esce dall'immobilità, ed entra in scena. Da oggetto sofferente e passivo di un malessere, diventa "attore" –che agisce– in un dramma, i cui personaggi sono tutti gli altri membri del suo gruppo sociale, della sua famiglia, della sua comunità, anch'essi indirettamente attaccati dal *djinn*. Compito del paziente quindi non è solo guarire se stesso, ma anche proteggere il proprio gruppo d'appartenenza da questa pericolosa irruzione dell'invisibile. Egli diventa perciò anche l'individuo designato dal proprio gruppo per compiere una delicata operazione

di salvaguardia collettiva: è per la sopravvivenza stessa del gruppo che tutti sostengono la persona malata, mettendosi in gioco e appoggiando il percorso individuale di guarigione.

Vediamo chiaramente come tutto questo sistema terapeutico ha delle conseguenze diametralmente opposte rispetto al dispositivo psichiatrico tradizionale. Una diagnosi psicopatologica –"Monsieur, lei è un paranoico"– localizza drammaticamente il malessere *dentro* il soggetto, lo fa portatore di una anormalità e lo spinge verso un percorso curativo che lo *separa* dal proprio gruppo di appartenenza. La società si difende dalla malattia psichica in primo luogo isolando il malato, facendone un diverso; il malato viene lasciato solo con il proprio malessere e con il proprio terapeuta, che lo priva anche del *sapere* sul proprio corpo. Il malato è un individuo decontestualizzato, alla mercé delle terapie, di fatto annullato, al massimo inserito in una nuova società fatta di altri malati. L'occidente, dall'Inquisizione in poi (Szasz, 1974), si ostina a cercare di localizzare l'anormalità *dentro* il soggetto: un tempo, nell'anima; a partire dal novecento, nella psiche; con l'avvento delle neuroscienze, nel cervello; ultimamente addirittura nel DNA. Ma il progetto è sempre lo stesso ed è funzionale alla realizzazione di un sogno di dominio biopolitico: quello di creare individui isolati di fronte allo Stato, senza appartenenze, senza *attachements*, né riferimenti che non siano le istituzioni dominanti (Foucault, 2007). Le terapie "selvagge", al contrario, conoscono bene il valore terapeutico dell'appartenenza: l'isolamento del malato è un rischio per il gruppo stesso e l'obiettivo della terapia è risocializzare e reintegrare chi ha sofferto una malattia mentale. Non per solidarietà o per "buoni sentimenti", ma perché l'isolamento è potenzialmente distruttivo, può perpetuare il malessere e contagiarlo ad altri membri della società. Dopo una terapia "selvaggia", il malato, ormai guarito, viene reintrodotta nel gruppo con una nuova identità, si trasforma in *esperto* della propria malattia, ad esempio in *adepto* dell'essere invisibile che lo aveva fatto ammalare. Il gruppo, che ha contribuito alla ricerca della



soluzione e che ha accompagnato il malato nel suo percorso, a sua volta ne esce piú coeso, piú cosciente dei propri limiti, dei pericoli che lo circondano e delle proprie potenzialità.

L'etnopsichiatria, per la scienza moderna, rappresenta una presa di coscienza importante dei propri limiti, se vogliamo, dei limiti stessi della modernità, da secoli impegnata in una lotta senza quartiere contro tutto ciò che appaia irrazionale, inspiegabile, ininvestigabile, per quanto efficace possa dimostrarsi. Come se da questa lotta – contro i ciarlatani e contro le superstizioni, di fatto, contro le altre culture – dipendesse la propria stessa sopravvivenza. La medicina moderna e la psicoterapia moderna non supportano l'idea di *convivere* con altre medicine o con altre psicoterapie. La proposta dell'etnopsichiatria, come vedremo, è che la scienza moderna si convinca ad accettarsi come “una tecnica tra le tante”, riconoscendo efficacia e potenzialità delle “altre” tecniche e rinunciando all'universalità. O almeno, trasformando la propria pretesa di universalità in una volontà di completezza. È la critica alla modernità che fa Latour quando dice che *non siamo mai stati moderni* (Latour, 2007).

