

# Etnopsichiatria<sup>1</sup>: elementi per un percorso formativo per etnopsicoterapeuti

Piero Coppo – Lelia Pisani

Nonostante all'inizio della storia di questo ambito disciplinare e operativo (la seconda metà del secolo scorso) non vi fosse distinzione tra "etnopsichiatria", "etnopsicoterapia" e "etnopsicoanalisi", riteniamo che sia possibile oggi definire l'*etnopsichiatria* come *l'insieme delle acquisizioni teoriche e pratiche scaturite dall'attrito generato dalla applicazione dei saper-fare psichiatrici, psicologici, psicoterapeutici e psicoanalitici a rappresentanti di culture altre*<sup>2</sup>, siano essi pazienti o terapeuti. Si tratta di un ormai sostanzioso corpo disciplinare che, a partire dall'osservazione del contesto culturale di riferimento per il singolo paziente, va dall'analisi delle antropopoiesi specifiche nei diversi gruppi umani, alla funzione patoplastica delle culture, alle nosografie ed epidemiologie locali, ai bersagli dell'intervento terapeutico, ai criteri per valutarne l'efficacia, eccetera. Questo approccio ha trovato nell'*etnopsicoterapia* una modalità di intervento non farmacologico che utilizza la parola in setting specifici per rispondere al disagio psichico.

Se quindi utilizziamo il termine di "etnopsichiatria" per riferirci a questo particolare ambito che comprende la teoria e le pratiche etnopsicoterapeutiche, non è per riproporre la distinzione, propria al nostro mondo, tra psichiatria-medicina-biologia-farmacoterapia verso psicologia-psicoanalisi-scienze umane-terapia per mezzo della parola. Piuttosto, vogliamo richiamarci in questo modo a una vicenda disciplinare particolare, che ha costruito un campo teorico e pratico rifacendosi ai significati etimologici, e quindi meno *culture-bounded* (in quanto non influenzati dallo specifico percorso storico che ha portato alla modernità e all'ipermodernità), dei termini e categorie usate. Il prefisso etno- del termine "etnopsichiatria" mette in primo piano la dimensione locale, gruppale: cioè il riferimento al gruppo e alla comunità di cui quel portatore di disagio è rappresentante. Da questo punto di vista, l'approccio etno-psichiatrico non è lontano da quelli gruppo-psicanalitici e sistemici. Tuttavia, come vedremo, viste le particolari configurazioni della relazione terapeutica che prevede, e soprattutto l'enfasi sull'ambito culturale condiviso, più ampio di quello familiare o dei gruppi terapeutici, l'etnopsichiatria non può identificarsi né con gli uni né con gli altri.

Per l'etnopsichiatria dunque cultura e psichismo sono intrinsecamente legati: senza cultura non esiste psichismo, "l'apparato psichico si organizza nella sua autonomia funzionale solo a patto di rimanere immerso in questo ambiente oggettuale che garantisce il senso di identità psichica e culturale dell'individuo" (Inglese 1996). La *cultura* quindi viene qui considerata come la struttura sociale esterna che permette il funzionamento dell'apparato psichico, che rende possibile la "costruzione del mondo e del reale" della persona dando senso e contesto ai momenti di crisi e garantendo la possibilità di una risoluzione. Il lavoro etnopsicoterapeutico riguarda dunque i due ambiti costitutivi della persona: quello interno della psiche individuale ma anche quello esterno della cultura che quella psiche nutre e forma. Non è possibile per l'etnopsichiatria pensare "l'uomo nudo" e considerare la cultura come uno degli abiti da indossare a piacimento. L'essere umano, inteso come soggetto dotato di funzionalità psichica, risulta dall'interazione tra la cultura (intesa come apparato, struttura esterna che fornisce all'individuo lo sfondo che ordina e governa i singoli soggetti fornendo i codici di interazione col mondo) e il corpo biologico animato da una "macchina per creare legami" (l'apparato psichico): struttura capace così di entrare in relazione con l'ambiente culturale sul quale si autoregola e modula (Nathan 1993). Non vi può quindi essere funzionamento psichico senza struttura culturale e non vi può essere fenomeno

