



UNIVERSITÀ
DI PAVIA

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA

DIPARTIMENTO DI STUDI UMANISTICI CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN
FILOSOFIA

IL PROBLEMA DELLA CULTURA IN PSICOPATOLOGIA:
DALL'ETNOPSICHIATRIA ALLA FENOMENOLOGIA
CULTURALE

RELATORE

Prof.ssa Elisabetta Giovanna Basso

CORRELATORE

Prof. Luca Vanzago

Tesi di Laurea
Magistrale di
Nicole Preti
Matricola 519733

Anno accademico 2023/2024

A chi vive con me e in me

INDICE

Introduzione.....	p. 5
Capitolo 1- L'approccio etnopsichiatrico	
1.1 Le origini dell'etnopsichiatria.....	p. 10
1.2 I confini dell'etnopsichiatria: cultura e malattia.....	p. 18
1.3 Il progetto filosofico di Georges Devereux.....	p. 26
1.4 L'evoluzione della follia e la nascita dei criteri di normalità e anormalità.....	p. 37
Capitolo 2- Dal dualismo sé-corpo alla fenomenologia culturale	
2.1 Persona, corpo ed estraneità.....	p. 48
2.2 La cultura del corpo: dall'antropologia di Mauss alla fenomenologia di Merleau-Ponty.....	p. 60
2.3 La fenomenologia culturale: il ruolo dell'incorporazione nella società.....	p. 71
Capitolo 3- Le sindromi culturali	
3.1 Malattia e cultura: non solo un malinteso interpretativo.....	p. 82
3.2 La depressione.....	p. 94
3.3 La schizofrenia.....	p. 101
Capitolo 4- Il panorama culturale del XXI secolo	
4.1 Il dolore come condizione umana e culturale.....	p.109
4.2 Il caso dell'etnopsichiatria italiana.....	p.119
4.3 Psicopatologia, transculturalità e immigrazione.....	p.128
Conclusione.....	p. 139
Bibliografia.....	p. 143

INTRODUZIONE

Il presente elaborato si propone di esplorare il complesso rapporto che si instaura tra cultura e psicopatologia, tracciando un percorso che muove dall'etnopsichiatria per giungere alla fenomenologia culturale. La cultura gioca un ruolo fondamentale nella definizione, nella percezione e nel trattamento delle malattie mentali. Questo studio intende analizzare come le diverse prospettive culturali influenzino la comprensione e l'approccio alle malattie mentali, mettendo in luce l'evoluzione storica delle teorie e dei metodi di ricerca in questo campo. Il percorso che si intende affrontare prende le mosse dalla nascita dell'etnopsichiatria¹ o psichiatria transculturale, ovvero quella disciplina che emerge dapprima nel contesto coloniale e si diffonde nelle società occidentali a partire dagli anni Cinquanta del XX secolo. Il punto d'arrivo della nostra analisi è rappresentato dalla fenomenologia culturale, la quale ha ampliato la prospettiva etnopsichiatrica focalizzando l'attenzione non solo sulle differenze culturali, ma anche sulle esperienze soggettive degli individui. Questo approccio mira a comprendere il significato personale e contestuale delle malattie mentali, integrando l'analisi delle esperienze vissute al contesto culturale di riferimento.

La scelta di occuparsi di questa tematica nasce dalla consapevolezza di far parte di una società multiculturale e, di conseguenza, dalla necessità di riconoscere l'esistenza dell'altro come ciò che sta al di fuori di me. Il primo capitolo del seguente elaborato non solo affronta le discipline menzionate da un punto di vista storico e genealogico, ma intende indagare in senso più profondo la psiche umana, la quale non si limita alle proprie componenti naturali, biologiche, ma come è permeata da un forte significato socio-culturale.

Si considera inoltre lo studio dell'alterità, mantenendo sempre un atteggiamento di "cura" verso l'altro: l'obiettivo è quello di rivelare e testimoniare la "diversità" che sottende le varie forme di sofferenza e malattia. In questo senso, lo studio dell'altro viene valorizzato senza incorrere in pregiudizi o valutazioni negative, ma al fine di promuovere la comprensione della diversità culturale.

¹ Per un approfondimento sulla storia dell'etnopsichiatria rimando il lettore al testo H. F. Ellenberger, *Ethnopsychiatry*, a cura di Emmanuel Delille, trad. dal fr. di J. Kaplansky, Montreal, McGill-Queen's University Press, 2020.

L'approccio utilizzato mira al superamento, al contempo, delle diverse forme di etnocentrismo, di relativismo culturale o culturalismo in virtù di un atteggiamento integrativo della cultura. Ciò conduce a prestare attenzione all'analisi dell'individuo sia da un punto di vista teorico sia pratico.

Da tale analisi emerge in modo particolare la centralità del corpo, tematica affrontata ampiamente nel secondo capitolo, che non solo riveste un ruolo fondamentale nella comprensione dell'essere umano nel mondo che lo circonda, ma funge anche da costrutto che incarna e incorpora la cultura, influenzando significativamente il modo di vivere dell'individuo. Nella contemporaneità, il corpo sembra aver acquisito una centralità senza precedenti: se è vero che tutte le società hanno tradizionalmente manipolato il corpo sia simbolicamente sia materialmente, oggi è evidente come esso sia sempre più percepito come flessibile e modellabile. Il corpo viene considerato una risorsa necessaria per l'individuo nella costruzione della propria identità e del proprio percorso di vita: diviene in questo senso indispensabile condurre un'analisi sulla *riscoperta del corpo*².

Autori come Marcel Mauss e Pierre Bourdieu hanno evidenziato, a tale riguardo, come le culture del corpo costituiscano un elemento significativo del patrimonio culturale di un popolo: le pratiche corporee e gli atteggiamenti fisici non solo riflettono la società in cui si sviluppano, ma ne sono anche il risultato diretto. Un punto centrale della riflessione di Mauss è il riconoscimento che il corpo non è semplicemente una manifestazione biologica, ma un veicolo che incarna e trasmette significati sociali attraverso *l'habitus*. Questo concetto, che sarà ulteriormente elaborato da Bourdieu, sottolinea come le pratiche corporee e gli stili di comportamento varino non solo in base alle caratteristiche individuali, ma soprattutto in relazione alle specificità culturali.

Il corpo, insomma, rappresenta il punto dell'incontro privilegiato sia tra natura e cultura, sia tra individuo e società: attraverso di esso si manifestano i tratti distintivi dell'appartenenza a un determinato gruppo sociale. Al contempo, il corpo naturalizza questi elementi sociali, attribuendo loro una valenza di automatismo biologico. Anche la teoria filosofica di Maurice Merleau-Ponty, oltre ad offrire una spiegazione del corpo a partire dal fenomeno della percezione³, si occupa di definire una vera e propria

² Per una prima inquadratura confrontare il testo di V. Melchiorre, *Corpo e persona*, Genova, Marietti, 1987.

³ Il tema della percezione sarà affrontato tenendo conto dello studio di M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, trad. it. di A. Bonomi, Milano, Bompiani, 2018.

fenomenologia dell'essere. Infatti, attraverso questa denominazione possiamo mettere in luce innanzitutto il metodo fenomenologico, ossia quel processo di riduzione tanto dell'esperienza comune quanto dell'esperienza scientifica al fenomeno della percezione nel suo farsi, alla ricerca di un'invariante sulla base della quale il processo di formazione di quelle esperienze può essere è ricostruito.

L'intento è quello di liberare il campo di indagine, in questo caso il corpo, da una mentalità meccanicistica preconcepita. In questo senso, dal punto di vista filosofico, vengono criticate, rispettivamente, le prospettive dell'empirismo e dell'intellettualismo. Nell'analisi condotta dalla fenomenologia della percezione merlau-pontiana, la riduzione si applica innanzitutto al fenomeno del "corpo", il quale non viene più concepito come una cosa né come la somma dei suoi organi, ma come una rete di legami aperta al mondo e agli altri.

Questa prospettiva verrà poi ripresa dall'antropologo americano Thomas Csordas, il quale vede nel progetto di una "fenomenologia culturale" un approccio volto a unire l'immediatezza dell'esperienza incorporata e la molteplicità dei significati culturali in cui siamo sempre e inevitabilmente immersi. Da questo punto di vista, la malattia mentale viene vista non solo come un processo biologico, ma come una forma culturale.

È a partire da queste riflessioni che abbiamo rivolto l'attenzione alle diverse sindromi prodotte dalla cultura, evidenziandone sia la costituzione storica sia le rispettive cure: l'obiettivo, in questo senso, è quello di comprendere la malattia contestualizzandola. Il terzo capitolo prende le mosse dall'analisi delle cosiddette «culture-bound syndromes», un concetto elaborato nel corso degli anni Ottanta nell'ambito del DSM-IV, al fine di tener conto della necessità di considerare le diverse malattie mentali a partire da un criterio più ampio rispetto a quello puramente biologico. un criterio che tenesse conto del contesto culturale all'interno del quale si sviluppano determinati fenomeni patologici. Le *culture-bound syndromes*⁴, o sindromi culturali, sono definite come un insieme di sintomi, sia psichiatrici sia somatici, i quali possono essere ritrovati in tale combinazione unicamente all'interno di una specifica cultura. Le alterazioni connesse a tali sintomi non hanno una

⁴ Per comprendere al meglio il cambiamento linguistico nato attorno al concetto di sindrome culturale, si consiglia di confrontare il testo di T. Thornton, *Cross-cultural Psychiatry and Validity in DSM-5*, in R. White, S. Jain, D. M. R. Orr, U. Read (eds) *The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health*, London, Palgrave Macmillan, 2017, pp. 51-69.

radice biologica: ecco perché la stessa sindrome non viene riconosciuta come universale, ovvero indipendente dalla cultura considerata.

La riflessione si occupa infine, nel quarto capitolo, di analizzare il panorama culturale del XXI secolo da un punto di vista esistenziale, ovvero attraverso lo studio del dolore come componente umana fondamentale. Il dolore si caratterizza per essere sia un evento individuale che incide sull'identità umana frantumandola, sia come un fenomeno collettivo legato al senso comune. Si tratta di considerazioni che devono essere integrate nel contesto della multiculturalità⁵ legata soprattutto all'immigrazione, elementi distintivi della nostra contemporaneità.

⁵ Rimando all'approfondimento del testo A Pintus., *Psicologia sociale e multiculturalità*, Roma, Carocci, 2008.

CAPITOLO 1: L'APPROCCIO ETNOPSICHIATRICO

1.1 Le origini dell'etnopsichiatria

Affrontare una tematica come la sofferenza mentale ai giorni nostri non significa solo occuparsi di una questione attuale, ma significa sforzarsi di allontanarsi da spiegazioni riduzionistiche e deterministiche spostando invece l'attenzione e ricercando risposte a partire dallo sfondo culturale di ogni vita umana. Questo atteggiamento fa leva su una sensibilità culturale che permette non soltanto di considerare l'essere umano come portatore di valori e dignità, ma anche di considerarlo nella sua vulnerabilità, ovvero di comprendere in maniera globale l'individuo tenendo conto dello sfondo che dipinge le sue esperienze, le sue attitudini e la sua moralità.

L'interesse nel considerare la malattia mentale in relazione alla cultura si sviluppa a partire dalla seconda metà dell'Ottocento⁶, momento storico in cui iniziano a essere effettuati i primi studi sulla questione dell'equilibrio psichico e mentale in termini di salute. Si supera in questa direzione l'idea per cui le malattie mentali dovevano essere interpretate in modo monoculturale e universale e di conseguenza la *diversità culturale*⁷ diviene opportunità di esplorazione e comprensione dell'altro. L'ampio movimento migratorio avvenuto negli anni Sessanta del secolo scorso ha introdotto una varietà di culture nel nostro paese, offrendoci così l'opportunità di entrare in contatto con diversi mondi culturali senza doverci spostare fisicamente.

Le conseguenze della colonizzazione hanno contribuito al riconoscimento dell'importanza delle differenze culturali nella comprensione e nel trattamento dei disturbi mentali, evidenziando come le esperienze e i comportamenti umani siano influenzati dalle credenze e dalle strutture sociali.

⁶ R. Beneduce, *Breve dizionario di etnopsichiatria*, Roma, Carocci, 2008, p. 5. Occorre precisare che durante questo periodo cominciano ad accumularsi i risultati dei primi studi condotti in diversi paesi (come Brasile, India, Indonesia, Marocco, Egitto, Turchia, ecc.) sul rapporto tra cultura e malattia mentale. Si esplora l'influenza che il clima tropicale esercita sull'equilibrio psichico e sulla salute dei coloni, nonché il ruolo che le credenze religiose giocano nell'insorgenza di alcuni disturbi.

