

# Guerra tra mondi. Il Servizio di Psicologia dell'ambulatorio di Medicina delle Migrazioni di Palermo

Maria Chiara Monti



## Narrare i gruppi

*Etnografia dell'interazione quotidiana*

*Prospettive cliniche e sociali*, vol. 6, n° 2, Novembre 2011

ISSN: 2281-8960

Rivista semestrale pubblicata on-line dal 2006 - website: [www.narrareigruppi.it](http://www.narrareigruppi.it)

Titolo completo dell'articolo

**Guerra tra mondi. Il Servizio di Psicologia dell'ambulatorio di Medicina delle Migrazioni di Palermo**

Autore

Maria Chiara Monti

Ente di appartenenza

*Psicologa, Palermo*

To cite this article:

**Monti M., C.**, (2011), Guerra tra mondi. Il Servizio di Psicologia dell'ambulatorio di Medicina delle Migrazioni di Palermo, in *Narrare i Gruppi*, vol. 6, n° 2, Novembre 2011, pp. 183-192, website: [www.narrareigruppi.it](http://www.narrareigruppi.it)

Questo articolo può essere utilizzato per la ricerca, l'insegnamento e lo studio privato. Qualsiasi riproduzione sostanziale o sistematica, o la distribuzione a pagamento, in qualsiasi forma, è espressamente vietata.

L'editore non è responsabile per qualsiasi perdita, pretese, procedure, richiesta di costi o danni derivante da qualsiasi causa, direttamente o indirettamente in relazione all'uso di questo materiale.

## gruppi nella clinica

### **Guerra tra mondi.** Il Servizio di Psicologia dell'ambulatorio di Medicina delle Migrazioni di Palermo

Maria Chiara Monti

#### *Riassunto*

Il lavoro descrive l'esperienza clinica con i pazienti stranieri del Servizio di Psicologia che da alcuni anni si è insediato presso l'ambulatorio di Medicina delle Migrazioni del Policlinico universitario di Palermo. L'articolo concentra la sua attenzione sulla metodologia di presa in carico e di cura di pazienti stranieri. Una metodologia a vocazione etnopsichiatrica che utilizza il gruppo multidisciplinare formato dal medico, dalla psicologa, dall'antropologa e dai mediatori linguistico-culturali. La consulta plurivocale complessifica il campo clinico, permettendo a tutti gli interlocutori, compreso il paziente, di proporre la propria ipotesi sull'origine del malessere, evitando le rischiose dinamiche (consapevoli o inconsapevoli) di assoggettamento di un sapere egemone (quello universalistico della biomedicina) su un altro subalterno (quello tradizionale).

*Parole chiave:* etnopsichiatria, gruppo multidisciplinare, paziente straniero

*War between worlds.*

*The Psychology Service of the surgery of Medicine of Migration in Palermo*

#### *Abstract*

The paper describes the clinical experience with foreign patients, the Psychology Service, which for some years took office at the clinic of Migration Medicine University Hospital of Palermo. The article focuses its attention on methods of care and treatment of foreign patients. A methodology that uses the vocation ethnopsychiatry multidisciplinary group formed by the physician, psychologist, anthropologist and linguistic-cultural mediators. The plurivocale consult makes it more complex the clinical field, allowing all stakeholders, including the patient, to propose their own hypothesis about the origin of the illness, avoiding risky dynamics (conscious or unconscious) of submission of a hegemonic knowledge (the universality of Biomedicine) subordinate to another (traditional).

*Key word:* ethnopsychiatry, multidisciplinary group, foreign patient.

## 1. Una premessa: l'ambulatorio

Il lavoro che vi presento prende corpo a partire dall'idea di far sedimentare alcuni ragionamenti nati dall'esperienza clinica del Servizio di Psicologia che, da alcuni anni, si è inserito e insediato nell'ambulatorio di Medicina delle Migrazioni del Policlinico universitario di Palermo. L'ambulatorio si occupa di medicina generale ed è una realtà radicata da un decennio nel territorio palermitano e punto di riferimento per la salute degli stranieri; in esso medici e mediatori collaborano per la presa in carico e la cura dei pazienti.