---

<sup>1</sup> La questione del posizionamento epistemologico e tecnico dell' etnopsichiatria, etnopsicoanalisi, etnopsicoterapia, etnopsicologia è annoso e non risolto. G. Devereux, che generalmente è riconosciuto come il fondatore della moderna etnopsichiatria clinica e dell'etnopsicoanalisi, ha utilizzato spesso i diversi termini come sinonimi. L'adozione qui del termine "etnopsichiatria" non rinvia quindi a uno specifico ambito medico-biologico, ma si riferisce piuttosto al senso generico, universale, del termine "iatria" come "prendersi cura di"; e valorizza quindi la dimensione poliversa e plurale, non limitata a una sola categoria di esperti, della cura della sofferenza psichica.

<sup>2</sup> Si usa dire che la situazione, quando due alterità culturali sono in presenza, è *alloculturale*; *isoculturale* quando i due attori si riferiscono alla stessa cultura, ovvero condividono attaccamenti fondamentali agli stessi oggetti culturali attivi.

culturale che non sia alimentato e in certa misura determinato dallo psichismo (Inglese 1996). In questa prospettiva la formalizzazione messa in atto da ogni tipo di cultura della sofferenza psichica (di una psiche non considerata come una monade) è da considerarsi come elemento necessario per la nomina e comprensione del disturbo e per la messa in campo delle risorse capaci di fornire elementi di evoluzione o soluzione.

Da questo sfondo di acquisizioni deriva la strategia generale di ogni intervento etnopsichiatrico: “Uno dei principi fondamentali dell’etnopsichiatria è operare perché si inveri, per ognuno, la continuità vivente tra psiche e cultura. L’intervento etnopsichiatrico si propone di cooperare alla riparazione di lacerazioni, rotture di continuità, ferite che prendono la forma della sofferenza del soffio vitale descritta dagli psicopatologi.” (Coppo, 2003, p. 223) La trasformazione, la metamorfosi cercata non può avvenire qui per cooptazione dell’altro al sistema del terapeuta (si vedano i troppo frequenti fallimenti delle prese in carico psichiatriche o psicoterapeutiche in situazioni alloculturali quando l’altro, legato e debitore alle sue appartenenze, recalcitra davanti a un progetto terapeutico che non le comprende e non ne tiene conto). La necessità di alimentare le due anime dell’etnopsichiatria, quella dello studio e della conoscenza della cultura e quella delle dinamiche intrapsichiche, motiva la doppia formazione degli etnoterapeuti, sia sul versante psicologico-psicoanalitico, sia su quello etno-antropologico. La necessità di questo doppio sguardo è stata teorizzata da G. Devereux nel *principio di complementarità*.

La metamorfosi, o l’adattamento, che in etnopsichiatria si cerca di attivare non avviene quindi deculturando e poi acculturando altrimenti; ma convocando nel setting gli attaccamenti fondanti la persona: utilizzando cioè le risorse di cui dispone il suo gruppo e non quello del terapeuta soltanto. L’intenzione è di rendere la persona soggetto attivo nel processo di “autoguarigione” identificando gli “attivatori”, gli “induttori” capaci di generare modelli “logico-esplicativi” in grado di produrre effetti terapeutici.