⁷ P. Coppo, *Tra psiche e cultura. Elementi di etnopsichiatria*, Torino, Bollati Boringhieri, 2003, p. 74. L'autore fa leva sulla distinzione tra il termine "differenza" e "diversità": se il primo indica la proprietà che distingue e guida la classificazione o, meglio, una qualità attribuita; "diversità" allude a una divergenza attiva di storie, scelte, sviluppi, percorsi. Le differenze vengono attribuite agli oggetti osservati; le diversità invece sono tra soggetti e procedono da divergenze, da distacchi agiti o subiti. Riguardo alla dinamica dell'incontro con l'altro che qui ci interessa, non si tratta tanto di scoprire le caratteristiche, le qualità che ci consentono di classificarlo per differenza rispetto ad altri, regredendo così a una scienza che non tiene conto della relazione che lega l'osservatore all'oggetto della sua osservazione, quanto di rilevare la diversità, riconoscere cioè il divaricarsi di percorsi, di storie che fanno sì che "loro" siano diversi da "noi".

L'etnopsichiatria nasce proprio in questo contesto e si propone come corrente ibrida, estremamente versatile, con una propria autonomia, per lo più multidisciplinare, che si costruisce senza pregiudizi e preconcetti animata da un *progetto politico forte*⁸ che unisce la relazione tra malattia mentale, cura e contesto storico-culturale. Anche la costruzione del termine etnopsichiatria – nella definizione che ne offre uno dei maggiori interpreti italiani contemporanei, Roberto Beneduce – appare racchiudere un forte significato:

«etno-psich-iatria è un termine composto da tre segmenti, dove solitamente il primo - considerato variabile, e sinonimo di *culturale*- è giustapposto al secondo e al terzo, immaginati invece come significati universali (la scienza che cura le malattie della psiche): ciò che non è, mancando una definizione universalmente accettata di ciò che è la "cura" e di ciò che è lo "psichismo"».⁹

Nell'ambito post-coloniale, l'etnopsichiatria assume un ruolo cruciale, poiché l'emigrazione diventa un atto politico in sé¹⁰, anche se spesso questo aspetto viene mascherato o negato: questo contesto evidenzia l'importanza di un'epistemologia critica che tenga conto delle sfide mediche, antropologiche e sociali connesse alla salute mentale e alla cultura. L'ambiguità che sussiste tra cura e violenza, filantropismo e lavoro forzato, interesse scientifico e colonizzazione ha fatto emergere numerose critiche medico-antropologiche ed etnopsichiatriche sulle strategie di cura e sull'individuazione delle manifestazioni della malattia mentale all'interno di contesti culturali specifici. Henri F. Ellenberger definisce l'etnopsichiatria come:

«lo studio della malattia mentale in base ai gruppi etnici o culturali a cui appartengono i pazienti. Questa definizione delimita l'etnopsichiatria in relazione: alla psicologia dei popoli, che, è una delle branche della sociologia descrittiva; all'antropologia culturale, che può essere considerata una branca dell'etnologia nel senso più ampio del termine; alla psichiatria sociale, che è lo studio della malattia mentale in base ai gruppi sociali (ma non etnici) a cui appartengono i pazienti».¹¹

⁸ V. Berlincioni Petrella, *Etnopsichiatria, etnopsicoanalisi*, Milano, CIS, 2002, p. 31.

⁹ R. Beneduce, *Breve dizionario di etnopsichiatria, op. cit.*, p. 65.

¹⁰ R. Beneduce, *Breve dizionario di etnopsichiatria, op. cit.*, p. 18.

¹¹ H. F. Ellenberger, *Ethnopsychiatry*, a cura di E. Delille, trad. dal fr. di J. Kaplansky, Montreal, McGill-Queen's University Press, 2020, p. 131. Trad. nostra.

La posizione di Ellenberger mira a individuare non un'unica malattia mentale, quanto piuttosto specifiche forme di disturbi mentali universali che prendono forma a partire dall'ambiente in cui si presentano; questi, infatti, hanno la caratteristica di essere malleabili¹², poiché l'ambiente ha un effetto plastico su di essi. L'autore sottolinea inoltre come l'etnopsichiatria «non sia stato solo un sapere ibrido ma anche un corpus di conoscenze in transizione che ha accompagnato la decolonizzazione a seguito della psichiatria coloniale»¹³. L'avvento dell'etnopsichiatria coincide con l'abbandono della cosiddetta psichiatria esotica¹⁴ in virtù di una *conoscenza accademica* in cui l'incontro con l'altro si instaura in una «relazione matura di interesse e godimento»¹⁵ che si sforza di «coordinare il concetto di "cultura" con la coppia concettuale "normalità-anormalità"»¹⁶.

Contestualmente, l'etnopsichiatria nasce in contrapposizione all'*etnocentrismo*¹⁷, il quale non appare essere solo l'atteggiamento di valutazione delle altre culture esclusivamente in base ai propri valori culturali, ma anche la tendenza a considerarsi migliori e unici rispetto alle altre popolazioni: ciò associa l'altro al diverso, all'estraneo o, meglio, «al barbaro, al caotico, al selvaggio»¹⁸. Il *pregiudizio etnocentrico* è stato spesso un elemento chiave di distinzione tra la cultura occidentale e non occidentale, un elemento che però ci ha permesso di tracciare una differenza tra il modo di fare ricerca ed esperienza nelle società. Si delinea quindi una differenza tra *Etnopsichiatria At Home* e *Etnopsichiatria Abroad*¹⁹.

¹² Ivi, pp. 79-80.

¹³ Ivi, p. 85 (trad. nostra).

¹⁴ Ivi, p. 82.

¹⁵ P. Coppo, *Tra psiche e cultura. Elementi di etnopsichiatria*, op. cit., p. 9.

¹⁶ G. Devereux, *Essais d'etnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard, 1970; ed. italiana a cura di Salvatore Inglese, trad. di G. Bartolomei, *Saggi di etnopsichiatria generale*, Roma, Armando Editore, 2007, p.23.

¹⁷ R. Beneduce, *Breve dizionario di etnopsichiatria*, op. cit., p. 64.

¹⁸ V. Berlincioni Petrella, *Etnopsichiatria, etnopsicoanalisi*, op. cit., p. 13.

¹⁹ R. Beneduce, *Breve dizionario di etnopsichiatria*, op. cit., p. 5. Occorre precisare che la distinzione a cui si fa riferimento riguarda le ricerche e le esperienze condotte nelle società occidentali, dunque *Etnopsichiatria Abroad*, e quelle realizzate più recentemente nei paesi occidentali vale a dire *Etnopsichiatria at Home*. Tuttavia, questa separazione è indubbiamente arbitraria e ha principalmente uno scopo euristico, specialmente considerando la sempre più sfumata distinzione tra ciò che è considerato occidentale e non occidentale. Tale distinzione evidenzia un punto temporale cruciale: quello dell'evento coloniale, delle trasformazioni psicologiche e culturali da esso determinate, delle modalità particolari (e reciproche) di rappresentazione dell'alterità culturale che ne sono derivate e delle nuove forme di soggettività che esso ha contribuito a far emergere.

Ellenberger prosegue ricavando dall'etnopsichiatria *un'utilità sia teorica sia pratica*²⁰: la prima, secondo il modello classico di Emil Kraepelin (1856-1926), si basa sulle descrizioni delle malattie mentali presenti nei trattati e nei manuali di psichiatria, i quali si fondano principalmente sull'osservazione e sull'esame dei pazienti occidentali. Tuttavia, è cruciale notare che una specifica malattia può manifestare sintomi diversi in popolazioni differenti; in questo senso l'utilità teorica dell'etnopsichiatria consiste nell'offrire la possibilità di integrare le descrizioni presenti nei nostri testi accademici, consentendo così di scoprire una gamma più ampia e variegata di sintomi in virtù di una maggiore comprensione delle patologie mentali nelle loro diverse manifestazioni.

L'etnopsichiatria rivela forme insolite o estreme di disturbi mentali che potrebbero non essere direttamente riscontrate nelle società occidentali, contribuendo così a una comprensione migliore della natura profonda dei disturbi psichici²¹.

Da un punto di vista *pratico*, il contributo dell'etnopsichiatria e del punto di vista critico da essa offerto è fondamentale per gli psichiatri che lavorano con popolazioni diverse dalla propria, migliorando la capacità del medico di trattare i pazienti in modo più efficace e di evitare errori deplorabili. Le sfide linguistiche e culturali, amplificate nella presenza di malattie mentali, richiedono una profonda competenza nel linguaggio e nei costumi locali per una comprensione accurata dell'esperienza dei pazienti. Ellenberger sottolinea come l'etnopsichiatria non debba solo possedere una conoscenza completa della sua professione, ovvero della psichiatria, ma anche una conoscenza approfondita *dei principi, dei metodi e delle teorie etnologiche*²². L'approccio etnopsichiatrico prende le distanze dal *relativismo culturale*²³, ovvero quella prospettiva secondo la quale le credenze, i valori, le verità possiederebbero un carattere variabile in relazione al contesto storico, culturale o individuale. In concomitanza a ciò, pur riconoscendo una straordinaria importanza alla cultura, la disciplina etnopsichiatrica non va confusa con il *culturalismo*,

²⁰ H. F. Ellenberger, *Ethnopsychiatry*, *op. cit.*, p.133.

²¹ Ivi, p. 133. (traduzione nostra).

²² Ivi, p. 137.

²³ R. Beneduce, *Breve dizionario di etnopsichiatria*, *op. cit.*, pp. 103-104. Occorre precisare che la definizione fu elaborata a partire dalle ricerche e dagli studi di Benjamin Lee Whorf (1956) e Edward Sapir (1971 e 1972), i quali hanno sollevato interrogativi sull'influenza della lingua sull'articolazione dell'esperienza umana e su questioni relative la percezione del tempo, come la nozione di destino. Questi autori ipotizzarono che la lingua potesse svolgere un ruolo determinante nella configurazione delle esperienze, percezioni ed emozioni di un individuo, portando all'esistenza di mondi culturali distinti.

«la presunzione cioè che ci sia un corpus coeso e condiviso di rappresentazioni, attitudini e credenze»²⁴.

Questo, infatti, come sottolinea Beneduce, è incapace di:

«concepire ordini diversi di differenza (non solo culturale dunque) per interpretare correttamente comportamenti, fenomeni, conflitti. Far passare per ovvi e naturali principi, valori, comportamenti che sono arbitrari, facendo sì che essi siano interiorizzati dai singoli individui, è ciò che alcuni autori definiscono "ideologia". Ogni società fonda buona parte dei suoi meccanismi regolatori proprio su questo genere di finzioni; la metamorfosi dell'arbitrario in qualcosa di ovvio, oggettivo e necessario costituisce d'altronde un aspetto essenziale del potere e della sua violenza simbolica»²⁵.

Se il culturalismo sfocia in un sistema standardizzante, in cui ogni comportamento ha una valenza simbolica, l'etnopsichiatria non si limita solo alla diagnosi e al trattamento dei disturbi mentali, ma attua una vera e propria traduzione di ciò che avviene all'interno del contesto sociale. Ciò viene svolto grazie all'integrazione e allo studio degli interventi culturali: è essenziale comprendere le dinamiche culturali e sociali delle comunità con cui si lavora, oltre alle loro credenze, pratiche e strutture sociali, al fine di fornire un trattamento efficace e rispettoso delle diversità culturali. L'etnopsichiatria ci fornisce un'ampia comprensione dei diversi aspetti e delle sfumature delle malattie mentali presenti in molte popolazioni del mondo, aspetti che sembrano essere il risultato di due principali fattori²⁶: da un lato è presente l'influenza dei costumi, delle tradizioni, delle credenze e delle superstizioni alle quali il paziente aderisce in quanto membro del suo gruppo sociale; dall'altro, emergono gli atteggiamenti culturalmente determinati della società circostante nei confronti della malattia e la reazione del paziente a tali atteggiamenti.

L'etnopsichiatria prevede un decentramento²⁷ che permette di spostare lo sguardo sull'altra persona partendo dalla riflessione su noi stessi e andando a considerare la nostra esistenza e le relazioni che questa intesse con l'altro: questo non implica un annullamento della propria personalità e dei propri valori, ma il riconoscimento dell'esistenza dell'altro

²⁴ Ivi, p. 46.

²⁵ Ivi, p. 47.

²⁶ Ivi, p. 148.

²⁷ V. Berlincioni Petrella, *Etnopsichiatria, etnopsicoanalisi*, p. 5.

in quanto essere umano autentico e portatore di dignità e valore. *Lo sguardo su di essi*²⁸ non cade nella trappola del relativismo totale, il quale afferma l'uguaglianza assoluta, poiché conserva un metro di giudizio. Tuttavia, questo metro non si basa sulla loro presunta verità oggettiva, bensì sulla qualità delle loro implicazioni pratiche: ciò che conta è che tali concetti possono influenzare quando sono invocati, il contesto in cui vengono chiamati in causa e le persone coinvolte. Le conseguenze della loro attivazione possono variare, poiché possono contenere diverse intenzioni o orientamenti, proprio come gli altri artefatti culturali, stavolta di natura materiale: «non possiamo capire ciò che avviene all'altro se non ripercorriamo la storia delle categorie e delle pratiche che ci sono familiari»²⁹.

L'obiettivo di ogni terapeuta consiste proprio nel:

«maturare familiarità con quel “pensiero diverso” che abita in ognuno di noi, cioè la modalità inconscia del pensare, vera e propria lingua del “territorio estero interno” a ciascuno, a cui è necessario accostarsi per attivare le forme delle forme di comprensione»³⁰.