Ma anche dal punto di vista del pensiero critico, dei movimenti antipsichiatrici, la portata del dispositivo etnopsichiatrico è grande, perché consente di superare una fase di stallo: da decenni ormai l'antipsichiatria denuncia l'isolamento forzato dei malati psichici, ma in tempi di psicofarmaci prescritti dalle autorità scolastiche ai minori, di *disease mongering*<sup>8</sup> da

<sup>8</sup> Il concetto di *disease mongering* o “produzione di malattia” è stato coniato da Lynn Payne (1992) ed è ora al centro del dibattito medico internazionale. Le case farmaceutiche metterebbero in atto strategie di *lobbying* per patologizzare situazioni ordinarie, promuovere la diagnosi di massa o addirittura la creazione di malattie *ad hoc* per farmaci che si vuole immettere sul mercato. Sarebbe il caso ad esempio della *Disfunzione Sessuale Femminile* (FSD), della *Disfunzione Erettile* (DE), della *Sindrome delle gambe senza riposo* (RLS) e forse anche della *Sindrome da deficit dell'attenzione-iperattività* (ADHD) (Moynihan, 2005; Phillips, 2006; e in castigliano Vara, 2008). Al tema è stato dedicato anche l'intervento introduttivo di Isabelle Stengers al colloquio del 12 e 13 ottobre 2006 “La psychotérapie à l'épreuve de ses

parte delle case farmaceutiche, di conduttivismo e cognitivismo spietati, non ha ancora saputo trovare alternative reali, sia teoriche che pratiche, ai dispositivi offerti dalla psichiatria dominante, per risocializzare o reintegrare veramente i malati psichici nella società<sup>9</sup>.

## 7. VERSO UNA PSICOPATOLOGIA SCIENTIFICA: L'INFLUENZA CHE GUARISCE

Così, tutte le tecniche “psi” - siano esse occidentali o “selvagge” - sono in realtà tecniche di influenza. Che facciano uso della parola, dei simboli, di oggetti magici<sup>10</sup>, o di sostanze psicoattive<sup>11</sup>, si tratta sempre di indurre una trasformazione che curi: *l'influenza che guarisce*, la definisce Nathan (1994). Ciò che distingue le psicoterapie occidentali, ed in particolare la psicoanalisi, da tutte le “altre”, è la sua ostinata volontà di *negarsi come tecnica di influenza*. Tecniche di influenza sono le altre, la psicoanalisi è *scienza*; medici da un lato, ciarlatani e stregoni dall'altra. Mentre il mondo intorno a lei muta, si globalizza, irrompono

---

usagers”• del Centre Georges Dévereux.

<sup>9</sup> Per quanto riguarda il contesto spagnolo, e di Barcellona in particolare, bisogna citare una importante eccezione: il lavoro del collettivo Radio Nikosia, che prende le mosse dal movimento La Colifata di Buenos Aires. Attraverso un programma radio settimanale su varie stazioni, un gruppo di persone diagnosticate come malati mentali sono riusciti a costruire una collettività che li trasforma e che consente loro di sviluppare relazioni nuove. (AAVV, 2005).

<sup>10</sup> L'uso degli oggetti nelle terapie “altre” è stato studiato ampiamente da Nathan e rappresenta uno dei punti centrali della teoria etnopsichiatrica. Il tema meriterebbe molto piú di una nota a pié di pagina. Si veda almeno Nathan (2001b).

<sup>11</sup> Alle “sostanze attive” (droghe e farmaci) e ai loro diversissimi usi terapeutici, nonché alla riflessione sui significati clinici e politici di questi usi, è stato dedicato un numero della rivista del Centre Dévereux, *Ethnopsy. Les mondes contemporains de la guérison*, n.2, marzo 2001. “Drogues et remèdes”. In particolare si vedano Bonhomme (2001) e Rafanell i Orta (2001). Riferimento obbligato su questo tema è il filosofo Philippe Pignarre, la cui riflessione sulla natura e sugli usi degli psicofarmaci costituisce una delle basi teoriche principali su cui si fonda la filosofia d'intervento del Centre Dévereux. Si veda Pignarre (2001).