Da quanto detto, appare evidente che l’etnopsichiatria non intende utilizzare pratiche e categorie cliniche (come categorie nosologiche e modelli esplicativi) delle quali solo l’osservatore-terapeuta possiederebbe il quadro di riferimento, e che pretende di applicare a un osservato-paziente molto spesso recalcitrante. Si pone piuttosto in una logica interattiva e comparativa, intesa a mettere a confronto eziologie derivanti dal sistema di pensiero del terapeuta e dall’universo culturale del paziente. In questo sta la *funzione diplomatica del terapeuta* che dovrà poter tollerare la presenza in situazione di sistemi, interpretazioni e pratiche altre rispetto a quelli che l’ha formato; sostenuto in questo dalla *funzione di mediazione dei mediatori linguistici, culturali o etnoclinici*. Si tratterà poi di stabilire, a partire dalle interazioni avviate in situazione, quale dei modelli presenti adottare (provvisoriamente) per cercare di stabilire connessioni tra il funzionamento psichico del paziente e le prescrizioni del terapeuta, in modo che siano accettate e condivise, atte a rendere possibile l’avvio della modificazione dello stato patologico.

G. Devereux aveva così descritto il compito dell’etnopsichiatra: “Il suo intervento ... è indispensabile in ogni lavoro diagnostico, giacché la sua formazione specifica lo rende capace di giudicare della normalità o della anormalità culturale delle manifestazioni e delle re-interpretazioni che il paziente fa subire ai materiali culturali e della maniera in cui li utilizza. Ora ... questo è un atto diagnostico particolarmente delicato e sottile... Ma, oltre a questo tipo di servizi, egli ha anche un altro compito da svolgere, un compito del quale cominciamo appena a prendere coscienza davvero: quello di mettere a punto l’insegnamento e la pratica di una *psicoterapia culturalmente neutra*, cioè paragonabile alla psicoterapia analitica che è affettivamente neutrale ... In breve, abbiamo bisogno soprattutto di un sistema di psicoterapia che non si fondi sul *contenuto* di una cultura particolare ... ma sulla percezione corretta della natura della Cultura come tale: su una comprensione del senso delle *categorie culturali*, riguardo alle quali i sociologi e gli etnologi della scuola francese di Durkheim e di Mauss hanno già da molto tempo stabilito che esse erano identiche alle grandi categorie fondamentali del pensiero umano. Questa psicoterapia culturalmente neutra - psicoterapia *metaculturale* - è ancora in divenire.” (Devereux 1952, pp 106-107)

Da questa intenzione, originata dal sempre più frequente dialogo tra psicoanalisti e rappresentanti di mondi culturali diversi (G. Devereux aveva lavorato in Vietnam con i Sedang Moi e in California con i nativi; T. Nathan e M.R. Moro in Francia con i migranti; F. Sironi in Francia e nell'Europa dell'Est con le vittime delle violenze intenzionali in situazioni di guerra e di tortura; A. Chlyeh in Marocco) è naturalmente derivata la ricerca di una teoria e di un saper-fare che completasse, aggiornasse e adattasse la teoria e la pratica psicoanalitica<sup>3</sup>.

Il saper-fare (teorie e pratiche) dell'etnopsichiatria attuale si è quindi generato dalle difficoltà nella relazione tra rappresentanti di mondi diversi che ha imposto un lavoro di adattamento delle discipline psicologiche e l'introduzione di nuove categorie e tecniche, risultato anche del dialogo serrato tra le diverse scienze umane. L'etnopsichiatria che oggi è possibile insegnare e attuare è molto vicina a quella *psicoterapia culturalmente neutra* di cui parlava G. Devereux perché si è data degli strumenti tecnici il più possibile culturalmente neutri. In questo modo può lavorare il mondo dell'altro e l'altro nel suo mondo, senza obbligarlo necessariamente a una deculturazione non voluta e a un'acculturazione forzosa e posticcia (e molto spesso rifiutata) alla cultura del terapeuta.

L'occasione e il motore di questo approccio sta dunque nelle condizioni di esistenza nelle nuove società multiculturali che impongono ai terapeuti l'acquisizione di nuove competenze.