Il terapeuta deve essere consapevole che ogni popolazione assume atteggiamenti diversi; ciò significa che le reazioni sociali verso la malattia mentale possono variare notevolmente in base al tipo di disturbo:

«L'atteggiamento della società circostante e la reazione del paziente sono fattori forti, culturalmente determinati, che modificano la sintomatologia delle malattie mentali a seconda del gruppo etnico o culturale. Ogni malattia può essere considerata come un nucleo di sintomi direttamente creati dal processo morboso, attorno al quale si raccolgono le reazioni del paziente verso il suo disturbo, verso il suo medico, e principalmente verso l'atteggiamento della società circostante verso di lui [...] Se le reazioni della società possono creare una sindrome patologica da una semplice anomalia fisiologica, è ancora più probabile che abbia lo stesso effetto su una malattia fisica o mentale, già dolorosa di per sé»³¹.

²⁸ P. Coppo, *Le ragioni degli altri. Etnopsichiatria, etnopsicoterapie*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2013, p. 41.

²⁹ P. Coppo, *Le ragioni del dolore. L'etnopsichiatria della depressione*, Torino, Bollati Boringhieri, 2005, p. 136.

³⁰ V. Berlincioni Petrella, *Etnopsichiatria, etnopsicoanalisi, op. cit.*, p. 6.

³¹ H. F. Ellenberger, *Ethnopsychiatry, op. cit.*, pp. 150-151.

Una delle questioni più controverse dell'etnopsichiatria riguarda la distinzione tra fattori patogeni e fattori patoplastici³²: nell'atto dell'osservazione l'etnopsichiatra nota come i fattori patogeni come i *fattori genetici, il clima, i fattori dietetici, le malattie infettive e parassitarie, i fattori demografici e i fattori sociologici* contribuiscano allo sviluppo o all'aggravamento dei disturbi mentali all'interno di una determinata comunità. Le dinamiche sociali che nascono all'interno di una cultura, come *la mobilità geografica, i cambiamenti e i conflitti culturali, l'isolamento dell'individuo*, influenzano l'evoluzione o viceversa inibiscono la sintomatologia.

Le componenti biologiche dell'essere umano e quelli culturali modellano e orientano lo sviluppo della malattia:

«non appena ci si discosta dalla matrice biologica impersonale che ci accomuna tutti nella normalità e nella patologia (ma non sono mancate interpretazioni biologistiche delle differenze culturali, per esempio da parte del cosiddetto darwinismo sociale), si scorge nella malattia anche una figura sociale, alla quale corrispondono status e ruoli, privilegi e limitazioni d'ordine collettivo e individuale, nonché istituzioni specifiche. Anzi addirittura il malato e il suo medico sono stati assunti come paradigma sociologico dell'azione entro il sistema sociale da Parsons (1951). E dunque al funzionamento della vita culturale complessiva che si è necessariamente rinviati dalla malattia»³³.

È comune che le malattie mentali vengano diagnosticate e trattate all'interno di un contesto e con strumenti che interpretano tali disturbi attraverso paradigmi culturalmente estranei agli utenti e culturalmente omogenei ai fornitori di assistenza. I paradigmi considerati scientifici tendono spesso a trascurare gli aspetti socio-ambientali e personali come fattori patogenetici o patoplastici. Al contrario, viene spesso favorita una visione biologicista scarsamente supportata, che dovrebbe essere considerata solo come una delle molteplici componenti eziopatogenetiche coinvolte: questo approccio porta spesso a una mancata comprensione dei disturbi mentali, i quali sono principalmente il risultato di un conflitto ambientale o culturale con la personalità della persona affetta. Piero Coppo, etnopsichiatra italiano, parte dall'assunto che «noi siamo etnici proprio come tutti gli

³² H. F. Ellenberger, *Ethnopsychiatry, op. cit.*, p.170.

³³ V. Berlincioni Petrella, *Etnopsichiatria, etnopsicoanalisi, op. cit.*, p. 13.

altri»³⁴, ed è in questo senso che propone un'etnopsichiatria dall'atteggiamento costruttivista, ovvero considera:

«l'esistente come frutto della costruzione da parte degli umani in relazione con specifici ambienti, suggerisce che ciò che gli umani hanno fatto possono sfarlo o cambiarlo. In questo modo si sottrae il futuro alle determinazioni non umane (economiche, naturali, metafisiche), che da altre parti si vogliono naturali, indiscutibili, definitive e irreversibili»³⁵.

La comunità e i suoi individui divengono il risultato di un processo storico che riconosce le differenze di valore e ne offre una spiegazione non relativistica: non esisterà mai una verità assoluta indipendente dalle narrazioni, dalle relazioni e dai contesti specifici, ma tutte queste possono e devono essere valutate in base alla qualità delle azioni che promuovono e delle conseguenze che generano.

L'autore sottolinea inoltre la *vocazione multidisciplinare* dell'etnopsichiatria, la quale si distingue dalla prospettiva interdisciplinare in quanto «l'*interdisciplinarietà* è l'azione, l'intenzione che stabilisce rapporti tra una disciplina e l'altra; multidisciplinarietà è la considerazione dello stesso oggetto a partire da discipline diverse»³⁶.

Piero Coppo sottolinea inoltre l'importanza della continuità tra psiche e cultura:

«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. Tuttavia, l'intenzione di riattivare la ricerca della salute da parte di individui e gruppi non può certo essere agita dalla sola etnopsichiatria; per potersi realizzare necessita della collaborazione di altre discipline e di altri attori. Una ricerca svolta in area etno-psichiatrica mostra bene in cosa consista questa continuità che non si esaurisce certo nella dimensione simbolica e psicologica; e come essa sia un importante fattore di protezione da crisi e malattie»³⁷.

Si percepisce un bisogno da parte dell'essere umano di evolversi all'interno della cultura in cui si riconosce. Questo solleva interrogativi quanto la cultura possa influenzare il rapporto dell'individuo con la propria identità e la malattia.

³⁴ P. Coppo, *Le ragioni degli altri*, op. cit., p. 22.

³⁵ Ivi, p. 23.

³⁶ P. Coppo, *Tra psiche e cultura*, op. cit., p. 94.

³⁷ Ivi, p. 223.

1.2 I confini dell'etnopsichiatria: cultura e malattia

Diviene spontaneo chiedersi se il modo di interpretare una malattia sia una questione puramente medico-biologica oppure se coinvolga anche l'aspetto culturale, e da ciò se si possa derivare una risposta universale, oppure se ci troviamo di fronte a un problema legato al linguaggio. Possiamo partire dall'assunto che la malattia è definibile in modo diverso a seconda della prospettiva di chi la osserva: l'individuo affetto da un grave disturbo sente dentro di sé un forte disagio e prova dei sintomi, mentre chi osserva la persona malata non sente il dolore in modo diretto ma riesce comunque a percepirlo e a classificarlo. Tuttavia, prima di rispondere all'interrogativo da cui siamo partiti, è necessario esaminare attentamente la definizione stessa di cultura, che proponiamo qui nella versione offerta da Roberto Beneduce nel suo *Breve dizionario di etnopsichiatria*:

«Nella sua definizione tradizionale, ricondotta solitamente a Tylor (1871), è il complesso di rappresentazioni e principi, di norme negative e positive, di valori connessi ai particolari modi di pensare e di agire di un gruppo o di una società, che nel loro insieme orientano e organizzano i differenti aspetti della vita sociale. La c. costituisce di fatto il concetto inaugurale (e controverso) della disciplina antropologica e dei saperi che vi sono connessi in modo strutturale, come l'etnopsichiatria. Gli autori che hanno lavorato sulla sua etimologia hanno insistito sulla metafora dell'incidere, del tagliare, del separare e del differenziare: la c. esprime questo bisogno incoercibile di distinguersi dall'ordine della natura [...] Le culture devono essere concepite in definitiva come sistemi dinamici, attraversati da mutamenti, prestiti, contaminazioni, da incessanti conflitti per l'egemonia di significati fra diversi gruppi, e tuttavia capaci di mantenere un relativo grado di interna stabilità, sufficiente a sostenere l'idea e la finzione (una finzione tuttavia "seria") relativa a valori comuni e condivisi, all'esistenza di un "confine" rispetto ad altre culture, all'illusione che sia possibile distinguersi da queste ultime»³⁸

Accanto alla parola "cultura", troviamo il termine personalità in cui leggiamo:

«a) in ogni società prevale una personalità di base (o *modale* secondo la formula adottata da Cora du Bois [...]), caratteristica di quella cultura e l'idea che b) la cultura modella i suoi membri: nei comportamenti, nelle attitudini, negli sili di pensiero, essi sarebbero quindi espressioni tipiche della cultura di appartenenza»³⁹.

³⁸ R. Beneduce, *Breve dizionario di etnopsichiatria*, op. cit., pp. 45-46.

³⁹ Ivi, p. 48.

Il luogo di nascita di un individuo, sia «concreto ma anche immateriale»⁴⁰, segna profondamente la biografia della persona, costituita da relazioni, esperienze e un processo di evoluzione all'interno di un determinato contesto. Il concetto di cultura concerne una *dimensione sovraindividuale*⁴¹ alla quale gli individui appartengono ma anche una proprietà a cui aderiscono: «non è un accessorio di cui alcuni umani possono disporre e altri no. Se non ha accesso a una cultura (se non è *in-culturato*) l'essere umano non si umanizza e spesso neppure sopravvive».⁴² L'essere umano è concepito in questo senso come un prodotto culturale, i cui atteggiamenti veicolano la società, le relazioni che intrattengono con essa e che appare essere mutabile e condizionabile poiché soggetta a conflitti.

L'essere umano è in relazione simbiotica con la cultura, con la quale sussistono attaccamenti di diversa natura: «nel mondo iper-moderno che proclama la libertà individuale, nessuno potrebbe sussistere senza l'infinità di protesi materiali e immateriali alle quali tutti siamo attaccati, da cui siamo dipendenti e che costituiscono nel loro insieme l'ambiente artefatto in cui evolviamo»⁴³.

Oltre ad essere la condizione che ci permette di sentire, ragionare e comprendere, la cultura appare come lo strumento per *cognitivizzare e condividere il mondo*⁴⁴: diverrebbe problematico comprendere la nostra esistenza senza tenere presente il nostro codice condiviso. Senza di questo saremmo privi di orientamento e depersonalizzati.

Piero Coppo fa riferimento addirittura a una *fisiologia*⁴⁵ e una *patologia* della cultura, gli stessi termini che vengono utilizzati in campo medico quando si diagnostica una malattia.

⁴⁰ P. Coppo, *Le ragioni degli altri*, op. cit., p. 96. Piero Coppo fa riferimento a fatti concreti avvenuti in diverse parti del mondo, infatti, ci sono notevoli differenze tra le esperienze di nascita e i primi anni di vita in contesti culturali diversi. Per esempio, nascere nella savana africana e trascorrere i primi anni in contatto diretto con la pelle delle donne del gruppo presenta una dinamica molto diversa rispetto a nascere nelle steppe siberiane, dove la sopravvivenza è legata all'avvolgimento in indumenti di lana e pelli di animali fin dai primi momenti. Inoltre, ricerche più dettagliate hanno evidenziato che la comunicazione madre-neonato assume caratteristiche uniche per ogni coppia, anche all'interno della stessa specie. Questo processo conduce allo sviluppo di un codice comunicativo privato tra madre e neonato, che a sua volta influisce sullo stile comunicativo e sulle caratteristiche culturali del bambino appena nato.

⁴¹ P. Coppo, *Tra psiche e cultura*, op. cit., p. 79

⁴² Ivi, p. 110.

⁴³ P. Coppo, *Le ragioni degli altri*, op. cit., p. 47.

⁴⁴ Ivi, p. 79.

⁴⁵ P. Coppo, *Tra psiche e cultura*, op. cit., p. 120. L'autore afferma l'esistenza di una *fisiologia della cultura* che comprende sia i meccanismi sviluppati lungo tutta la sua storia per formare individui culturalmente specifici (attraverso l'educazione formale e informale, i riti di passaggio, le cerimonie e i rituali che incarnano miti, ecc.), sia i meccanismi destinati a controllare i processi di ibridazione e trasformazione, nonché i modi per gestire le crisi, specialmente quelle causate dall'introduzione del disordine nell'ordine

Appare più complesso definire la cultura in presenza di una malattia mentale, poiché la difficoltà risiede proprio nel linguaggio: la comprensione dei termini e del disagio che prova un individuo è reso accessibile al terapeuta solo se questo conosce il suo linguaggio. Il tema della malattia propone un dialogo tra discipline come la medicina, la psichiatria, la psicoanalisi e l'antropologia: viene spontaneo chiedersi se la malattia mentale, e di conseguenza le sue cure, siano universali o siano il prodotto di una determinata cultura e in che modo questi due termini si influenzino mutualmente. Quando esaminiamo la malattia in termini biomedici, riconduciamo questa a qualcosa appartenente all'essere umano: *non esiste malattia se non nell'individuo*⁴⁶. In medicina siamo abituati a parlare di *sintomo* come il fenomeno specifico manifesto osservato durante l'esame del paziente, o che viene segnalato dal soggetto stesso in prima persona; si definisce *sindrome*, invece, quella combinazione di sintomi che si presentano frequentemente insieme di *malattia*, cioè una «sindrome di cui si conoscono causa, evoluzione, esito e terapia»⁴⁷. Ciò porta a distinguere tra *disease e illness*, o meglio, tra la «malattia del medico e la malattia del malato»⁴⁸, distinzione questa che ribadisce la concezione individualizzante della malattia: queste categorie però non sempre coincidono con la «malattia della società»⁴⁹.