Nell'ambulatorio, all'origine la presa in carico e la cura dei pazienti percorreva i binari della medicina a impostazione biologistica, per cui i disturbi, le malattie, le sofferenze erano letti e inquadrati in modelli diagnostici appartenenti a categorie universali. Tutti i pazienti seguivano protocolli di cura su base organicista e meccanicista, a partire da esami diagnostici e interpretazioni dei quadri sindromici risalenti le correnti scientifiche. Mentre da un triennio a questa parte nasce il Servizio di Psicologia, a vocazione etnopsichiatrica, quale valore aggiunto per la salute dei pazienti, nell'ottica di tenere insieme epistemologie complementari (Devereux, 2007; Nathan, 1996) per meglio comprendere il disagio nella sua complessità, pensandolo come *fatto totale* (Mauss, 2000) e per depotenziare il rischio della scissione tra il livello corporeo e il livello psichico, così come tra la visione universalistica della biomedicina e quella etnico-antropologica.

Infatti, seguendo l'approccio della biomedicina, corpo e mente sono intesi come entità discrete, distinte e separabili, così come l'unità-corpo è considerata una massa i cui confini sono dati reificati dai limiti fisici e organici: ogni corpo corrisponde all'unica entità individuale.

Nella visione dell'etnomedicina invece – e nelle impostazioni tradizionali delle culture allogene – in cui il mondo materiale e quello immateriale, il mondo del visibile e dell'invisibile sono interconnessi, inscindibili, ogni essere-corpo è in connessione con altri *fatti*: ogni individuo, nei suoi aspetti funzionali, vitali è in relazione con altri individui (per es. con gli appartenenti al suo gruppo familiare) e con le realtà che circondano la sua esistenza (come gli esseri ancestrali, gli antenati, gli oggetti, gli animali ...). Il disordine, che si manifesta attraverso la malattia è, secondo questo approccio, un disequilibrio nell'intero sistema che regola le leggi dell'essere. "Il corpo non è inteso come una macchina complessa, ma piuttosto come un microcosmo dell'universo" (Lock, Scheper-Hughes, in Quaranta, 2006: 173). La causa del malessere non è, in quest'ottica, un compito privato di chi è portatore del dramma, ma va ricercata nella rete dei sistemi sociali e geo-politici di appartenenza.

Così, quella del Servizio di Psicologia è un'avventura che si nutre dell'incontro con altri mondi, altri modi di concepire l'esistenza, nelle sue declinazioni di salute e malattia, di ben-essere e sofferenza.

L'idea è quella di prendere in carico non soltanto il corpo malato, ma di approcciare la *crisi della presenza* (De Martino, 1973; 1977) in cui rischia di sprofondare il popolo migrante alla luce del fallimento delle politiche dell'integrazione, inserite nelle logiche di gestione e di controllo, a fronte di una politica dell'interazione.

## 2. Dalla politica dell'integrazione alla politica dell'interazione<sup>1</sup>

La nostra esperienza ci suggerisce che l'azione di affiliazione, mascherata dalle buone intenzioni (o dagli intenzionamenti?) dell'ideologia dell'integrazione e dell'"acculturazione", al sistema di pensiero e di cura del mondo ospitante a cui sono assoggettati i nostri pazienti "espone al rischio psicopatologico" (Cardamone, Inglese: 57), perché corrisponde ad un processo di plasmazione identitaria, quando non addirittura di rinuncia all'identità (Devereux, 2000; 2001), con effetti anche sull'asse longitudinale delle seconde e terze generazioni.

I migranti si confrontano con il desiderio, il bisogno e la necessità di adottare nuove modalità di esistere, incorporando in modo del tutto adesivo parti identitarie nuove, prima ancora di conoscerle e "digerirle": il movimento dell'approdo degli stranieri al nostro ambulatorio è un passaggio, tra gli altri, d'acquisizione del nuovo mondo, nell'idea di farne parte; l'essere presi in carico, oltreché l'ammalarsi, si configura, così, come un passaggio iniziatico di appartenenza, a sacrificio delle parti tradizionali, meno "moderne", occidentali e globalizzate.