In particolare gli etnopsicoterapeuti dovrebbero:

- essere portati, attraverso una formazione opportunamente orientata, a *riconoscere le matrici storiche e disciplinari* che costituiscono il cuore della cultura che li ha formati e della quale sono i rappresentanti, e in particolare delle teorie e pratiche psicoterapeutiche, psicoanalitiche e antropologiche; in modo da riconoscerne il valore e la specificità e, insieme, la difficoltà a essere accettate da tutti e valorizzate come teorie e pratiche valide universalmente;
- poter disporre di una conoscenza, anche se in termini generali, dei criteri locali di "normalità" e delle *categorie nosologiche locali*, così come sono iscritte nei sistemi di cura espressi e adottati dai diversi popoli, in modo da poter distinguere tra manifestazioni "normali" e "anormali" del singolo individuo sullo sfondo del suo (e non del terapeuta) sfondo culturale (*codici di condotta e incondotta cultura-specifici*);
- disporre degli elementi principali della *teoria generale delle culture*, che consentano di accedere al senso e all'uso di categorie e funzioni culturali specifiche, attive nelle loro declinazioni locali (funzione antropopoietica, patoplastica, di nominazione e ritualizzazione del disordine; teoria degli attaccamenti; ecc.);
- nell'impossibilità di conoscere i contenuti specifici di tutte le culture, gli etnoterapeuti devono acquisire i principi fondamentali della contiguità tra psiche individuale e contesto culturale di riferimento, principi fondamentali «che dovrebbero fondarsi sul riconoscimento sistematico del significato *generale* e della variabilità della cultura piuttosto che sulla conoscenza dei contesti specifici.» (Devereux 1951);
- essere allenati, attraverso l'esposizione a situazioni alloculturali e insieme attraverso un lavoro personale sui propri attaccamenti e determinanti culturali, a controllare il loro *controtransfert culturale*, con l'obiettivo di acquisire una propria neutralità culturale, "disciplina necessaria sia per la diagnosi che per la ricerca di risposte cliniche, etiche e politiche ai problemi contemporanei" (Daubigny, 2007, p.16); posizione che consente una *psicoterapia culturalmente neutra*, così come la psicoanalitica tende a essere, grazie alla elaborazione del controtransfert, affettivamente neutra.
- essere allenati a lavorare con il principale oggetto culturale attivo dell'altro, la lingua, anche avvalendosi dell'opera di *mediatori linguistici ed etnoclinici*;

---

<sup>3</sup> Ciò vuol dire, per esempio, prendere atto dell'impossibilità di riferirsi in modo obbligato all'universalità strutturante del complesso di Edipo; e, dal punto di vista pratico, sperimentare altri setting che non siano l'esportazione letterale di quelli classici.

- essere formati a distinguere, anche attraverso una autoanalisi assistita, tra “identità etnica” come realtà sociale e “personalità etnica” come realtà psichica (in parte cosciente ma in gran parte inconscia, diversificata nelle sue forme in seno a una data cultura per via dell’educazione, degli attaccamenti infantili e dei loro successivi rimaneggiamenti), ciò che consente di tracciare una linea di demarcazione rispetto a eventuali derive culturaliste (dato che è possibile cambiare identità etnica, per esempio convertendosi a un altro sistema religioso)<sup>4</sup>; la distinzione tra identità e personalità etnica ha permesso la definizione di *inconscio etnico* inteso come quella parte di inconscio che una persona ha in comune con la maggior parte dei membri della sua cultura: ogni individuo ne dispone, oltre all’inconscio idiosincratico.

Questi elementi costituiscono dunque la base della formazione necessaria a nostro parere a chi oggi, sullo sfondo dell’etnopsichiatria, si proponga di praticare interventi etnopsicoterapeutici.

A partire dunque da queste necessità, possiamo delineare le caratteristiche attuali della *moderna etnopsichiatria clinica*.