Roberto Beneduce solleva una questione controversa riguardante il ruolo della società nelle malattie e, viceversa, come queste contribuiscano alla riproduzione della società e alla gestione dei suoi mutamenti: l'autore suggerisce un condizionamento della produttività sociale e delle procedure mediche sulle scelte terapeutiche e sull'efficacia dei trattamenti. Inoltre, Beneduce esplora gli usi sociali della malattia e come si manifestino attraverso le esperienze patologiche degli individui.

Ciò genera interrogativi importanti riguardo a come la società gestisce le malattie, quali sono gli interessi coinvolti e in che modo tali dinamiche influenzano la pratica medica e il benessere individuale⁵⁰. La malattia viene descritta come «l'evento domestico

culturale. Inoltre, esiste anche una *patologia della cultura*, che si manifesta quando la cultura invecchia e muore a causa della perdita progressiva di potenza, interrompendo così la relazione costruttiva con gli esseri umani. Questo può avvenire nel caso di società deculturate, che non sono più guidate da logiche umane ma da logiche materiali, oppure può avvenire per sparizioni accidentali dovute a invasioni, sconfitte o esaurimento delle forze umane che la sostenevano.

⁴⁶ R. Beneduce, *Mente, persona, cultura. Materiali di etnopsicologia*, Torino, L'Harmattan Italia, 1999, p. 57.

⁴⁷ P. Coppo, *Le ragioni del dolore*, op. cit., p. 57.

⁴⁸ R. Beneduce, *Mente, persona, cultura*, op. cit., p. 57.

⁴⁹ Ivi, p. 58.

⁵⁰ Ivi, p. 59.

per eccellenza»⁵¹, questo perché, ancorata alla sua costituzione biologica, è produttrice di una categoria generale di eventi bio-sociali indivisibili: «essa è una realtà sperimentata, anticipabile ed anticipata, da tutti i membri della società»⁵².

Un'altra caratteristica distintiva degli eventi di malattia è la loro intensa carica emotiva, così come i loro effetti destabilizzanti sull'integrità individuale e di gruppo e il loro impatto invalidante sui corpi. La malattia rappresenta un'esperienza di vitale dipendenza che richiede un'azione tempestiva. In genere, tale azione viene innanzitutto intrapresa dagli individui più vicini al malato all'interno della sfera sociale, e successivamente anche da coloro che si trovano più distanti, siano essi professionisti o membri della comunità. Da questo punto di vista, l'evento-malattia si distingue per la sua «ripetitività individuale, la sua reversibilità e la sua storicità personale e collettiva allo stesso tempo»⁵³. La malattia costituisce una trasformazione dell'essere umano o, meglio, un evento che si intreccia direttamente alla trama della vita individuale, dirigendo l'individuo verso una narrazione della propria storia personale attraverso significati «'intersoggettivi', 'esistenziali', 'negoziali'»⁵⁴ che l'individuo può richiamare ogni volta che si presenta. Dalle esperienze patologiche ripetute, l'individuo conserva diversi tipi di memorie: *memorie corporali*, come segni o mutilazioni; *memorie oggettuali*, come medicinali o comportamenti protettivi; e *memorie sociali*, come l'adesione a pratiche terapeutiche o l'appartenenza a una comunità di pazienti.

Una prima differenza che possiamo tracciare nel modo di approcciarsi alla malattia è che il medico localizza e interviene nella zona malata, mentre l'etnopsichiatra comprende il cambiamento rispetto a quella che è ritenuta la normalità, focalizzando la sua attenzione sulle emozioni, sui sentimenti e sui contrasti generati dalle tensioni dei dissensi sociali. Il lato propositivo di questo tipo di approccio consiste nel ricercare le soluzioni a partire dalle cause tenendo in considerazione sia aspetti positivi che aspetti negativi e non ricercando la via più semplice.

Ci domandiamo cosa accada all'essere umano quando “partecipa” alla malattia:

«il singolo partecipa a qualcosa che è infinitamente più grande di lui, che lo sovrasta e di cui è un rappresentante. Dall'alterità radicale e indicibile del senza-nome, all'ambito

⁵¹ Ivi, p. 58.

⁵² Ivi, p. 59.

⁵³ Ivi, p. 60.

⁵⁴ Ibid.

collettivo e sovraindividuale della cultura, al patrimonio di memorie, pensieri, intenzioni e affetti del singolo, il percorso è verso una progressiva definizione fino a che finalmente la parte invisibile incarnata nella persona, messa in forma dalla sua storia ed esistenza, si offre al lavoro umano sia pure nei limiti e coi tempi che le sono propri»⁵⁵.

Riconoscere di provare un tipo di sofferenza e identificarla in una malattia permette alla persona che soffre di avere consapevolezza di ciò che sta provando e dunque di «attribuire un senso alla propria sofferenza»⁵⁶: l'etnopsichiatria in questo senso «non produce cioè il disturbo, ma lo seleziona, lo mette in forma, gli dà un nome e prevede delle modalità di cura»⁵⁷. La duplice origine della sofferenza è segnata sia dai *vissuti* che dai *non-vissuti* dell'esperienza dell'essere umano; essa, scaturisce dalle «situazioni di impotenza, di inibizione dell'azione, di impossibile riscatto, di soggezione al dispiegarsi di eventi che non lasciano possibilità di risposta o iniziativa»⁵⁸.

Ciò appare essere motivo di riflessione per Piero Coppo, il quale mette in rapporto avvenimenti e reazioni dell'essere umano:

«La stessa esperienza, ma più diluita nel tempo e frammentata in innumerevoli conferme quotidiane, la vive chi si trovi in situazioni che lo privino di ogni potere reale sulla sua vita [...] Esperienze di intrappolamento, di inibizione dell'azione sono anche frequenti nelle attuali società ricche, dove il processo di "domesticazione" si è spinto a inedite profondità e dove la coabitazione stretta e forzata tra estranei senza possibilità di evitamento comporta l'inibizione quotidiana dei movimenti spontanei di repulsione/attrazione/evitamento. L'impossibilità di reagire (per ragioni materiali o immateriali, per inibizioni e impotenze imposte dall'esterno o apprese e introiettate) e l'esperienza di intrappolamento sono vissuti genericamente umani che si declinano poi in varie storie, narrazioni e destini diversi nei vari ambienti e nelle diverse situazioni e culture»⁵⁹.

Gli «eventi di vita»⁶⁰ non solo hanno un impatto fisico, ma influiscono profondamente sull'apparato psichico dell'essere umano generando una sofferenza che interferisce sia

⁵⁵ P. Coppo, *Le ragioni degli altri. Etnopsichiatria, etnopsicoterapie, op. cit.*, p. 124.

⁵⁶ P. Coppo, *Le ragioni del dolore. L'etnopsichiatria della depressione, op. cit.*, p.74.

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ *Ivi*, p. 116.

⁵⁹ *Ivi*, pp. 117-118.

⁶⁰ *Ivi*, p. 135. Attraverso questo concetto, Piero Coppo esprime l'origine della sofferenza: «le esperienze-matrice sono le stesse: separazione, intrappolamento, impotenza appresa, disperazione, esaurimento delle forze in compiti interminabili, umiliazione, perdita dell'anima, perdita di contatto con l'immediatezza che

con il corpo dell'individuo che con la sua memoria. In questa direzione esaminiamo il rapporto che si instaura tra la psiche e la cultura: ciò permette di comprendere il ruolo cruciale del contesto sociale nell'evoluzione della psiche umana, e questo a partire dal significato degli stessi termini, che non sempre sono interpretati in modo universale. Si delinea un'analisi del concetto il cui l'obiettivo è, da un lato, quello di considerare la *psiche* nel modo più condivisibile possibile, cioè, allontanandosi dall'interpretazione dettata dal background culturale condiviso socialmente; dall'altro, nasce l'esigenza di prendere le distanze da una concezione puramente scientifica e medica in virtù di un'analisi profonda del concetto che sappia rilevare le dimensioni più complesse dell'essere umano.

La pretesa della scienza di detenere da sola la verità su questi temi è difficilmente credibile, poiché – osserva Coppo – «quello che per noi è psiche per altri è insieme complesso di entità e forze, e va dall'intelligenza operativa, capace di risolvere problemi pratici, allo spirito dell'atenato che si reincarna in noi, alla nostra anima passionale e volitiva, alle forze impersonali che si sono posate sulla forma che siamo»⁶¹. Il termine "psiche" ricopre una costellazione di significati e viene utilizzato quotidianamente da più discipline in diverse circostanze. Esso ha origini antichissime questo porta con sé le origini antichissime, ne ritroviamo infatti le prime fonti a partire dalla lettura omerica:

«Si usa tradurre la parola greca psyché con "vita, anima, soffio vitale"; ma significa anche "farfalla, falena". Il verbo corrispondente, psico, significa "soffiare, respirare". "Soffiare" è anche nelle sue radici sanscrite pu- e sphu-. Psiche è innanzi tutto alito, respiro, soffio che sostiene il vivente. Nei poemi omerici, togliere psyché a qualcuno vuol dire togliergli la vita: così Diomede, famoso per la sua abilità con la lancia, tolse ai figli di Merope thymós

nutre la spontaneità impossibilità di vivere la propria vocazione, traumi, aggressioni, furti intenzionali ed efficaci nello svuotare l'individualità della sua sostanza e autostima».

⁶¹ P. Coppo, *Le ragioni degli altri*, op. cit., p. 161.

Appare impossibile tradurre direttamente concetti come "psiche", "psichiatria", "psicologia" e "psicoterapia" in lingue diverse da quelle dei gruppi che hanno istituito tali discipline. Ad esempio, in lingue come in bambara, il fulfuldè, il quechua o il maya kiché, è necessario utilizzare perifrasi per spiegare concetti di questa portata. Questa irriducibilità costituisce per l'autore uno «scandalo» per chiunque provi ad adottare un approccio universalista o sia parte di un sistema religioso monoteista o abbracci le credenze scientifiche. È proprio la provocazione derivante da questa incompatibilità, la provocazione che nasce dall'affermazione della razionalità degli altri, a guidare una profonda trasformazione delle basi epistemologiche che dominavano nel XX secolo.

e psyché; infine, una volta caduti, le armi [...] Alla morte, psyché è il soffio della vita che se ne va; resta nell'assenza e nella nostalgia, come immagine e sogno»⁶².

Questo concetto incorpora sia il pensiero teorico che pratico: pur adattandosi a circostanze specifiche e abbracciando un ampio spettro semantico, esso riguarda soprattutto la dimensione immateriale e nascosta della persona. Nell'età moderna il termine "psiche" compare sia negli studi teologici del filosofo tedesco Melantone (1497-1560), sia come oggetto di studio di filosofi del XVII secolo, i quali categorizzano la psiche come "funzione mentale". Dalla fondazione della psichiatria all'inizio dell'Ottocento e dalla nascita della psicologia moderna e della psicoanalisi tra Otto e Novecento, la psiche, seppure con scuole di tendenza diverse, diventa l'oggetto di studio delle discipline scientifiche. Questa infatti viene definita come:

«funzione di un organo, il cervello; come un apparato, alla stregua di quelli circolatorio od osseo. È immateriale, ma esplorabile con apposite tecniche. Appartiene all'individuo, è dentro di lui. I disturbi dell'organo che la produce, il cervello, determinano le sue alterazioni: disturbi o malattie da curare con interventi sull'individuo e sulle sue relazioni, sulla sua componente mentale e sulle sue abitudini cognitive o sull'organo di cui la psiche sarebbe funzione. Tali interventi possono essere materiali (molecole chimiche, scosse elettriche, interventi chirurgici) o immateriali (psicoterapie)»⁶³.

Convenzionalmente, nel nostro linguaggio comune, «"psiche" designa la vita interiore, il complesso delle funzioni psicologiche diversamente declinate dalle varie teorie»⁶⁴. L'etnopsichiatria fa riferimento al concetto di "psiche" nel suo significato antico, ancora ampiamente condiviso: «forza vitale, componente immateriale dell'individuo, che gli permette di essere umano in relazione con altri umani»⁶⁵. In questo contesto, diventa evidente la continuità sostanziale tra psiche e cultura: «la prima è una incarnazione particolare della seconda; la seconda è costruita dal concorso delle espressioni particolari della prima»⁶⁶. L'emotività, la spiritualità di una persona, i processi cognitivi si vanno a fondere con i valori, le credenze, i comportamenti di un certo codice etico: dunque c'è una contaminazione tra ambiente ed esperienze che influisce sull'identità della persona.

⁶² Ivi, p. 112.

⁶³ Ivi, pp. 113-114.

⁶⁴ Ivi, p. 89.

⁶⁵ Ivi, p. 114.

⁶⁶ Ibid.