Così come si assiste alla conversione alla cucina della cultura ospitante, al tipo di abbigliamento, agli usi e ai costumi, in egual modo si "sceglie" di ammalarsi e entrare nel circuito della cura a impostazione biologico-universalistica, pena la scotomizzazione dell'identità e la formazione di costellazioni psicopatologiche che, invece, richiamano spesso i mondi originari

Ciò che qui si vuol sottolineare è che la rinegoziazione dell'identità degli stranieri passa anche attraverso la scelta di essere presi in carico dall'ambulatorio: in quest'ottica fermare l'agire clinico e porre una riflessione sulla metodologia dell'intervento era un obbligo.

Troppo spesso i nostri pazienti cavalcavano le decisioni del terapeuta, senza interrogarle o permettere al curante stesso un'*epoché*<sup>2</sup>, una sospensione del proprio giudizio sul proprio fare clinico. In questa direzione "mettere tra parentesi" il proprio punto di vista teorico-tecnico, la propria epistemologia, i propri modelli di fabbricazione, si poneva come urgenza e premessa per permettere a nuove interpretazione sul disagio di affacciarsi sul campo terapeutico.

D'altra parte l'adesione alle terapie e la *compliance*<sup>3</sup>, oltreché l'apprendimento della lingua italiana, sono ad oggi parametri del livello di integrazione dello straniero alla "nostra" cultura; dunque, aderire alle terapie e soggiacere all'egida dei sistemi a illusione universalistica è, a nostro avviso, anelito ultimo dei migranti che, altrimenti, restano ai margini del tessuto collettivo, disancorati dai propri gruppi di provenienza e non integrati al gruppo di "accoglienza".

Si pensi al fenomeno dell'"acculturazione forzata"<sup>4</sup> per cui gli individui sono costretti a sacrificare parti della propria identità quando l'incontro con altre culture diventa un'impossibilità di negoziazione e di contrattazione tra mondi. Gli immigrati assumo-

---

<sup>1</sup> Cfr. Palmeri P., Licari G., Ciccio G., "Il disagio interculturale", in Salvini A., Dondoni M., *Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia*, Giunti Firenze, 2011.

<sup>2</sup> Per *epoché* si intende la capacità di sospendere il giudizio: mettere "tra parentesi" pregiudizi, idee, ipotesi, teorie, l'indagine scientifica.

<sup>3</sup>In ambito medico, oggi sempre di più, si parla di *buona aderenza alle terapie* o *buona compliance* per descrivere quelle situazioni cliniche (e relazionali) in cui il paziente osserva, in modo puntuale, prescrizioni e assunzioni di terapie e farmaci, per una migliore efficacia della cura.

<sup>4</sup> Cfr. Licari G. Focus, Novembre, 2011. in [www.narrareigruppi.it](http://www.narrareigruppi.it)

no *tout court* modi del vivere quotidiano, schemi di pensiero, valori morali del mondo ospitante a costo di parti di sé. Queste vengono letteralmente relegate, recluso, incryptate, in luoghi e in forme che acquistano consistenza nelle trame transgenerazionali in forme psicopatologiche che rimandano spesso al quadro della “perplexità psichica”, con conseguenze di gravità e di rischio di frammentazioni personologiche.

In questo senso, l'azione di un individuo dominante su un altro, che a questi deve “integrarsi”, non permette che possano essere resi visibili (e condivisibili) oggetti (culturali), che dunque rimangono fuori dal discorso clinico.

L'incontro tra due individui appartenenti a mondi culturali differenti è lo scontro tra teorie e tra modi di categorizzare gli accadimenti: in terapia individui stranieri portano con sé il proprio mondo (non possono farne a meno) ma alcuni *items* rimangono totalmente inintelligibili e catalogabili come stranezze perché non corrispondenti a nessun ordine di senso conosciuto da chi si dispone in posizione di “accoglienza”.