### Prospettive epistemologiche del modello etnopsichiatrico

L’etnopsichiatria è scaturita dalla psicoanalisi freudiana, che ne è stata a lungo l’orizzonte di riferimento: G. Devereux, considerato il padre fondatore, era membro della *International Psychoanalytical Association* e i suoi allievi diretti e indiretti (tra gli altri: Ghita el-Kayat, Tobie Nathan, Marie Rose Moro, Abdelafhid Chlyeh, Françoise Sironi) sono tutti psicoanalisti freudiani. Tuttavia, nella sua evoluzione dagli anni ’50 a oggi, l’etnopsichiatria sia francese che italiana è uscita dall’ambito della psicoanalisi per alcuni adattamenti e innovazioni sia teorici che pratici; pur riconoscendo la propria matrice e conservandone alcuni aspetti fondamentali. Inoltre, la doppia appartenenza disciplinare di G. Devereux, etnologo e psicoanalista, ha generato un saper-fare di confine che, sviluppandosi, ha sempre più integrato, in un approccio multidisciplinare, conoscenze e pratiche psicologiche e psicoanalitiche di varie tendenze e scuole, ma anche antropologiche ed etnologiche.

L’etnopsichiatria si costruisce come approccio specifico nel contesto culturale presente, che si è evoluto nella cornice epistemologica della complessità e della multi- e interdisciplinarietà, e nell’ottica di una conoscenza basata non sull’idea positivista di un osservatore neutrale e privilegiato per posizione unica di osservazione, ma sull’idea di una osservazione fondata sulla molteplicità dei punti d’osservazione e quindi sulla mobilità dell’osservatore, che in rapporto alle sue posizioni può partecipare alla costruzione di significati con l’oggetto-soggetto dell’osservazione. In particolare, l’etnopsicoterapia nasce da situazioni *dove una psicoterapia è indicata ma dove il gradiente di diversità culturale tra operatori e destinatari dell’intervento è sufficientemente ampio da non consentire lo svolgimento di una psicoterapia ordinaria, sia essa di impianto psicoanalitico o no*.<sup>5</sup>

Dalle prime osservazioni e sperimentazioni in situazioni dove questo grado di alloculturalità era estremo (gruppi locali africani, amerindiani, asiatici; migranti di nuovo arrivo) l’etnopsicoterapia si è evoluta fino ad accogliere migranti di seconda generazione, rappresentanti di minoranze (come i Rom)

<sup>4</sup> Devereux sviluppa dettagliatamente l’interazione tra queste due realtà, evidenziandone le funzioni, in particolare in «La rinuncia all’identità: difesa contro l’annientamento»; conferenza tenuta da G. Devereux a Parigi nel 1964 e pubblicata nella *Revue française de psychanalyse* nel 1967 (trad. It. : *Prima parte* “I Fogli di Oriss”, n. 13-14/2000; *Seconda parte*, n. 15-16/2001).

<sup>5</sup> La formazione etnopsichiatrica ed etnopsicoterapeutica appare quindi necessaria a livello istituzionale, di agenzie o enti deputati. Numerose pubblicazioni, tra cui il recente lavoro di Giovanni Di Girolamo e Michele Tansella "Psychiatric units in general hospital. Problems and perspectives in Europe" (2008) segnalano un elevato drop-out istituzionale dopo un primo contatto con i servizi di salute mentale (si vedano i 5/6 di drop-out tra pazienti inviati al CSM dopo un primo ricovero in SPDC). Tra questi una quota-parte rilevante sono pazienti provenienti da altre culture, da paesi lontani; ma sempre più una quota-parte consistente è costituita da pazienti isoculturali, portatori di microculture o di culture locali meno riconosciute e poco accreditate, sotto un alone globalizzante di facciata. Tali pazienti sono per lo più gravosi oltre che gravi e subiscono una fase successiva al primo contatto di "rimpallo istituzionale" per rilancio di competenze altrui e non proprie (CSM, SERT, Caritas, Servizi per vittime della tratta, Ambasciate, ecc.). A questa fase segue spesso una sorta di silenzio istituzionale che frequentemente porta poi nel tempo ad episodi comportamentali e di disagio psichico molto eclatanti e talvolta anche drammatici, con poi un sempre maggior dispendio di risorse umane.