Si tratta di un processo formativo reciproco: l'uomo fa la cultura e la cultura dà un'identità all'uomo attraverso i valori, che lo modellano e lo reinterpretano. Secondo tale approccio, l'esperienza umana è ampiamente plasmata da fattori sociali e culturali che caratterizzano l'ambiente in cui l'individuo vive e appartiene (come ad esempio il contesto familiare, i valori civili e religiosi, e i sistemi ideologici). Questa prospettiva si contrappone alla visione del disturbo psichico come qualcosa di strutturato biologicamente e universale:

«Cultura e psiche si continuano una nell'altra, a costituire un sistema che lavora, tra l'altro, per garantire la propria omeostasi, ossia la stabilità delle proprie componenti e il ristabilimento dell'equilibrio in caso di eventi traumatici. Particolarmente critica è, nel sistema, l'articolazione tra psiche individuale, concretizzazione particolare della cultura, e ambiente culturale in generale. Pur lasciando al singolo il più ampio margine di indipendenza e iniziativa, in modo da garantire il flusso continuo di proposte e aggiornamenti che la attualizza e la rinnova, la cultura dovrebbe mantenere la propria stabilità come ambiente sovraindividuale. Ciò avviene grazie a una serie di dispositivi di regolazione, recupero, negoziazione e soluzione dei disordini, delle lacerazioni e dei conflitti che ogni cultura ha approntato nel corso della propria storia: luoghi e occasioni destinati a recuperare il disordine trasformandolo, se possibile, nel suo contrario, nella conferma dell'ordine culturale»⁶⁷.

In quest'ottica, il confine dello sviluppo di un individuo o di un gruppo che passa dalla normale fisiologia alla patologia (sia a livello individuale che culturale), è determinato dall'«alto grado di capacità di emancipazione dalla natura che la specie ha dimostrato di saper raggiungere e gestire, e le varietà degli ambienti che è stata in grado di produrre, ciascuno con livelli di tolleranza e normatività specifici»⁶⁸.

Se la cultura si avvicina all'essere umano e all'altro in quanto essere conoscibile, la psiche risulta essere ciò che non emerge a priori, ma a cui deve essere dedicata un'analisi accurata che sottoscrive una tutela «rispetto all'invasione del disordine dall'esterno da parte dell'altro e della "natura" non culturalizzata; ma genera anche luoghi atti a prevenire e, nel caso, a trattare i fenomeni individuali o collettivi che ne mettano a rischio l'ordinamento e il funzionamento dall'interno»⁶⁹. Se la sofferenza ci offre un motivo in

⁶⁷ Ivi, p. 141.

⁶⁸ Ivi, pp. 141-142.

⁶⁹ Ivi, p. 142. L'autore precisa che le culture mantengono un carattere conservatorio e questo aspetto provoca l'accettazione di nuovi elementi culturali unicamente se adattabili al sistema preso a oggetto: in questo

più per prestare attenzione alle alterità dell'uomo, la corrispondenza tra psiche e cultura non paragona unicamente la psiche al cervello dando una spiegazione neuro-biologica e minimizzando dunque l'aspetto socioculturale, ma auspica di far emergere la complessità dell'essere umano, che senza la cultura probabilmente, sarebbe privo di identità.

1.3 Il progetto filosofico di Georges Devereux

Sebbene il termine etnopsichiatria venga utilizzato per la prima volta attorno alla metà del Novecento da Louis Mars (1969)⁷⁰ e ripreso successivamente sia da alcuni autori della scuola di Dakar-Fann sia da psichiatri coloniali come Carothers (nel 1953 in Kenya), sarà Georges Devereux (1908-1985) a dare una propria autonomia alla disciplina e a esserne riconosciuto come il padre fondatore. L'autore successivamente si distanzierà dal termine "etnopsichiatria" poiché esso evocava disorientamento in un'epoca caratterizzata dalla nascita di nuove scienze, di conflitti tra diverse prospettive e ideali, di connessioni e disillusioni⁷¹. Il lavoro di Devereux contribuisce a una riflessione a livello internazionale sull'importanza del contesto culturale nella comprensione della mente umana e delle diverse patologie sviluppate e viene considerato perciò un buon «esempio di impasse storiografica»⁷².

La propensione a una sensibilità culturale, porta Devereux a instaurare un dialogo pluridisciplinare⁷³ il cui obiettivo è delineare un disegno epistemologico che renda

senso la crisi di un sistema può essere interpretata come opportunità di sperimentazione e accoglimento di nuovi assetti culturali. Pertanto «se i luoghi di governo e integrazione del disordine "normale" non sono più attivi (se, cioè, il tessuto della cultura è in sofferenza), o se il disordine è eccessivo, tale da non essere lavorabile (se, cioè, si tratta di manifestazioni che si pongono d'acchito fuori dalla cultura e non vi sono riconducibili), individui e gruppi entrano in crisi e manifestano disturbi che possono squilibrare l'intero ambiente culturale. Salute e malattia della persona, del gruppo e della cultura sono dunque connesse da molteplici legami».

⁷⁰ R. Beneduce, *Breve dizionario di etnopsichiatria*, op. cit., p. 65.

⁷¹ Cfr. G. Devereux, *Saggi di etnopsichiatria generale*, op. cit., p. 7.

⁷² H. F. Ellenberger, *Ethnopsychiatry*, op. cit., p. 6.

⁷³ G. Devereux, *Saggi di etnopsichiatria generale*, op. cit., p. 12. Mettendo insieme più discipline, Devereux si pone l'obiettivo di compensare e dare uniformità alla cultura e alla natura umana: ciò concerne un'indagine sull'uomo e sull'esperienza umana, escludendo perciò un approccio che sia indipendente dal contesto culturale. Diviene fondamentale mettere in campo discipline come la storia, la quale ci consente di esaminare le culture del passato (molte delle quali sono ormai estinte), che nonostante le diversità condividono caratteristiche comuni e sono soggette alle stesse leggi generali proprie della cultura nel suo complesso: in questa direzione l'approccio psicoanalitico analizza documenti storici che costituiscono le testimonianze delle civiltà scomparse. La psicoanalisi, secondo Devereux, si distingue per non limitarsi a compiere un'analisi di dati fisiologici, ma di considerare come oggetto di studio l'analisi dell'esperienza e della psiche umana nella loro specificità. Con la cultura, i comportamenti basati sugli istinti biologici, come

possibili «conoscenza e azione»⁷⁴ e che veda la cooperazione di psicoanalisi, etnologia e storia. L'apporto dell'autore consiste nel contributo di lavori di matematici e fisici per definire i principi dell'etnopsichiatria: basti pensare alla relazione di conoscenza «tra osservatore e osservato»⁷⁵ e alla percezione innocentemente condizionata dell'alterità; all'aspetto ontologico, cioè qualcosa legato alla natura dell'oggetto e di conseguenza del soggetto preso in considerazione, e infine alla conoscenza del soggetto associata al principio di indeterminazione di Heisenberg⁷⁶. In ciò si comprende la posizione "complementarista" dell'autore, che «considera impossibile realizzare nello stesso momento l'osservazione e l'interpretazione etnologica (o sociologica da un lato, psicologica dall'altro) di un dato fenomeno»⁷⁷.

Secondo Devereux, l'etnopsichiatria si riferisce ai sistemi locali di *conoscenza psichiatrica*⁷⁸, perciò l'autore si pone l'obiettivo di superare la serie di trappole tipiche di una «scienza di frontiera»⁷⁹ rivalutando il rapporto tra malattia mentale e cultura, e prendendo le distanze dal *culturalismo nordamericano*; infatti, «non considera la cultura come una realtà *sui generis* esterna e superiore agli individui»⁸⁰ in quanto gli individui rispondono unicamente alle interazioni, alle reazioni e ai comportamenti degli altri individui. Ciò concerne un'interpretazione soggettiva dell'essere umano, in quanto pur appartenendo a diverse etnie, «funziona ovunque allo stesso modo»⁸¹.

Nella comprensione individuale e sociale emerge il concetto di *reifificazione culturale*, la quale «esercita una certa influenza sulle persone, nella misura in cui essa è una componente della personalità dell'individuo»⁸². Devereux si distanzia da spiegazioni

la fame e la sessualità, vengono sostituiti da comportamenti più flessibili e adattabili al contesto e agli obiettivi specifici. L'assenza di questo processo è nota come *regressione a livello biologico*, e spiega perché i bambini con disturbi, indipendentemente dalla loro origine etnica, possono mostrare maggiore somiglianza tra loro rispetto ai bambini considerati normali. La ricerca multidisciplinare, dunque, si basa su una logica preliminare "che potremmo quasi definire un'etica", poiché le sue regole della logica costituiscono le fondamenta della sua integrità intellettuale, ovvero di quella continua ricerca e mantenimento della proprietà intellettuale e della conoscenza; pertanto, il progetto filosofico di Devereux può definirsi come la ricerca di una "epistemologia della multidisciplinarietà".

⁷⁴ P. Coppo, *Tra psiche e cultura*, op. cit., p. 105.

⁷⁵ Ibid.

⁷⁶ Ivi, p. 106.

⁷⁷ R. Beneduce, *Breve dizionario di etnopsichiatria*, op. cit., p. 53.

⁷⁸ H. F. Ellenberger, *Ethnopsychiatry*, op. cit., p. 20.

⁷⁹ G. Devereux, *Saggi di etnopsichiatria generale*, op. cit., p. 8.

⁸⁰ Ibid.

⁸¹ Ivi, p. 11.

⁸² Ivi, p. 9. È opportuno soffermarsi sul richiamo di Devereux a una sorta di "dereismo culturale", il quale spiega il concetto di "società malate" in modo analogo all'individuo malato: questo aspetto mette in

deterministiche e riduzionistiche in virtù di una teoria che mette al centro l'uomo che prende in carico la soggettività dell'osservatore. Egli suggerisce l'espressione "metaculturale" per definire il superamento delle proprie prospettive culturali in virtù di una prospettiva completa che promuova una comprensione profonda che:

«talvolta, essere acquisita senza aiuto esterno; ma è un modo difficile, e assai poco economico di procedere. È più facile, invece, avere a portata di mano qualcuno per il quale lo smoking non è più «naturale» che le pitture sul corpo del guerriero primitivo, e per il quale l'anello matrimoniale non è un indizio più probante di felicità coniugale di quanto lo siano i capelli rasati»⁸³.

Nasce l'esigenza di strutturare e sviluppare una prospettiva di questo tipo: ciò che la rende attuabile è proprio «la situazione di coesistenza del molteplice, in cui le diversità stanno al cospetto le une delle altre e generano tra di loro interstizi abitabili da una prospettiva che le considera tutte, senza ridurle»⁸⁴. Tuttavia, il posizionamento dell'etnopsichiatria negli interstizi tra identità forti non implica che essa non abbia una propria identità: per mezzo dell'analisi del controtransfert culturale⁸⁵ e della conoscenza del funzionamento generale delle culture, l'etnopsichiatria può «svuotare la relazione dalla prepotenza dei contenuti (e dei valori) culturali specifici di cui è portatrice, e raggiungere quel "fondo universalmente umano" dove si dia infine la comunicazione profonda con l'altro»⁸⁶. La teoricità e la praticità dell'etnopsichiatria non viene respinta in virtù della relazione con l'altro, ma viene livellata «andando a costituirsi da un lato come consapevolezza continuamente aggiornata delle caratteristiche idiosincratiche dell'operatore stesso, dall'altro come progetto negoziale che opera per consentire l'incontro, cioè il setting dove l'alterità ha diritto di parola e può difendersi da sovrainterpretazioni o interpretazioni indebite»⁸⁷. In questa direzione si compendia tutta la storia dell'etnopsichiatria. L'etnopsichiatra è consapevole di non poter avere una

discussione la definizione tradizionale di normalità basata sull'adattamento. In una società considerata malata, infatti, l'adattamento comporta una sorta di malattia mentale o sociale. Questo concetto si dimostra particolarmente evidente nei casi storici come la Sparta antica o la Germania di Hitler, dove l'adattamento richiedeva una conformità a norme sociali malate.

⁸³P. Coppo, *Tra psiche e cultura*, op. cit., p. 102.

⁸⁴ Ibid.

⁸⁵ G. Devereux, *Saggi di etnopsichiatria generale*, p. 8. Il concetto di controtransfert introdotto dall'autore si riferisce alla reazione emotiva e cognitiva che un terapeuta può avere nei confronti di una cultura diversa dalla propria.

⁸⁶ Ivi, p. 103.

⁸⁷ Ibid.

conoscenza completa e non cerca di sostituirsi alla competenza culturale dell'altro, ma crea le condizioni per far emergere materiale, ricostruire regole e percorsi culturalmente specifici che siano lavorabili, in modo da facilitare un processo trasformativo condiviso: «più che una *performance* individuale, l'acquisizione di una prospettiva tendenzialmente metaculturale appare l'effetto di una storia collettiva, che avviene là dove non ci siano identità egemoni»⁸⁸. Devereux insiste affinché gli psichiatri prendano le mosse dalla cultura intesa come esperienza vissuta, poiché ciò rappresenta il modo in cui gli individui singoli vivono la propria cultura: ciò che conta è come «i soggetti nevrotici e gli psicotici reinterpretano o addirittura deculturano gli *item* culturali in relazione ai loro conflitti o deliri personali»⁸⁹. Devereux sostiene che questa uniformità della cultura è parallela all'uniformità della natura umana: in questa direzione l'autore teorizza l'idea di una universalità psichica comune a tutti gli uomini, che si declina secondo le sue diverse individualità che si esprime con la matrice di appartenenza.