gli psicofarmaci, che minano le basi stesse su cui si è costruita, la psicoanalisi cerca ancora di essere riconosciuta come scientifica, sulla base di un'idea di scienza positivista ed etnocentrica (Melchior, 2006)<sup>12</sup>. Riconoscendosi come *una tecnica tra tante*, ammettendo la mancanza di una differenza qualitativa importante tra tecniche scientifiche e tecniche "selvagge", la psicoterapia moderna potrebbe finalmente cominciare ad aspirare a costruirsi come psicoterapia scientifica vera, basata sulla sperimentazione, sulla costruzione di teorie generali a partire dalle osservazioni particolari (Nathan, 2006:25-28). Con un metodo *stocastico*, applicando prima una teoria poi un'altra, poi una pratica proveniente da un sistema, poi una pratica proveniente da un altro, in una sorta di meticcio delle pratiche, finalizzato a costruirne una che funzioni per ogni caso specifico. Proprio come un tempo i suonatori di *pizzica*<sup>13</sup> provavano tutte le loro melodie per far uscire dalla catalessi la donna *pizzicata* dalla *taranta* (De Martino, 1999)<sup>14</sup>. Anche perché nessuno dei mondi di appartenenza dei migranti è ormai il mondo tradizionale, incontaminato, descritto dagli antropologi di inizio secolo: i mondi si sono mischiati, e le identità sono multiple, non si può applicare

<sup>12</sup> "La psychanalyse, héritière de l'hypnose, a infiniment moins rompu avec celle-ci qu'elle ne se plaît à le dire. Il faut savoir, en effet, que l'un des aspects les plus marquant de la communication hypnotique es l'intralocution [...] Ce terme désigne simplement le fait que dans les phrases qu'il prononce, l'hypnotiste parle comme s'il savait aussi bien que le patient ce qui se passe en lui [...] Or, dans la structure de la communication à l'oeuvre au cours d'une cure analytique, on retrouve également une forme d'intralocution. En effet, dans le jeu communicationnel analytique le patient accepte dans une certaine mesure de laisser l'analyste devenir le détenteur des significations qu'il énonce" (Melchior, 2006:70).

<sup>13</sup> La *pizzica tarantata* è uno stile musicale del Sud Italia, caratteristico del rituale del *tarantismo*, studiato dal grande antropologo italiano Ernesto De Martino. La taranta è un ragno mitico che con il suo morso induceva una catalessi, che veniva guarita attraverso un dispositivo meloterapeutico. Questo sistema terapeutico è attestato in vita fino agli anni 60. Si veda De Martino (1999).

<sup>14</sup> Tempo fa proponemmo un'idea simile per la pratica dell'educazione infantile (Portelli, Rossomando, 2004).

meccanicamente nessuna terapia, né esotica né nostrana. Bisogna cercare, sperimentare, fuori dai pregiudizi e dalle prese di posizione ideologiche, restituendo così alla psicoterapia quel carattere di scienza sperimentale che sembra aver perso, da quando si è trasformata in un campo di battaglia tra cognitivo-comportamentali e analisti, tra neurofarmacologi e sistemici, tra sostanze attive e terapie della parola (Pignarre, 2001; Nathan, 2006).

In questo scenario, gli antropologi possono riscoprire un ruolo non solo attivo ma essenziale: non sono più né folkloristi alla ricerca di vestigia di usanze scomparse, né confusi sociologi della modernità, intenti a descrivere le stesse storie in termini sempre nuovi. Diventano invece parte di un progetto complesso di *etnoscienza*, in cui le metodologie terapeutiche esotiche devono essere studiate in profondità, nella pratica e soprattutto nell'impatto con la modernità; accantonando termini come "credenza", "resistenza", "simbolico", e contribuendo ad una mappatura del mondo nel suo funzionamento reale, nei rapporti che migranti e non migranti intrattengono con i loro attaccamenti e con i loro esseri invisibili, mutati anch'essi dalla globalizzazione, eppure sempre attivi come strumenti di patologia e di guarigione. Senza antropologia, non ci sarebbe etnopsichiatria né, quindi, la possibilità di una psicopatologia scientifica, completa, non eurocentrica.