In Malinowski (1944: 17) si legge:

“non esiste alcunché di simile a una descrizione priva di teoria. Sia che si costruisca un evento storico, si effettui un'indagine sul terreno di una tribù selvaggia o in una comunità civilizzata, ogni giudizio e ogni argomento deve essere formulato in parole, cioè in concetti. Ciascun concetto a sua volta è il risultato di una teoria che dichiara che alcuni fatti sono rilevanti e altri trascurabili, che alcuni fatti determinano il corso degli eventi, e altri sono meramente fortuiti, che le cose accadono come accadono perché personalità, masse e agenti materiali dell'ambiente le producono.”

Così, seguendo Malinowski, alcune domande hanno cominciato a muovere le interrogazioni del gruppo curante dell'ambulatorio: cosa accade quando la teoria del clinico non corrisponde a quella del paziente? E cosa quando le teorie dei diversi clinici che incontrano lo stesso paziente sono tra loro differenti? Cosa accade ai linguaggi, alle parole, ai concetti utilizzati dai pazienti quando non rientrano nei linguaggi e nei concetti dei loro curanti?

Con il passare del tempo, abbiamo dunque provato a chiederci, all'interno dell'équipe di lavoro, se era possibile mettere insieme punti di vista lontani, diversi e a volte distonici tra loro, senza smarrimenti di rotta nella cura dei pazienti.

Il tentativo era di far dialogare le diverse professionalità che componevano il gruppo di lavoro dell'ambulatorio e che avevano il compito di occuparsi del disagio dei pazienti, ricomponendo gli spazi discreti della presa in carico: medico, psicologa, mediatori e antropologa hanno cominciato così a discutere insieme attorno ai problemi portati di volta in volta dai pazienti; e gli operatori hanno cominciato a inter-agire tra loro, in una dinamica “creativamente litigiosa e bellicosa”, che ha messo in crisi la lettura univoca ed egemonica del medico, quando il curante pensava che il paziente portasse un problema biologico, o della psicologa, quando l'operatore di turno immaginava ci si trovasse dinanzi a un disagio emotivo.

Il campo clinico, in questo senso, si trasforma da luogo di influenzamento o di colonizzazione, di un sapere su un altro (spesso quello del terapeuta su quello del paziente), a campo della viva contesa tra scienze - tra etnoscienze - e tra visioni del mondo; si assiste al passaggio metodologico da una politica dell'integrazione a quella dell'interazione, in cui ognuno ha legittimità di cittadinanza, senza riduzioni di un sa-

pere all'altro. Tutti gli operatori del dispositivo, compreso il sistema-paziente, entrano nel discorso sul malessere, in un circolo plurivocale.

Il dramma esistenziale del paziente straniero si colloca, così, all'interno di una logica di tensioni tra culture, tra mondi, tra sistemi di costruzione e di fabbricazione di identità e di modi dell'ammalarsi e di spiegazioni attorno a questo ammalarsi.

Il paziente e tutto il mondo che entra insieme a lui nel dispositivo di cura, rappresentano un attacco perturbante alle discipline dei terapeuti, ai sistemi diagnostici universalistici, ai sistemi di codificazione e di senso delle forme di patologia. Ciò che aveva sperimentato Nathan nel dispositivo parlamentare etnopsichiatrico (Nathan, 1996) era un processo a moltiplicazione geometrica di tensione tra teorie, una tensione generata dall'incontro e dallo stridore tra le teorie risalenti le appartenenze culturali e originali dei pazienti (testimoniate attraverso il fenomeno patologico) e quelle appartenenti ai contesti dei terapeuti.

Come si è potuto notare il fenomeno morboso secreta teorie, mondi non parlabili, indicibili, nascosti e lontani. Allo stesso tempo, il dispositivo così costruito si appresta ad accogliere il loro mondo fatto di spiriti, oggetti, antenati, riti e cerimonie.

In quest'ottica si smette di guardare il paziente e la sua sofferenza come un già-dato; potremmo dire che il punto di vista del terapeuta, in un certo senso, "vacilla e si sbilancia", meglio sarebbe dire, si decentra, perché si lascia attraversare dai movimenti dialogici che il problema del paziente sollecita: così il terapeuta è chiamato a conquistare una nuova posizione per ritrovare un nuovo equilibrio. La nostra esperienza clinica ci spinge ad affermare che la metodologia multivocale, pluriteorica in gioco, ha l'effetto di spingere il terapeuta ad assumere la posizione *emica*<sup>5</sup>, a fronte di un'illusione empatizzante che sembrava regnare sovrana, e poco consapevole agli operatori, nel primo modello biomedico.