o di gruppi esistenti o di nuova istituzione (sette, gruppi giovanili, transessuali); fino a dimostrare la sua efficacia anche in situazioni isoculturali (gruppi di figli di sopravvissuti alla Shoah, vittime delle sette e di violenze intenzionali, ecc.). Infine, l'estensione dell'indicazione all'uso di questo approccio, e le esperienze positive maturate nel corso degli ultimi anni, consentono oggi di dire che: "Vi sono ...altre situazioni in cui si avverte la necessità di un passaggio dalle modalità abituali di lavoro psichiatrico e psicologico (sia pure di comunità) a quello etnopsichiatrico. ... Ciò accade quando il terapeuta avverte un gradiente culturale tra sé (e l'istituzione, il saper-fare, la cosmovisione che rappresenta) e il paziente (il suo gruppo, i saper-fare cui si è già rivolto, la cultura di riferimento), tale da intralciare la routine dell'intervento; o quando il terapeuta si rende conto che, eseguendo il saper-fare che gli è stato trasmesso, opererebbe una riduzione o falsificazione del vissuto del paziente (che per questo può dimostrarsi recalcitrante). Non si tratta necessariamente, come è ovvio, di situazioni in cui siano coinvolti attori l'uno all'altro stranieri per nazionalità; l'esigenza di passare all'etnopsichiatria può farsi avanti anche con pazienti isoculturali." (Coppo 2003: 228)

Queste situazioni si presentano con sempre maggiore frequenza (in contrasto con l'ideologia universalistica legata alla globalizzazione) nell'incontro con giovani portatori di nuove psicopatologie, o con rappresentanti di gruppi locali, caratterizzati da specifiche appartenenze, più o meno consapevoli di esserlo.

*Il setting etnopsicoterapeutico può essere di gruppo* (composito: terapeuta e co-terapeuti, famigliari del paziente, mediatori linguistici o etnoclinici, ma anche altre figure professionali o disciplinari, come etnologi, medici, ecc.) *ma anche duale*. Anche nel caso del setting duale, però, la ricerca della soluzione passa attraverso il ricorso esplicito allo sfondo culturale: terapeuta e paziente devono riuscire a dar voce a quella loro parte che è rappresentante del loro gruppo di riferimento; che è, cioè, corale (e qui sta la contiguità con l'approccio sistemico). Da questo punto di vista, il limite, che è anche la caratteristica, dell'etnopsicoterapia è che può lavorare solo con soggetti che si costituiscono come gruppo, e quindi convocando una dimensione sovraperonale *anche* nel caso di setting duale; si tratta di un saper-fare che non lavora quindi con individui, ma solo con rappresentanti di gruppi.

### Specificità dell'apprendimento etnopsicoterapeutico

Già sono stati delineati gli elementi teorici e pratici fondamentali, a nostro parere, nell'insegnamento dell'etnopsichiatria e dell'etnopsicoterapia. Riprendiamo qui alcuni punti:

- storia dell'etnopsichiatria, delle etnopsicoterapie e delle discipline della psiche;
- complementarietà, alleanze e incompatibilità tra discipline e sistemi di cura;
- teoria generale delle culture (funzione antropopoietica, patoplastica, di ritualizzazione del disordine);
- uso del *metodo complementarista* per esplorare, indagare e capire la sofferenza, metabolizzando nel corso della formazione i modi con cui i vari gruppi umani se ne occupano, la concettualizzano, se ne prendono cura; ciò significa spostare il fuoco dell'attenzione dal paziente al terapeuta, andando a esplorare le logiche operatorie dei terapeuti, piuttosto che quelle dei pazienti;
- identificazione dei nuclei attorno ai quali si organizza lo sviluppo personale, in modo da far risaltare lo sfondo culturale che lo mette in forma e cogliere come quel soggetto particolare reagisce al suo sfondo e quali immagini e aspettative proietta sulla figura del terapeuta (possibili diverse configurazioni del transfert);
- teoria degli attaccamenti e della stratificazione dei valori (B. Latour 1998);
- rapporti tra culture e sintomo: la sintomatologia varia a seconda delle epoche e da una cultura all'altra, ciò che consiglia un approccio fenomenologico all'espressione della sofferenza; le variazioni nelle configurazioni sintomatiche e sindromiche portano a introdurre la cultura come parametro di analisi: la specificità della forma della sofferenza (grazie alla funzione patoplastica della cultura) è massimamente evidente nelle *Culture Bound Syndromes*;