Quando mi sono trovato a dire la mia in un circolo terapeutico (il paziente era un uomo originario del Mali, con due mogli e troppi figli dalla seconda moglie, cosa che aveva suscitato le invidie della prima) ho capito il tipo di *expertise* -di specialisti- di cui l'etnopsichiatria ha bisogno. Persone in grado di ascoltare, esattamente come quando ci troviamo a fare interviste sul campo. Allo stesso tempo in grado di analizzare e di capire ciò che abbiamo ascoltato nei termini culturali della persona che parla, persone capaci di relativizzare la propria preparazione tecnica, di considerarla *local knowledge* al pari di quella dei pazienti. Di fatto, un sapere che è quello dell'antropologo,



ma con una differenza: che si tratta di un sapere *pratico*, orientato all'azione e all'influenza sull'altro. Due applicazioni queste - l'azione e l'influenza - quasi storicamente lontane dall'antropologia, soprattutto di quella contemporanea, che tende a rinchiudersi nella costruzione di saperi fini a se stessi ed alla propria riproduzione. Credo che se riuscissimo a contemplare, nella formazione antropologica, anche la necessità urgente di imparare a *intervenire* - non nei termini delle ONG, della cooperazione umanitaria, bensì in senso politico, come necessità urgente di un'applicazione pratica del sapere prodotto - forse potremmo aiutare la nostra disciplina a non essere ingoiata dai tempi, a non ritrovarsi come la psicanalisi prima dell'arrivo dell'etnopsichiatria: chiusa su se stessa e sola di fronte a un mondo che non è più in grado di capire, e sul quale non trova più niente di interessante da dire.

Una necessità che implica correre un rischio, sottoporsi a un "oltraggio", come avrebbe detto De Martino<sup>15</sup>: accettare l'altro come *esperto* da consultare, con cui lavorare, e non come *informatore* da utilizzare, significa abdicare alla nostra superiorità, rinunciare anche a parte della nostra identità di studiosi. In gioco c'è la sopravvivenza della disciplina, e forse anche l'equilibrio tra i mondi culturali. A chi non voglia correre questo rischio, ricordiamo che se oggi esiste l'etnopsichiatria si deve soprattutto alla genialità e al coraggio di Georges Dévereux, "apritore di cammini", maestro dell'attraversamento delle frontiere, che ha saputo, e dovuto, "rinunciare alla propria identità come difesa contro l'annientamento"<sup>16</sup>.

<sup>15</sup> "L'umanesimo etnografico è in un certo senso la via difficile dell'umanesimo moderno, quella che assume come punto di partenza l'umanamente più lontano e che, mediante l'incontro sul terreno con umanità viventi, si espone deliberatamente all'oltraggio alle memorie culturali più care: chi non sopporta quest'oltraggio e non è capace di convertirlo in esame di coscienza, non è adatto alla ricerca etnografica, e miglior prova di sé potrà eventualmente dare nell'ambito dell'umanesimo filologico e classicistico, che è pure sempre, malgrado tutto, un dialogo in famiglia" (De Martino, 1977).

<sup>16</sup> Riprendo qui il titolo di uno dei più bei testi di Dévereux: "La renonciation a l'identité: defense contre l'anéantissement" (1967).