Il nostro sforzo è quello di dare voce allo stridore tra punti di vista (quello del terapeuta nei confronti del paziente e quello dei diversi terapeuti tra loro), affinché possano, in questo modo, dapprima riconoscersi come differenti e dopo assumere, in un secondo momento, la prospettiva interna a culture lontane. E non ci sembra azzardato dire che questo movimento di avvicinamento dentro mondi allogeni corrisponda in un certo senso a un processo di vera e propria conversione epistemologica del terapeuta.

### 3. *Set e setting: il paziente come primo esperto dell'agire terapeutico*

Gli individui appartenenti a contesti sociali e culturali diversi, fabbricati secondo leggi e codici lontani da quelli del terapeuta, portano con sé modelli di lettura e di spiegazione del loro malessere quali corpi organizzati di ipotesi: le teorie etiologiche tradizionali (Inglese, Cardamone, 2010). La possibilità offerta dalla complessa articolazione del dispositivo consente al paziente di proporre la sua idea originaria e presentarsi al gruppo terapeutico come essere storicizzato e contestualizzato; cioè, l'individuo può narrare le proprie trame di appartenenza e ripristinare le reti e i legami (qualora

---

<sup>5</sup> Cfr. Cardamone, G., Zorzetto, S. (2000), *Salute mentale di comunità*. FrancoAngeli, Milano. Gli autori definiscono che l'approccio *emico* suggerisce di utilizzare una posizione interna a uno specifico contesto culturale per studiarla in profondità e usufruire di criteri interpretativi specifici ad essa; questo approccio è in contrapposizione al quello *etico*, che si rifà all'uso di criteri universalistici. I termini sono mutuati dalla linguistica, in relazione alla fonetica (studio degli aspetti generali dei suoni) e alla fonemica (studio delle unità minime di uno specifico sistema linguistico).

fossero spezzate) con il proprio mondo, che costituiscono la matrice identitaria di ognuno.

Accade che il paziente è accolto in un dispositivo plurilinguistico e multidisciplinare, in cui egli stesso è pensato dal gruppo curante come un attivo interlocutore dell'indagine esplorativa del malessere messo in campo; il paziente non è portatore di un disagio idiosincratico, di una follia privata, ma è ambasciatore di un gruppo e, dunque, di una *doxa*<sup>6</sup> e di un sistema scientifico appartenente ad altri luoghi (Inglese, Cardamone, 2010), che preesistono a lui, lo attraversano, permeandolo e influenzandone il modo di esistere: l'origine del malessere, la sua forma, il sistema di cura e di guarigione sono tra loro connessi e inerenti alla cultura di appartenenza.

Per cogliere meglio ciò che accade in vivo nella seduta con i pazienti stranieri bisogna che si pensi al terapeuta come colui che assume una posizione che si professa deterritorializzata e che costruisce di volta in volta con il paziente, e con gli altri attori della cura, uno spazio intersoggettivo e di condivisione di significati, in cui i linguaggi si disarticolano nel tentativo di fondarne di nuovi.

La caratteristica dell'etnopsichiatria, allora, come disciplina e come tecnica di intervento sul disagio, è la sua dimensione oscillatoria, di bilanciamento, ancorché mai in equilibrio, tra mondi, tra discipline, tra pensieri, tra etnoscienze. Una vera operazione così simile a un lavoro di tessitura e smontaggio degli ordini di senso e di significazione testimoniati e narrati (esplicitamente o implicitamente) dagli attori che fanno parte del gioco della cura, presenti o soltanto evocati nel dispositivo, siano essi guaritori, spiriti, oggetti, teorie mediche, storie mitiche e religiose ...