Sotto l'influenza di Freud⁹⁰, l'autore esamina il concetto di inconscio:

«L'inconscio è composto di due elementi: ciò che non è mai stato cosciente - i rappresentanti psichici dell'Es, incluse le forze pulsionali - e ciò che all'inizio è stato cosciente ma poi è stato rimosso. Il materiale rimosso è costituito dalle tracce di impronte mnestiche lasciate sia dalle esperienze oggettive esterne sia dalle esperienze soggettive interne (emozioni, fantasie, stati somatici anteriori). Esso comprende anche i meccanismi di difesa e la maggior parte del Super-Io»⁹¹.

Ciò che interessa a Devereux è il materiale irrisolto di origine cosciente che dal punto di vista culturale darebbe origine al segmento *inconscio della personalità etnica* e *all'inconscio idiosincratico*. Secondo l'autore, questi sono due tipi di elementi rimossi nell'inconscio: il segmento inconscio della personalità etnica è una parte dell'inconscio condivisa da un individuo con «la maggioranza dei membri della sua cultura» e che viene acquisito analogamente a come si acquisisce il carattere etnico. Il contenuto dell'inconscio etnico è spesso mantenuto separato dalla coscienza certi meccanismi di difesa, che «sono rafforzati e spesso anche forniti dalle pressioni culturali»⁹². Tuttavia, i

⁸⁸ Ibid.

⁸⁹ G. Devereux, *Saggi di etnopsichiatria generale*, p. 11.

⁹⁰ Ibid.

⁹¹ Ivi, p. 25.

⁹² Ivi, p. 26.

mezzi difensivi offerti dalla cultura per permettere all'individuo di sopprimere le proprie pulsioni culturalmente dissonanti possono risultare insufficienti: infatti, di fronte alle difficoltà, la cultura tende a «fornire, sebbene contro voglia taluni mezzi *culturali* che permettono a tali pulsioni di esprimersi, almeno in maniera marginale»⁹³. L'inconscio idiosincratico invece, è costituito da elementi che l'individuo è stato costretto a rimuovere a causa di stress unici e specifici che ha dovuto affrontare e, concerne, da una parte, esperienze che, sebbene non tipiche di una determinata cultura e che quindi non rispecchiano il suo modello culturale di base, si verificano abbastanza frequentemente da essere riconosciute e reinterpretate in termini culturali, e dall'altra esperienze che non sono caratteristiche di una cultura né particolarmente frequenti numericamente, ma che colpiscono alcuni individui in modo particolarmente sfortunato: questi traumi idiosincratici generano conflitti localizzati nell'inconscio individuale.

È importante notare che, oltre all'inconscio etnico e individuale, gli individui possono subire anche traumi più comuni nel corso della loro vita, che possono variare in proporzione da individuo a individuo. Devereux ci offre un'interpretazione di «disturbi tipo», ovvero disturbi psichici specifici di determinati tipi di società. Emerge come «solo la distinzione tra comunità a solidarietà organica (*Gemeinschaft*) e società a solidarietà meccanica (*Gesellschaft*) è strutturabile nel quadro dell'etnopsichiatria»⁹⁴. Nel discutere questa opposizione tipologica, Devereux parte dalle relazioni che giocano un ruolo centrale in ogni società. Con riferimento all'opera del sociologo statunitense Talcott Parsons⁹⁵, crea quindi una suddivisione in tre categorie:

«quelle *funzionalmente specifiche*, segmentarie, effimere, ridotte all'essenziale, efficaci, impersonali e quindi frustranti sul piano affettivo; quelle *funzionalmente diffuse*, stabili, illimitate e cariche di un significato affettivo costante; quelle *cumulative*, che sommano alcuni aspetti delle une e delle altre (è il caso del rapporto amoroso tra chi ricopre un ruolo direttivo e un suo subalterno). E ne aggiunge una quarta, quella delle relazioni

⁹³ Ibid.

⁹⁴ P. Coppo, *Tra psiche e cultura*, op. cit., p. 126. Devereux sostiene che ogni altra distinzione – come quella tra patrilineare/matrilineare, industriale/agricola, pastorale/di raccoglitori-cacciatori – è inutilizzabile perché non esclude sovrapposizioni delle categorie.

⁹⁵ Cfr. T. Parsons, *The Structure of Social Action: A Study in Social Theory with Special Reference to a Group of Recent European Writers*, New York, McGraw-Hill, 1937; trad. it. a cura di M. Ricciardi, *La struttura dell'azione sociale. Uno studio di teoria sociale con particolare riferimento a un gruppo di autori europei recenti*, vol. I e II, Milano, Meltemi, 2021.

funzionalmente multiple che, secondo lui, svolgono un ruolo fondamentale nelle società dette «primitive», a solidarietà organica (*Gemeinschaft*)»⁹⁶.

Le relazioni funzionalmente specifiche giocano un ruolo predominante in tutte le società moderne, contribuendo significativamente al loro «funzionamento normale»⁹⁷: queste relazioni sono segmentate, spesso di breve durata, ridotte all'essenziale, efficaci e completamente soddisfacenti fin dall'inizio, obiettive al punto da risultare impersonali e quindi frustranti dal punto di vista emotivo. In questo senso Devereux ipotizza che le relazioni funzionalmente diffuse siano state sviluppate per compensare le frustrazioni causate dalle relazioni funzionalmente specifiche: le prime, infatti, possono nascere per casualità, ma una volta instaurate, sono considerate stabili, illimitate e ricche di significato emotivo in ogni momento. Le relazioni cumulative si collocano tra le relazioni specifiche e quelle diffuse; dunque, «riuniscono due tipi di relazioni segmentariate teoricamente incompatibili»⁹⁸. Le relazioni multiple sono fondamentali per il funzionamento della *Gemeinschaft*, tuttavia, a differenza della *Gesellschaft*, la *Gemeinschaft* non tollera le «relazioni funzionalmente diffuse»⁹⁹, poiché esse favoriscono gli investimenti affettivi a scapito del gruppo. Nella *Gesellschaft*, l'individuo si trova spesso isolato e può essere a rischio di sviluppare una condizione simile alla schizofrenia, mentre nella *Gemeinschaft* è quasi obbligato a essere socievole e può essere incline a manifestare comportamenti isterici. Devereux fa attenzione a non determinare un'etichettatura diagnostica, ma a considerare i diversi disturbi nella continuità tra psiche e cultura. Il ruolo dello psichiatra è di fare una diagnosi degli esseri umani considerando la complessità dei loro contesti sociali e individuali e non semplicemente le malattie.

Devereux insiste sulla creazione di una *psichiatria metaculturale*:

«Il destino riservato alla cultura e ai materiali culturali nelle diverse forme nevrotiche e psicotiche di organizzazione del comportamento è di primario interesse, non soltanto per l'etnopsichiatra, ma anche per lo psichiatra che lavora in una normale clinica.

⁹⁶ Ivi, p. 127. Devereux illustra questo concetto con l'esempio di Abramo, che era contemporaneamente patriarca, capofamiglia, legislatore, giudice, boia, capotribù, generale, sommo sacerdote; il fatto che dividesse il letto con la sua serva Hagar non diminuiva il suo potere, ma ne era piuttosto una manifestazione e aumentava in lei il desiderio di servirlo. In lui le varie funzioni si sostenevano reciprocamente: era condottiero quando necessario perché, in quanto patriarca, spettava a lui mobilitare la parentela e, in quanto capotribù, il clan, ecc.

⁹⁷ G. Devereux, *Saggi di etnopsichiatria generale*, op. cit., p. 74.

⁹⁸ Ivi, p. 75.

⁹⁹ Ivi, p. 76.

L'organizzazione biologica del singolo paziente non è mai perfettamente conosciuta, e anche la psicoanalisi più esauriente non riuscirebbe ad afferrare la totalità dell'esperienza come fonte di abitudini e di sintomi. Per contro, si può stabilire con certezza che una data società è monogama o poligama e il ruolo che vi svolgono la carità, l'onestà, la veridicità, il successo economico o il pregiudizio religioso. Per saperlo – o per scoprirlo – basta, infatti, pensare in modo realistico. Proprio per questo, il destino dei materiali culturali nella malattia psicologica è singolarmente rivelatore dello stato reale del paziente. Così, la formulazione di queste vicissitudini fornisce il solo punto di partenza valido per l'elaborazione di una psichiatria autenticamente *metaculturale* e meta-etnografica, fondata su di una comprensione reale della natura e della funzione generale della Cultura in sé, quale è vissuta *ovunque* dagli individui normali e da tipi diversi di pazienti psichiatrici. La pratica della psicoterapia metaculturale esige dall'analista una neutralità culturale analoga a quella della neutralità affettiva che ci si aspetta da lui nella situazione analitica rispetto ai suoi bisogni infantili e nevrotici residui»¹⁰⁰.

Secondo Devereux la cultura viene vissuta e manipolata dall'essere umano – «sia egli un malato di mente o un candidato analista particolarmente “normale”»¹⁰¹ – in cinque modalità. La prima consiste in un'interpretazione della cultura che passa per la *normalità*, vale a dire che questa viene utilizzata in modo *igienognomico*, ovvero si è sempre sincronizzati con i nuovi materiali culturali. Ogni individuo è influenzato dalle norme culturali che apprende e interiorizza, non vive la cultura in modo indipendente ma è “inculturato”¹⁰².

Devereux nota come gli individui normali comprendano e vivano la cultura come un sistema che struttura il loro spazio vitale, definendo modalità “appropriate” di percezione, valutazione e vita sociale: «il soggetto normale manipola e vive gli *items* culturali in funzione dei significati e dei valori compatibili con la realtà sociale *contemporanea*, da un lato, con il suo vero statuto e con la sua età cronologica, dall'altro»¹⁰³. Tuttavia, accettare passivamente una cultura malsana non è un segno di salute mentale, ma di *dipendenza e passività patologica*: gli individui normali, infatti, cercano di adattare la cultura circostante per renderla più razionale ed efficace.

¹⁰⁰ G. Devereux, *Saggi di etnopsichiatria generale*, p. 105.

¹⁰¹ Ibid.

¹⁰² Ivi, p. 106.

¹⁰³ Ibid.

La cultura viene inoltre analizzata secondo un grado di *immaturità*. Questa categorizzazione è tipica di tutti quegli individui immaturi o in condizioni di regressione sociale o personale che mostrano un adattamento anacronistico alla cultura in cui vivono e manipolano gli elementi culturali in modo incoerente. Questo comportamento può essere caratterizzato da un'*anacronia sociale*¹⁰⁴, secondo la quale il soggetto attribuisce ai materiali culturali significati non più rilevanti nella realtà contemporanea, o da un'*anacronia personale*¹⁰⁵, in cui il soggetto applica gli *items* culturali significati inappropriati o non adatti alla sua epoca e al suo ruolo sociale. Questi individui possono mantenere una sorta di "isteresi culturale", ancorandosi all'ideologia culturale della loro infanzia o del periodo precedente. Nel contesto terapeutico, essi spesso stabiliscono un rapporto di transfert di tipo parentale, che può manifestarsi in esigenze pseudo-sessuali, ma che in realtà riflette resistenze immaturamente sessuali all'analisi¹⁰⁶. Nella *nevrosi*, «la cultura continua ad essere riconosciuta per quello che è: qualcosa di originariamente esterno che è stato interiorizzato»¹⁰⁷. Tuttavia, una volta interiorizzati, i materiali culturali vengono reinterpretati inconsciamente per adattarsi ai bisogni distorti del nevrotico: ciò che è distorto è il significato intrinseco dei materiali culturali.

Un certo tratto culturale può essere attribuito a un nuovo significato che non deriva né da un significato tradizionale obsoleto, né dal significato che avrebbe per un bambino con uno sviluppo normale; questo nuovo significato di solito deriva dalla reinterpretazione di un tratto, appartenente a un certo livello, nei termini di un altro: per esempio, dalla reinterpretazione di un tratto genitale in termini orali. Nella *psicosi*, il paziente decultura ogni elemento culturale fino al punto in cui essa cessa di avere significato per lui.

I tratti culturali vengono utilizzati in modo soggettivo e senza rapporto con il contesto sociale normale, diventando vuoti rituali privi di funzione: nei casi estremi, i tratti culturali perdono completamente il loro significato culturale e diventano solo mezzi di espressione dei bisogni psicotici¹⁰⁸. Il paziente vive nella propria realtà patologica e rigida, negando l'esistenza della cultura degli altri e trasformandola in qualcosa di non culturale: «i materiali culturali continuano ad essere usati ma per *scopi non culturali*»¹⁰⁹.

¹⁰⁴ Ivi, p. 107.

¹⁰⁵ Ivi, p. 108.

¹⁰⁶ Ivi, p. 107.