## BIBLIOGRAFIA

- AAVV (2005) *El libro de Radio Nikosia. Voces que hablan desde la locura*. Barcelona: Gedisa.
- ACHOTEGUI LOIZATE, J. (2004) "La soledad de los inmigrantes o el síndrome de Ulises". *Crítica*, 914: 59-63.
- BONHOMME, J. (2001) "À propos des usages rituels de psychotropes hallucinogènes (substances, dispositifs, mondes)". *Ethnopsy*, 2:171-190.
- BLOCH, G. (2000) "Les origines culturelles de Georges Dévereux et la naissance de l'ethnopsychiatrie", [En línia] Pàgina web <http://www.ethnopsychiatrie.net/actu/GBGD.htm> [Consulta, 1/3/2009].
- COLAJANNI, A. (1998) *Gli usignoli dell'imperatore*. Roma: dispense Cattedra di Antropologia Sociale, facoltà di Scienze Statistiche, Università "La Sapienza", A.A. 1997-1998.
- COPPO, P. (2000) "Politiche e derive dell'etnopsichiatria. Note a margine di una polemica francese". *I fogli di ORISS*, 13-14.
- DELGADO, M. (2004) (ed.) *La otra cara del Fórum de les cultures S. A.* Barcelona: Edicions Bellaterra.
- DE MARTINO, E. (1977) *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*. Torino: Einaudi.
- DE MARTINO, E. (1999) [1961] *La tierra del remordimiento*. Barcelona: Bellaterra.
- DÉVEREUX, G. (1967) "La renonciation a l'identité: defense contre l'anéantissement". *Revue Française de Psychanalyse*, 31: 101-143.
- DÉVEREUX, G. (1970) *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris: Gallimard.
- FAAEE (2003) "Declaració del IX Congrés de la Federació d'Associacions d'Antropologia de l'Estat Espanyol. Barcelona, setembre 2002". *Quaderns de l'ICA*, 19: 161-167.
- FASSIN, D. (2000) "Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des

- colonies africaines aux banlieues parisiennes”. *L'Homme*, 153: 231-250.
- FOUCAULT, M. (2007) [1979] *Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-1979)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- GRANDSARD, C. (2009) “Enveloppe culturelle et attachement social”. *Santé mentale*, 135: 46-49.
- LATOURET, B. (2007) *Nunca fuimos modernos. Ensayo de antropología simétrica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- MELCHIOR, T. (2006) “Guérir par la vérité” dins NATHAN, T. (ed.) *La guerre des psys. Manifeste pour une psychothérapie démocratique*. Paris: Les empêcheurs de penser en rond, La Seuil: 65-99.
- MEZZICH, J.E.; KIRMAYER, L.J.; KLEINMAN, A.; FABREGA, H.; PARRON, D.L.; GOOD, B.J.; LIN, K.; MANSON, S.M. (1999) “The place of culture in DSM-IV”. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 187(8): 457-464.
- MOYNIHAN, et al. (2005) *Selling Sickness: How the world biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients*. Nueva York: Nation Books.
- NATHAN, T. (1993) *Fier de n'avoir ni pays ni amis, quelle sottise c'était... Principes d'ethnopsychanalyse*. Paris: Édition La Pensée Sauvage.
- NATHAN, T. (1994) *L'influence qui guérit*. Paris: Odile Jacob.
- NATHAN, T. (2001) *Nous ne sommes pas seuls au monde. Les enjeux de l'ethnopsychiatrie*. Paris: Les empêcheurs de penser en rond, La Seuil.
- NATHAN, T. (2001) “Fonctions de l'objet dans les dispositifs thérapeutiques”. *Ethnopsy*, 2: 5-42.
- NATHAN, T.; STENGERS, I. (2004) *Médecins et sorciers*. Paris: Les empêcheurs de penser en rond, La Seuil.
- NATHAN, T. (ed., 2006) *La guerre des psy. Manifeste pour une psychothérapie démocratique*. Paris: Les empêcheurs de penser en rond, La Seuil.
- PAYNE, L. (1992) *Disease-mongers: How doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick*. New York; Wiley and Sons.
- PIGNARRE, P. (2001) “Qu'est-ce qu'un psychotrope? Psychothérapeutes et prescripteurs face aux mystères de la dépression”. *Ethnopsy*, 2: 241-291.
- PHILLIPS, C.B. (2006) “Medicine Goes To Scholl: Teachers as Sickness Brokers for ADHD”. *PLoS Medicine*, 3(4): 182.
- PORTELLI, S.; ROSSOMANDO, L. (2004) *Pedagogia delle acque. Tre laboratori con i bambini*. Napoli: In proprio.
- RISSO, M.; BÖKER, W. (1992) [1964] *Sortilegio e delirio. Per una psicopatologia dell'emigrazione in prospettiva transculturale*. Napoli: Liguori.
- RAFANELLI ORRA, J. (2001) “Drogues: une communauté impossible?” *Ethnopsy*, 2: 203-219.
- ROSENBAUM, J.F.; JUDY, A.E. “Depression and minorities” [En línia] Intervención en la American Psychiatric Association 2004 Annual Meeting. <http://www.medscape.com/viewarticle/480895> [Consulta, 1/3/2009].
- SCHOPENHAUER, A. (1851) *Parerga und Paralipomena*. Leipzig: Philipp Reclam jun.
- SIRONI, F. (2008) *Psicopatología de la violencia colectiva*. Zaragoza: 451 Editores.
- SZASZ, T.S. (1974) *La fabricación de la locura. Estudio comparativo de la Inquisición y el movimiento en defensa de la salud mental*. Barcelona: Kairós.
- TIZÓN, J. (2006) “Salud mental, ciudades y urbanismo. Sobre psicósomática y psicodinámica de la vida urbana”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(97): 9-29.
- VARA, A.M. (2008) “Cómo medicalizar la vida diaria: la creación de enfermedades o disease mongering”. *Evidencia. Actualización en la práctica ambulatorial*, 11(5): 130-132.
- WALLACE, E. R. (1983) *Freud and Anthropology. A History and Reappraisal*. (Psychological Issues Monograph 55). New York: International Universities Press, Inc.
- ZAJDE, N. (2005) *Guérir de la Shoah*. Paris: Odile Jacob.