Ciò è possibile a costo che si pensi il paziente, non più come colui su cui agire formule di guarigione, attraverso prescrizioni, comunicazioni di diagnosi, induzione a comportamenti "sani" (anch'essi atti di influenzamento tanto potenti quanto le azioni di sciamani e *guerisseurs*). Se si pensa al dispositivo nathaniano (Nathan; 1996) il paziente è attore, nel senso di colui che agisce la cura; egli entra nel vivo della tensione esplorativa del malessere da lui testimoniato.

La vocazione della metodologia, che transita da un'ideologia integrativa a una interattiva, offre ai pazienti (e ai curanti stessi) la possibilità di tenere insieme la difficile complessità quale compito quotidiano con cui si fronteggiano gli individui allogeni che abitano nuovi luoghi, costruiti secondo leggi, regole, codici (culturali, morali, etici, di abitudini e comportamenti) sconosciuti ancorché affascinanti. Nel campo clinico così costruito si drammatizzano conflitti, contese, contrattazioni, giochi di potere tra mondi; ma il gioco diventa esplicito e parlabile, perché tutti hanno legittimità di parola; il paziente, primo tra gli altri, è così invitato a svelare idee segrete sul proprio disagio, relazioni e influenzamenti, così come evocare guaritori e operatori della cura tradizionali, resi vivi (attivi) dalla strategia del dispositivo seppur abitanti di luoghi lontani.

L'obiettivo metodologico del fare clinico, e la strategia operativa, non è certamente quella di adottare *tout court* i dispositivi di cura tradizionali, ma di evocarli e convocarli nella scena terapeutica.

Sappiamo che i nostri pazienti più "emancipati", quelli che di più tra gli altri "aderiscono" alle nostre terapie, si rivolgono in modo celato, nascosto, segreto, alle tecniche

---

<sup>6</sup> In generale, quando si pensa alla *doxa* ci si rifà al concetto di opinione, con riferimento alla soggettività della stessa, in contrapposizione all'*episteme*, cioè alla conoscenza scientifica. Qui il termine, invece, richiama il costruito nel suo senso originario, utilizzato nella filosofia di Platone, per cui, pur non corrispondendo mai esattamente con episteme, ne costituisce lo stadio precedente, quale corpus organizzato di conoscenze.

tradizionali di guarigione. Noi proviamo a riportare nel qui e ora della seduta i luoghi della guarigione senza scissioni nella politica della con-vivenza di etiologie a volte tra loro dissonanti e belligeranti.

Ciò porta ad un'accezione e legittimità di efficacia dei dispositivi terapeutici allogenici: un invito di cittadinanza, esso stesso già quale atto terapeutico.

Ogni operatore, così, viene invitato a partecipare alla consulta in modo autentico perché possa emergere dal substrato nascosto del piano clinico la forma prismatica e multifaccettata dell'incontro intersoggettivo. Le diversità dei punti di vista si scontrano - prima di incontrarsi - nell'alveo oscuro dei non-detti, delle reazioni controtransferali, delle dinamiche escludenti del gruppo curante, plasmando l'atmosfera dell'incontro clinico con i pazienti, che rischia di connotarsi di una impostazione colonizzante e dominante di un sapere su un altro. Dinamiche di controllo e manipolazione, oltreché giochi di potere tra discipline, campi di sapere, agiscono mascherati da un'aura di benevolenza (Taussig, 2006).

Implicitamente e, dunque, rischiosamente, clinico e paziente possono colludere nella richiesta del primo di elevarsi a unico interprete del disagio e del secondo di passivo fruitore di modelli diagnostici e terapeutici dettati dall'alto.

Il *setting* così disposto è il luogo concreto in cui si dà voce a diverse epistemologie e visioni del mondo: tutti i curanti, e tra questi il paziente stesso, fanno entrare in circolo le proprie ipotesi sull'origine del malessere, consentendo a tutte di coesistere.

In ultima analisi il paziente, e quando possibile il suo gruppo familiare invitato alla consulta terapeutica, possono ricucire trame di discorso interrotte dalla migrazione. Così, attraverso il recupero del tessuto collettivo, e dei suoi agenti di influenzamento, siano essi terapeuti o familiari, può essere "risolto" il dramma del paziente.