¹⁰⁷ Ibid.

¹⁰⁸ Ivi, p. 108.

¹⁰⁹ Ivi, p. 109.

Per mantenere il proprio equilibrio affettivo patologico, il paziente nega la realtà culturale degli altri e interpreta gli eventi in modo paranoico: la terapia psicoanalitica ha lo scopo di spogliare queste strutture psicotiche del loro carattere privato per consentire al paziente di riconnettersi con la realtà sociale e culturale. La neutralizzazione parziale del sistema psicotico precede la cura, che implica il reintegro graduale del paziente nella sua cultura attraverso un rapporto oggettivo con la realtà.

L'ultima modalità d'interpretazione riguarda la *psicopatia*: l'essere umano affetto da questo disturbo non reagisce alla cultura dando libero sfogo ai propri istinti, ma attraverso formazioni reattive dirette contro di essi e contro le sublimazioni proposte dalla cultura. Devereux propone l'espressione «psicopatico, preda delle sue difese»¹¹⁰. L'individuo affetto da psicopatia può essere consapevole dell'influenza esterna della cultura e della realtà che essa rappresenta, ma spesso non riesce a interiorizzare appieno valori e item: «lo psicopatico è spesso uno specialista dell'arte di sfruttare l'attaccamento altrui ai valori culturali»¹¹¹. Al contrario, egli è abile nel trarre un vantaggio predatorio dall'attaccamento degli altri a questi valori culturali. Utilizza tale conoscenza per manipolare gli altri e per ottenere benefici personali, senza provare un autentico coinvolgimento emotivo o rispetto per tali valori. Questa mancanza di empatia e di autentica comprensione dei valori culturali è ciò che spesso impedisce allo psicopatico di stabilire relazioni sincere e profonde con gli altri.

Successivamente a questa categorizzazione, Devereux afferma che «l'etnopsichiatria non è un accessorio di lusso che, con la sua semplice presenza, dimostra che un ospedale o una facoltà medica sono abbastanza ricchi e illuminati da richiederne i servizi»¹¹². L'intervento dell'etnopsichiatra è essenziale sia da un punto di vista diagnostico, «giacché la sua formazione specifica lo rende capace di giudicare della normalità o anormalità culturale delle manipolazioni e delle reinterpretazioni che il paziente fa subire ai materiali culturali e della materia in cui utilizza»¹¹³, ma anche da un punto di vista terapeutico, poiché è in grado di adottare una neutralità culturale che «permetta di cogliere il vero senso di cui è investito un dato tratto culturale nella società contemporanea e nel sottogruppo cui appartiene il paziente»¹¹⁴.

¹¹⁰ Ivi, p. 111.

¹¹¹ Ivi, p. 111.

¹¹² Ivi, p. 112.

¹¹³ Ibid.

¹¹⁴ Ibid.

Il patrimonio scientifico lasciato da Devereux occupa un posto centrale nelle riflessioni dei suoi successori: la definizione dell'etnopsichiatria ha consentito infatti di affrontare adeguatamente i disturbi e i comportamenti in contesti interculturali. Nel 1993, Tobie Nathan¹¹⁵ crea presso la Facoltà di Psicologia dell'Università di Parigi VIII il primo centro strutturato di etnopsichiatria francese, intitolandolo al compianto maestro. L'atto di fondazione è preceduto da alcuni anni di pratica clinica nelle periferie della metropoli, dove si concentra una molteplicità sociale, culturale e clinica formata da soggetti che migrano da mondi ormai decolonizzati ma sprofondata in condizioni di vita intollerabili: di fronte alla complessità di questa nuova società, si impone la necessità di trasformare l'etnopsichiatria da potente generatore di teorie critiche a costruttore di un dispositivo operativo di interazione clinica. I terapeuti che adottano gli strumenti di Devereux devono infatti confrontarsi con espressioni psicopatologiche determinate dalla perdita del contenitore culturale originario dei migranti: la costituzione dell'oggetto specifico della clinica etnopsichiatrica, *le sindromi ordinate dalla cultura*¹¹⁶, assieme a quello nuovo generato dalla *perdita dei legami con il mondo culturale*¹¹⁷, diventa una necessità per avere una comprensione completa.

Durante il lavoro terapeutico, infatti, la ricostruzione «dell'identità etnica originaria»¹¹⁸ e la riparazione dei meccanismi culturali di difesa diventano pertanto i compiti essenziali dell'intervento clinico. La clinica transculturale si propone di recuperare la sfera culturale dei mondi d'origine dei migranti utilizzando il sapere clinico specifico contenuto in essi e reso concreto dai pazienti stessi che si presentano come portatori di domande soggettive prive di risposte soddisfacenti: questa forma di clinica deve esaminare e sfruttare le «tecniche terapeutiche e comunicative, i saperi generali, le nosologie e le nosografie degli altri mondi»¹¹⁹. Il paziente, dunque, è considerato parte di una rete di «concatenazioni collettive che rinviano all'esistenza di dimensioni indipendenti dal paziente (culture), e che si offrono alla conoscenza del clinico occidentale come "mondi della guarigione"»¹²⁰. Per affrontare questa sfida, la clinica transculturale si avvale della *lingua matrice* dei pazienti, che deriva dai loro mondi

¹¹⁵ Ivi, p. 389.

¹¹⁶ Ibid.

¹¹⁷ Ibid.

¹¹⁸ Ibid.

¹¹⁹ Ibid.

¹²⁰ Ivi, p. 389.

culturali spesso molteplici; la medesima scelta risulta essere problematica poiché richiede «la *traduzione* della lingua in cui viene espresso il problema»¹²¹.

Il trattamento vede coinvolti mediatori linguistico-culturali insieme agli etnoclinici, che devono gestire un dialogo complesso e non lineare tra pazienti e professionisti. Il dispositivo etnopsichiatrico si complica ulteriormente poiché:

«diventa così sempre più stratificato perché trasforma il dialogo di una coppia di lavoro (paziente e clinico) in uno scambio generalizzato tra gruppi sociali (gruppo del paziente, gruppo del terapeuta). Questa trasformazione richiede la convocazione di professioni, lingue e culture diverse, utili alla risoluzione dell'enigma clinico (setting partecipativo a geometria variabile). Il dispositivo si orienta verso la molteplicità del divenire, apre il ventaglio delle possibili interpretazioni del fenomeno patologico che non si vede più ristretto entro una sola rappresentazione o in una spiegazione unica ed egemone»¹²².

In questo senso, l'etnopsichiatria contemporanea riflette l'atteggiamento del suo fondatore, che ha sempre respinto l'idea di essere confinato in un singolo schema di pensiero, di una sola teoria o di un solo mondo. Come lui, questa disciplina conserva uno spirito sperimentale e si impegna costantemente nella revisione dei propri strumenti promuovendo una continua esplorazione e superando le frontiere, facendo dell'instabilità e della molteplicità dei mondi un'affascinante avventura umana e intellettuale anziché un peso opprimente.

1.4 L'evoluzione della follia e la nascita dei criteri di normalità e anormalità

Le analisi dei processi storici e culturali hanno evidenziato una stretta associazione tra malattia mentale e il concetto di follia nel corso della storia. L'emergere del campo dell'etnopsichiatria ha ulteriormente arricchito la comprensione di tale connessione, consentendo una più approfondita riflessione sulle distinzioni culturali riguardanti ciò che è stato considerato normale e anormale all'interno di specifiche connessioni culturali.

Prima di intraprendere un'analisi attorno alla categorizzazione *normale-anormale* in relazione alla malattia mentale, è essenziale esaminare il processo di sviluppo concettuale

¹²¹ Ivi, p. 390.

¹²² Ibid.

e contestuale della follia che a sua volta ha generato implicitamente la stessa divisione sociale. È infatti comune abitudine associare la follia all'anormalità, al diverso, alla paura, a ciò verso cui proviamo repulsione ma allo stesso tempo siamo attratti e desideriamo comprendere. La follia, e soprattutto chi riveste i panni del folle, non solo sono concepiti come una deviazione dalle norme e dalle leggi che regolano una società, ma addirittura esulano dalla cultura di appartenenza andando a creare un proprio modello di normalità condiviso da una o poche persone.

Esaminare l'evoluzione della follia permette di analizzare il ruolo del soggetto e la costituzione della sua soggettività, mostrando come le spiegazioni religiose abbiano lasciato spazio a un'analisi dei caratteri fondamentali dell'esistenza umana per cui la follia non è più ridotta ad una singola dimensione, ma emerge come un fenomeno complesso intimamente intrecciato alle dinamiche umane e al loro contesto sociale e culturale. Questa prospettiva, affrontata in particolare da Thomas Hobbes e Michel De Montaigne, si distingue per la sua capacità di approcciarsi alla follia da molteplici angolazioni, ovvero da un punto di vista fisiologico, politico e morale. Questo ci permette di riflettere sul fatto che «il folle, più che agire, *subisce* la follia della società che lo accusa»¹²³. L'etichetta deriva ancora una volta dalla pretesa di considerare il diverso come il pericolo. La condizione della follia riveste un notevole impatto sociale, poiché influenza profondamente l'immaginazione individuale che influisce nella *scoperta dell'altro*¹²⁴ interiorizzandolo come qualcosa di esterno rispetto a me. L'essere umano è costantemente immerso nella relazione con gli altri, e la società in cui vive spesso esercita una pressione affinché tali relazioni vengano mantenute. La follia in questo contesto può influenzare profondamente la nostra immaginazione, alterando la percezione dell'altro e la creazione delle relazioni con lo stesso, questo mette in discussione le dinamiche del potere e del controllo sociale che influiscono nella comprensione dell'altro.

Nel XIX secolo la riflessione del filosofo e sociologo francese Gabriel Tarde presuppone un'imitazione ontologica del folle, affermando che la follia nasce sulla base dell'*ingombrante presenza dell'altro*¹²⁵ nella mente dell'individuo preso in considerazione. Sarà Michel Foucault a occuparsi di tracciare una storia della follia

¹²³ S. Feloj e M. Giargia, *Filosofia e follia. Percorsi tra il XVI e XVIII secolo*, Milano, Mimesis, 2012, p. 17.

¹²⁴ Ivi, p. 20. Occorre specificare che per Montaigne la maggior parte dei disturbi nasce dall'ingombrante presenza dell'altro nella mente.

¹²⁵ Ivi, p. 20.

analizzando quest'ultima in rapporto con la ragione, arrivando a distinguere l'uomo della ragione dall'uomo folle e cercando di recuperare l'autentica dimensione della follia. L'opera di Foucault si propone di esplorare non solo la storia della follia in sé ma anche la sua rilevanza e il suo impatto sulle dinamiche sociali e culturali dando vita, inoltre, a quell' *archeologia del silenzio*¹²⁶ che lasci spazio a tutto quel linguaggio che non riusciamo a comprendere:

«nel mezzo del mondo sereno della malattia mentale, l'uomo moderno non comunica più con il folle: da una parte c'è l'uomo di ragione che delega il medico attraverso la follia, autorizzando così un rapporto solo attraverso l'universalità astratta della malattia; dall'altra parte c'è l'uomo di follia che non comunica con l'altro se non attraverso l'intermediario di una ragione altrettanto astratta, che è ordine, costrizione fisica e morale, pressione anonima del gruppo, esigenza di conformità. Non c'è un linguaggio comune; o piuttosto non c'è più; la costituzione della follia come malattia mentale, alla fine del XVIII secolo, notifica la rottura del dialogo, pone la separazione come già acquisita, e sprofonda nell'oblio tutte quelle parole imperfette, senza sintassi fissa, un po' balbettanti, nelle quali si operava lo scambio della follia e della ragione. Il linguaggio della psichiatra, che è monologo della ragione sopra la follia, non ha potuto stabilirsi se non sopra tale silenzio»¹²⁷.

Le dinamiche che si instaurano tra la riflessione sulla malattia mentale e l'affermazione di una società moderna mostrano come l'uomo razionale e il folle sono separati da una barriera comunicativa mediata principalmente dalla figura del medico e dall'istituzione psichiatrica. Foucault evidenzia come, da un lato, l'individuo razionale si rapporti al folle esclusivamente attraverso il filtro dell'istituzione medica, che riduce la complessità della follia a una nozione astratta e universalizzata di malattia mentale. Dall'altro lato, il folle è confinato in un mondo governato da norme coercitive e da una razionalità impersonale, che ne causa la perdita della capacità comunicativa con gli altri individui, subendo così l'oppressione di un ordine sociale che richiede conformità e omogeneità. Foucault nel trattare questo argomento adotta un approccio metodologico strutturale, che esamina in modo sistematico un complesso di nozioni, istituzioni, misure giuridiche nonché concetti scientifici che contribuiscono a plasmare il concetto e la percezione della follia nel corso del tempo. Questa indagine si svolge a partire dall'idea che la follia possiede un'essenza

¹²⁶M. Foucault, *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon, 1961; trad. it. di F. Ferrucci, *Storia della follia nell'età classica*, nuova ed. a cura di M. Galzigna, Milano, Rizzoli, 2011, p. 43.