**RESUM**

Es descriuen aquí alguns dels punts de partida teòrics i dels dispositius pràctics a través dels quals es desenvolupa la activitat del Centre Georges Dévereux, fundat a París pel psiquiatra Tobie Nathan i orientat a la cura de pacients migrants. La necessitat d'evitar les simplificacions dins de la traducció entre cultures va portar Nathan i el grup de professionals del Centre a elaborar una teoria crítica de la modernitat i del paradigma psiquiàtric actual, a partir dels ensenyaments de l'antropologia contemporània i de la necessitat d'ajudar a la disciplina psicoanalítica a enfrontar-se amb els reptes de la època present. Per a la antropologia, la etnopsiquiatria representa una possibilitat concreta de contribuir a la construcció d'un coneixement pràctic.

[ETNOPSQUIATRIA, PSICOANÀLISI, IMMIGRACIÓ, PSQUIATRIA TRANSCULTURAL, ETNOTERÀPIAS]

**RESUMEN**

Se describen aquí algunos de los puntos de partida teóricos y de los dispositivos prácticos a través de los cuales se desarrolla la actividad del Centre Georges Dévereux, fundado en París por el psiquiatra Tobie Nathan y orientado a la cura de pacientes migrantes. La necesidad de evitar las simplificaciones en la traducción entre culturas llevó a Nathan y al grupo de profesionales del Centro a elaborar una teoría crítica de la modernidad y del paradigma psiquiátrico actual, a partir de las enseñanzas de la antropología contemporánea y de la necesidad de ayudar a la disciplina psicoanalítica a enfrontar los retos de la época presente. Para la antropología, la etnopsiquiatria representa una posibilidad concreta de contribuir a la construcción de un conocimiento práctico.

[ETNOPSQUIATRÍA, PSICOANÁLISIS, INMIGRACIÓN, PSQUIATRÍA TRANSCULTURAL, ETNOTERAPIAS]

**ABSTRACT**

This article describes some theoretical premises and practical devices developed at Centre Georges Dévereux, founded in Paris by psychiatrist Tobie Nathan and devoted to the treatment of immigrant patients. Moved by the need to avoid simplifications in translations between cultures, Nathan and the *équipe* of the Centre developed a critical theory of modernity and of the current psychiatric paradigm, based on the teachings of contemporary anthropology and on the urge to help psychoanalytic discipline to deal with the defies of present times. For anthropology, ethnopsychiatry represents a possibility to contribute in the building up of a practical knowledge.

[ETHNOPSYCHIATRY, PSYCHOANALYSIS, IMMIGRATION, CROSS-CULTURAL PSYCHIATRY, ETHNOTHERAPIES]