Sul piano diagnostico l'etnopsichiatria interroga le nosologie tradizionali, si interfaccia con altri approcci etnoscientifici (Inglese, Cardamone 2010) e si occupa degli epifenomeni morbosi, mai estrapolandoli dai contesti sociali, politici, antropologici, storici; in particolare, essa assume il fenomeno patologico all'interno della propria "nicchia ecologica"<sup>7</sup>, quale sistema complesso in cui diversi fattori intervengono (Inglese 2005), qualificandone la specificità del carattere di esistenza.

Il riferimento di questa disciplina è ad una metodologia dell'interazione, intesa nel senso di un avvicinamento tanto progressivo quanto concreto alle tecniche di cura e agli operatori terapeutici tradizionali, interloquendo con loro, siano essi presenti nel dispositivo di cura, siano essi evocati come possibili terzi, agenti di sofferenza e di guarigione al tempo stesso (invisibili, guaritori, ombre, antenati ..).

La possibilità di interagire e interloquire con attori fino a quel momento impensati è data e reificata nel contesto di cura dalla presenza dell'antropologa e, elemento centrale del dispositivo di cura, dalla presenza del mediatore linguistico-culturale.

### 1. *Riflessioni conclusive*

Il quadro teorico-tecnico grupppale descritto, e che da qualche tempo proviamo a identificare come modello metodologico elettivo, si rifà all'idea che l'approccio al malessere testimoniato dai pazienti stranieri debba tener conto della possibilità di crea-

---

<sup>7</sup> Per il concetto di "nicchia ecologica" cfr. Hacking I. (2000), *I Viaggiatori folli. Lo strano caso di Albert Dadas*, Carocci, Roma.



re dispositivi più complessi. Tale complessità ha a che fare con la moltiplicazione dei punti di vista e delle ipotesi sull'origine del disordine, inteso come crisi della presenza di demartiana memoria (De Martino, 1973; 1977).

Approcciando il problema clinico attraverso un dispositivo gruppe pluridisciplinare di presa in carico e di cura si intende offrire cittadinanza a saperi anche lontani da campi disciplinari specificamente medici: nel discorso sul disagio, nella consulta plurivocale, purché mai caotizzante, hanno legittimità di esistenza anche visioni del mondo politico, culturale, economico, perché mai possiamo sapere in anticipo quale branca dobbiamo interrogare per la risoluzione del problema in gioco.

Il paziente straniero pone nel clinico una messa in crisi dei suoi modelli esplicativi sul malessere e troppe volte egli non si lascia attraversare da questa crisi, riconducendola a fraintendimenti comunicativi per la differenza linguistica, quando non a lamentosità, mancanza di *compliance* terapeutica, ignoranza (Inglese; 1994). Ciò costringe il paziente ad assumere inconsapevolmente, ma forzatamente, una posizione passiva di fruitore di cure e di assoggettamento ideologico-culturale a modelli di pensiero che non abitano il suo mondo. Il paziente, così, rischia di trovarsi dapprima spogliato delle sue vesti culturali, incanalandosi, poi, all'interno di processi di disorientamento con effetti patoplastici diretti o con ricadute nelle successive generazioni.

Dobbiamo ricordare inoltre che troppo spesso l'emigrare si porta dietro la decisione, da parte dell'individuo straniero e del collettivo che sostiene il progetto migratorio di chi viaggia, di appartenere a un nuovo mondo: la migrazione mostra il fianco a movimenti di affiliazione, a volte con costi molto alti. Ciò costringe a fenomeni di mimesi, adesività alla cultura ospitante, attraverso "strategie di acculturazione", che comprendono le modalità dell'ammalarsi, la scelta del curante, l'aderenza alla terapia. Il processo di affiliazione incondizionata corrisponde alla scotomizzazione di una parte del proprio sé: nella clinica si assiste a fenomeni per cui, pur di appartenere al nuovo collettivo culturale e evitare marginalizzazioni, si adottano strategie che passano anche attraverso l'adozione di etichette diagnostiche preconfezionate dal mondo scientifico a impostazione universalistica.

La scotomizzazione di una parte originaria, seppur autentica, è il prezzo da pagare; sempre più spesso esso è tutto a debito delle generazioni successive, chiamate "al saldo" attraverso forme di patologia nuove, mascherate, poco riconoscibili o ricombinate.