- importanza dell'analisi delle caratteristiche di società specifiche che possono essere attive come fattori patogenetici in ambito psichico (“crisi e catastrofi culturali” psicopatogene: Desjarlais et al. 1995, Chandkler –Lalonde 1998);
- analisi dell'importanza degli aspetti geopolitici sulle sofferenze individuali, e in particolare delle conseguenze dei traumatismi intenzionali (F. Sironi 2007);
- ecc.

## L'addestramento alla pratica

La formazione di un etnopsicoterapeuta passa ovviamente anche attraverso un lavoro pratico: da un lato, sulla sua struttura psichica e culturale (lavoro per certi versi simile alle analisi personali); dall'altro come addestramento alla traduzione in pratica, nella relazione alloculturale, dei fondamentali appresi. Tale lavoro può svolgersi in parte contestualmente all'apprendimento di nozioni teoriche (lavori di gruppo e analisi personale) in parte in situazioni di tirocinio dove le acquisizioni progressivamente assunte possono misurarsi con la pratica sotto supervisione di un didatta.

Occorre quindi prevedere un *lavoro in gruppo e personale* per:

- *esplorare la struttura profonda di ognuno* (presentificazione degli attaccamenti idiosincrasi e culturali che costruiscono le identità personali: specificità famigliari e contesti di appartenenza e costruzione di identità);
- *sviluppare la tendenza a una posizione metaculturale*, fondata sulla conoscenza delle categorie culturali (teoria generale delle culture) attraverso esperienze di spaesamento o rovesciamento di prospettiva, ciò che permette ai terapeuti di comprendere, attraverso percorsi esperienziali, il modo in cui le soggettività individuali sono inserite in una matrice, in un tessuto culturale (R. Linton diceva che il pesce vede attraverso l'acqua, ma non l'acqua che gli consente di vedere);
- *apprendere a divenire consapevoli delle dinamiche controtransferali non solo per ciò che riguarda gli affetti, o le idiosincrasie strutturali del terapeuta, ma anche per ciò che riguarda i suoi attaccamenti fondamentali che lo rendono rappresentante di un gruppo (sia civile che professionale) e a controllare il controtransfert culturale e, in particolare, a controllare il controtransfert suscitato dal transfert culturale del paziente, che però deve essere riconosciuto;*
- *apprendere a divenire consapevole e a controllare il transfert, positivo e negativo, di quel paziente, rappresentante di quel mondo, portatore di quelle aspettative conformi a quelle del gruppo da cui proviene in modo da poter ottenere una migliore compliance verso il processo terapeutico.*

I *tirocini pratici* possono essere svolti:

- in luoghi, in Italia o all'estero, dove si pratica l'etnopsicoterapia (numerosi sono i luoghi sia all'interno di strutture sanitarie sia nell'ambito delle Associazioni del terzo settore dedicati alla psicopatologia dei migranti o delle minoranze culturali: il loro numero continua a crescere, ciò che, tra l'altro, motiva la richiesta di formazione in etnopsichiatria);
- all'estero, in terreni dove l'applicazione di programmi nazionali di salute mentale si scontrano con difficoltà dovute alla difficile accettazione da parte delle popolazioni locali delle teorie e pratiche psichiatriche, psicologiche e psicoanalitiche (ORISS, per esempio, lavora da anni in situazioni simili in Mali e Senegal, già terreni di formazione e tirocini per gli studenti dei “Master in etnopsichiatria” condotti con l'Università di Genova);
- nelle scuole primarie e secondarie, dove emerge una richiesta di consulenza e intervento e nelle quali si configura e si delinea il processo (spesso sommerso) di *psichiatriizzazione* del disagio di soggetti portatori di *alterità* culturali e nelle quali la lunga pratica di mediazione interculturale condotta nell'ultimo decennio ci ha visti spesso osservatori e interlocutori (in

uno snodo interdisciplinare con psicologi, psichiatri infantili, assistenti sociali) delle "identità sospese", della fatica identitaria delle seconde generazioni di migranti;

- ovunque, in situazioni di conflitto o di violenze intenzionali, dove organizzazioni internazionali o altre agenzie ritengano applicabile l'approccio specifico derivato dall'etnopsichiatria e messo a punto da F. Sironi.

## Bibliografia di riferimento

Chandler Michael J. – C. Lalonde 1998 *Cultural Continuity as a Hedge Against Suicide in Canada's First Nations*, "Transcultural Psychiatry" XXXV, 2, 191-219

Coppo Piero, 2003, *Tra psiche e cultura. Elementi di etnopsichiatria*, Torino, Bollati Boringhieri.

Daubigny Corinne 2007, «Le dernier bastion: du concept de l'homme comme fin en soi» p. 15-28, le *Coq-Héron*, n. 190.

Dejarlais Robert et al. 1995 *La salute mentale nel mondo. Problemi e priorità nelle popolazioni a basso reddito*, il Mulino-Alfa Tape, Bologna 1998

Devereux Georges 1952, «L'etnopsichiatria come quadro di riferimento nella ricerca e nella pratica cliniche», in Devereux 1973, pp 316-31 Attualizzare nuova edizione

1970, *Essais d'ethopsychiatrie générale*, Trad it, *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando, Roma 2007.

Latour Bruno, 1998, «Factures/fractures. De la notion de réseau à celle d'attachement», in André Micoud e Michel Peroni, *Ce qui nous relie*, éditions de l'Aube, La Tour d'Aigues, pp. 189-208. Trad. It. *Fatture/fratture: dalla nozione di rete a quella di attaccamento*, "I Fogli di ORISS", 2006, n. 25, pp 11-32.

Nathan Tobie 1979, *Actualité clinique de l'ethnopsychiatrie: culture et symptôme*, "Ethnopsychiatria" 2.2, pp. 127-149.

Parin P. - F. Morgenthaler et G. Parin-Matthey, 1966 *Les Blancs pensent trop. 13 entretiens psychanalytiques avec les Dogon*, Paris, Payot

Sironi Françoise 2007, *Psychopathologie des violences collectives, Essai de psychologie géopolitique clinique*, Trad. it: *Violenze Collettive, Saggio di geopolitica clinica*, Milano, Feltrinelli 2010.

## Alcuni siti web

Si veda la voce "Etnopsichiatria" nell'*International Dictionary of Psychoanalysis*:

[www.enotes.com/psychoanalysis-encyclopedia](http://www.enotes.com/psychoanalysis-encyclopedia)

Il sito del *Centre Georges Devereux* : [www.ethnopsychiatrie.net](http://www.ethnopsychiatrie.net)

Il sito di ORISS: [www.oriss.org](http://www.oriss.org)

Il sito del PVMTMS: [medtrad.oriss.org](http://medtrad.oriss.org)

Il sito dell'Associazione Géza Roheim: <http://geza.roheim.pagesperso-orange.fr/index.htm>

Il sito dell'Association International d'EthnoPsychoanalyse: [www.clinique-transculturelle.org](http://www.clinique-transculturelle.org)