La consulta "pubblica" composta da un'*équipe* eterogenea di curanti qui proposta, invece, permette al paziente di usufruire contemporaneamente, nello stesso luogo e nello stesso tempo, di modelli esplicativi e interpretativi sull'origine del proprio disagio differenti tra loro ma tutti validi, offrendogli la possibilità di evitare rischiose scissioni, per un verso, tra etiologie tradizionali e universali, e per un altro verso, tra livelli di funzionamento vitale che le origini storico-mitico-religiose dei curanti occidentali pongono su piani scissi: il piano del biologico, quello spirituale e quello emotivo-mentale.

### *Bibliografia*

- Beneduce R. (2007), *Etnopsichiatria*, Carocci, Roma  
 Cardamone G., Zorretto S. (2000), *Salute mentale di comunità*, FrancoAngeli, Milano

- De Martino, E. (1973), *Il mondo magico. Prolegomeni a uno studio del magismo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- De Martino, E. (1977), *La fine del mondo. Contributo allo studio delle apocalissi culturali*, Einaudi, Torino.
- Devereux, G. (2000), “La rinuncia all’identità (I parte)”, in *I fogli di Oriss*, n. 13/14: pp. 185-208
- Devereux, G. (2001), “La rinuncia all’identità (II parte)”, in *I fogli di Oriss*, n.15/16: pp. 163-186
- Devereux, G. (2007), *Saggi di etnopsichiatria generale* (Nuova Ed. It. a cura di S. Inglese), Armando Editore, Roma.
- Inglese, S. (1994), “La psicopatologia delle migrazioni come momento di transizione teoretica alla fondazione dell’etnopsichiatria italiana”, in Inglese, S., Cardamone, G. (2010), *Déjà vu. tracce di etnopsichiatria critica*, Colibrì, Paderno Dugnano (Mi)
- Inglese, S. (2005), “A sud della mente. Etnopsichiatria e psicopatologia delle migrazioni in sei movimenti”, in *La cura degli altri. Seminari di etnopsichiatria*, Armando Editore, Roma
- Inglese, S., Cardamone, G. (2010), *Déjà vu. tracce di etnopsichiatria critica*, Colibrì, Paderno Dugnano (Mi)
- Haking I. (2000), *I viaggiatori folli. Lo starno caso di Albert Dadas*, Carocci, Roma
- Licari G., (2011), Processi Migratori, accoglienza e dialogo interculturale, in *Narrare i Gruppi*, digitale web Università di Padova, [www.narrareigruppi.it](http://www.narrareigruppi.it), Focus, Novembre 2011.
- Lock M., Schepher-Hughes N. (2006), “Un approccio critico-interpretativo in antropologia medica. Rituali e pratiche disciplinari e di protesta”, in Quaranta I., *Antropologia medica*, Raffaello Cortina, Milano: pp.149-194.
- Lopez D. (2011), “Il mondo magico, lo psicoanalista e la maschera”, in *Gli Argonauti*, n.128, pp. 3-26.
- Malinowski B., (1944), *Teoria scientifica della cultura e altri saggi*, Feltrinelli, Milano (1962), in Sahlins M. (1994), *Cultura e utilità*, Edizioni Anabasi, Milano
- Mauss M. (2000), *Teoria generale della magia*, Einaudi, Torino
- Nathan, T. (1996), *Principi di etnopsichiatria generale*, Bollati Boringhieri, Torino
- Palmeri P., Licari G., Ciccia G. (2011), Il disagio interculturale, in Salvini A., Dondoni M., *Psicologia clinica dell’interazione e psicoterapia*, Giunti Firenze.
- Quaranta I.(2006), *Antropologia medica*, Raffaello Cortina, Milano
- Sironi F. (1999), “L’universalità è una tortura?”, in *I fogli di Oriss*, n. 11/12, pp. 153-167
- Taussig M. T. (2006), “Reificazione e coscienza del paziente”, in Quaranta I., *Antropologia medica*, Raffaello Cortina, Milano: pp. 75-106