¹²⁷ Ivi, p. 42.

primitiva irraggiungibile, seppur presente come fondamento implicito delle dinamiche sociali e culturali. Pertanto, l'analisi strutturale mira a risalire alla decisione fondamentale che unisce e allo stesso tempo separa ragione e follia, al fine di scoprire un nucleo comune oscuro e originario che sottende l'unità e l'opposizione tra il sensato e l'insensato.

Lo studio del fenomeno della follia per Foucault avviene mediante un'analisi strutturale dei concetti storici, delle istituzioni, delle misure giuridiche e delle pratiche di controllo sociale che circoscrivono il fenomeno della follia nella sua vastità di espressione¹²⁸. La visione della follia si discosta dalla sua concezione come mera malattia mentale per arrivare a definirla come il prodotto culturale e sociale di una determinata comunità. La definizione di follia rispecchia il modo in cui essa è trattata e percepita all'interno di una determinata società, di conseguenza creare una distinzione tra ciò che è da ritenere "normale" da ciò che è definibile come "anormale" diviene un costrutto sociale e lo strumento per eccellenza di potere, controllo ed esclusione.

Questa anormalità conduce alla creazione di luoghi in cui inserire i folli, di conseguenza questi diventavano gli esclusi: questo diviene un vero e proprio *fenomeno sociale*¹²⁹, che si manifesta nella creazione dapprima d'internamento e successivamente di manicomi. Foucault in questo senso sottolinea come la vulnerabilità del soggetto appare essere da un lato il motivo del suo slancio verso qualcosa di differente ma nello stesso tempo anche il punto di ritorno verso cui sarà possibile la ricostruzione dell'identità.

La follia, dunque, diviene una questione universale, non solo di interesse dell'etnopsichiatria ma va a toccare molteplici discipline dalla letteratura, all'arte, alla medicina, alla satira, alla politica e all'etica. La follia «trascina ognuno in un accecamento senza scampo»¹³⁰ che si sviluppa nell'uomo legandosi alle fragilità umane, ai suoi desideri e alle sue fantasie, ciò genera la figura del folle il quale «ricorda a ciascuno la sua verità»¹³¹ esprimendo l'esperienza corporea e mentale che vive e di cui è protagonista: la follia non è qualcosa di esterno a noi ma qualcosa di innato nella natura umana, che si manifesta attraverso affezioni che ogni individuo nutre verso sé stesso e attraverso le illusioni che alimenta. Nella cultura europea si arriva a parlare di coscienza della follia

¹²⁸ Ivi, p. 48

¹²⁹ Ivi, p. 158.

¹³⁰ Ivi, p. 73.

¹³¹ Ivi, p. 73.

vale a dire: «una coscienza critica della follia»¹³² ovvero la dimensione più razionale e sicura della coscienza, la quale è consapevole ancora di non essere folle; *una coscienza pratica della follia* in cui si presenta una scelta di seguire le regole di un gruppo rispetto a un altro, dunque «la coscienza, meramente critica, di *aver deviato*, si appoggia sulla coscienza di *aver scelto un'altra strada*, e in tale modo si giustifica – insieme chiarendosi e oscurandosi – in un dogmatismo immediato»¹³³; la concretizzazione della follia però si presenta nella *coscienza enunciativa della follia* in cui appare collocarsi sul piano dell'essere, perdendo la sua purezza e presentandosi come «conoscenza monosillabica ridotta alla constatazione»¹³⁴; infine una *coscienza analitica della follia* che si delinea per mezzo della sua stessa espressione in cui non è più l'insieme totale dei fenomeni superficiali ma è ciò che fonda l'oggettività della follia e dunque il complesso prodotto delle relazioni di potere e dei processi di normalizzazione sociale.

Foucault definisce la follia come *negatività*¹³⁵, ma ciò non concerne una visione pessimista della follia, quanto un elemento di arricchimento che tiene insieme la varietà dei fenomeni. La riflessione sulla follia ha permesso di notare come ciò che è considerato *al di fuori* di una sfera di coerenza rispetto a ciò che è consono all'interno di una società, muove verso una definizione di anormalità. Questa dicotomia viene accostata contemporaneamente ai criteri di salute e malattia: se da un lato questo potrebbe essere frutto di una norma autolegittimata che trascende un criterio biologico¹³⁶, dall'altro appare riflettere i rapporti di potere presenti in una società. Attraverso l'esplorazione di una vasta gamma di esperienze umane e sociali, culturali ed esistenziali, questa dicotomia appare contenere una sua fluidità che racchiude più criteri di definizione. Invece di considerare la salute e la malattia come realtà oggettive e immutabili, bisogna interrogarsi

¹³² Ivi, p. 272.

¹³³ Ivi, p. 274.

¹³⁴ Ibid.

¹³⁵ Ivi, p. 383.

¹³⁶ G. Pizza, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Roma, Carocci editore, 2005, p. 76. Il criterio biologico di salute concerne la stessa come lo stato di benessere di un organismo o di una sua parte caratterizzato da un funzionamento normale o privo di malattie. Allo stesso modo, la malattia è definita come una condizione che altera o interferisce con lo stato di salute di un organismo, spesso caratterizzato da un funzionamento anomalo di uno o più sistemi, parti o organi. Secondo questa prospettiva, la malattia è considerata come uno stato fisico reale che si manifesta nel corpo del paziente ma viene definita in base a criteri che non tengono conto necessariamente conto della percezione soggettiva del malessere, tranne che nella valutazione clinica dei sintomi riportati dal paziente o nei segni obiettivi osservati dal medico. Questa definizione può dar vita a contraddizioni: lo "star bene" dell'individuo non sempre coincide con il "sentirsi bene" percepito dalle persone.

sulla tipologia di istituzioni che promuovono, a quali individui si applicano le stesse e in che modo queste nozioni si diffondano nella cultura fino a diventare parte integrante del nostro modo di pensare.

La critica nei confronti di una distinzione netta tra salute e malattia proposta dalla medicina tradizionale è stata affrontata da Émile Durkheim (1858-1917) nel terzo capitolo del suo studio *Le regole del mondo sociologico*¹³⁷ in cui in modo particolare discuteva le “le regole per la distinzione del normale e del patologico”. L’autore sottolinea che, anche se consideriamo il dolore e la sofferenza come caratteristiche della malattia e il piacere e il godimento come attributi della salute, tali criteri risultano insoddisfacenti poiché non riescono a delineare una definizione chiara¹³⁸. Sebbene persistano correlazioni di questa natura, alcune gravi condizioni mediche appaiono essere indolori o insensibili o addirittura il dolore accompagna molti stati fisiologici come la fame o la fatica. Da ciò Durkheim deduce che la normalità e l’anormalità non sono qualità intrinseche ma piuttosto standard sociali prestabiliti. Pertanto, non è possibile definire a priori ciò che costituisce una malattia senza prima comprendere i processi che hanno stabilito la norma: lo stato di salute appare essere soggetto a una sua variabilità in cui non solo differisce tra diverse culture sociali, ma anche all’interno della stessa comunità. La malattia costringe a un adattamento diverso rispetto alla maggior parte della nostra società, mentre la salute è una condizione ideale identificata con la norma costruita dalla maggioranza sociale.

A tale riguardo, il fondatore dell’etnopsichiatria Georges Devereux¹³⁹ cerca di individuare il *locus*¹⁴⁰ che traccia il confine netto tra ciò che è normale e ciò che è anormale all’interno di una società, cercando di elaborare una risposta culturale che affonda le sue radici nel concetto di adattamento. Se adattarsi significa vivere nella

¹³⁷ É. Durkheim, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Alcan, 1895; trad. it. di F. Airoldi Namer, *Le regole del metodo sociologico*, Torino, Einaudi, 2008.

¹³⁸ G. Pizza, *Antropologia medica, op. cit.*, p. 78. Alcune gravi condizioni mediche sono indolori, mentre disturbi apparentemente banali possono causare un dolore intenso. In alcuni casi, la mancanza di dolore o addirittura il piacere possono causare un dolore intenso. In alcuni casi, la mancanza di dolore o addirittura il piacere possono essere sintomi di malattia, d’altro canto il dolore accompagna molti stati fisiologici come la fame, la fatica e il parto.

¹³⁹ Cfr. H. F. Ellenberger, *Ethnopsychiatry, op. cit.*, p. 37. L’obiettivo di Devereux, sulla scia del lavoro dell’antropologo Ralph Linton (1893-1953) consiste nel voler esplorare e comprendere le molteplici forme che la società può assumere: questo si traduce in un’analisi della follia non solo come fenomeno individuale ma anche prodotto di dinamiche sociali e culturali più ampie. Secondo questa accezione i folli interpretano i ruoli socialmente attesi dalla follia; dunque, non sono semplicemente individui devianti e alla base di ogni cultura sono presenti miti, costumi e modelli normativi di follia che portano alla categorizzazione del ruolo del folle all’interno di una società.

¹⁴⁰ Cfr. G. Devereux, *Saggi di etnopsichiatria generale*, p. 23.

normalità, allora questa viene accostata al concetto di salute mentale. Si elabora in questa direzione una distinzione tra “adattamento esterno” e “adattamento interno”, in cui:

«un certo grado di adattamento esterno è necessario per la sopravvivenza dell’individuo in qualsivoglia società. L’individuo normale, che viva in seno o a una società sana, è in una posizione privilegiata, giacché può introiettare (o interiorizzare) le norme culturali nella forma di un Ideale-dell’Io sussidiario, mentre ciò che gli è vietato in una società malata, sotto pena di diventare lui stesso nevrotico o peggio. Per giunta, ogni uomo abbastanza razionale da adattarsi esteriormente a una società malata, *senza per questo interiorizzarne le norme*, proverà un tale disagio e conoscerà un tale isolamento da cercare alla fine di sfuggire da questa doppia vita, o lanciandosi in una ribellione inopportuna e quindi autodistruttiva, o costringendosi a conformarsi a norme che gli ripugnano assolutamente; e, per reazione di difesa, giungerà così a trasformarsi in un fanatico»¹⁴¹.

In una società funzionalmente equilibrata, gli individui tendono in modo conforme alle norme preponderanti, promuovendo in questo senso una dinamica di normalità. Tuttavia, in una società afflitta da disfunzioni o devianze, anche coloro che cercano consapevolmente di resistere all’assimilazione delle norme discordanti possono sperimentare un crescente senso di disagio. Questo conflitto interno generato dalla frattura tra le aspettative normative prevalenti e la propria percezione individuale, può gradualmente spingere l’individuo verso un processo di conformità, sebbene contorto e dissonante. La tesi di Devereux mostra l’individuo, indipendentemente dalla sua appartenenza culturale o dal suo stato di salute mentale, utilizza meccanismi di difesa simili per affrontare le sfide emotive e psicologiche¹⁴². La distinzione tra individui

¹⁴¹ Ivi, pp. 24-25.

¹⁴² Ivi, pp. 72. Il momento in cui si presenta una difficoltà nell’individuo o, meglio, quella che Devereux sostiene definire “crisi”, implica a sua volta una risoluzione della stessa volta a prevenire gli eccessi sintomatici e indubbiamente un processo di guarigione. L’autore fornisce una serie di esempi volti a illustrare le modalità specifiche di risoluzione in diversi contesti culturali. Viene menzionata la pratica tradizionale di mettere fine a una *crisi di latah* cessando di stimolare il soggetto coinvolto nonostante la consapevolezza da parte di quest’ultimo delle proprie azioni. In aggiunta, viene discussa la risoluzione delle risoluzioni delle crisi di amok attraverso l’atto di uccidere il “*corridore di amok*” ovvero una pratica che ha subito variazioni nel corso del tempo e delle culture. L’autore cita inoltre esempi di culture come gli Algonchini del Nord, i quali affrontano la crisi windigo con un profondo orrore e talvolta richiedono di essere uccisi per prevenirne l’esplosione. Devereux suggerisce che alcuni comportamenti estremi, come il suicidio, possono essere interpretati come tentativi di prevenire lo sviluppo di una psicosi acuta: in questo senso si delinea una corrispondenza tra i metodi sociali e clinici di gestione della crisi, evidenziando l’importanza di considerare sia gli aspetti culturali che quelli psicodinamici nel trattamento di tali disturbi. L’approccio proposto da Devereux è integrativo, questo infatti, non esclude la possibilità di classificare i disturbi in termini della nosologia psichiatrica tradizionale ma riconosce l’universalità dei processi psicodinamici nonostante le loro manifestazioni culturalmente diverse.

considerati “normali” e quelli considerati “anormali”, così tra come tra individui di diverse culture, non è basata unicamente sulla presenza o sull’assenza di tali meccanismi di difesa, ma piuttosto sulla struttura complessiva di tali meccanismi e sul peso relativo assegnato a ciascuno di essi all’interno della propria cultura.

Questa attribuzione di importanza relativa non è necessariamente un processo consapevole, quanto il risultato implicito dell’ambiente predominante. Da ciò si deduce da parte della psichiatria un’interpretazione¹⁴³ che opera con criteri di normalità che tendono ad essere considerati universali e assoluti basati su concetti come la maturità affettiva, il senso della realtà, la razionalità e la capacità di sublimare; tuttavia questi criteri possono essere influenzati da fattori culturali: ciò che è ritenuto normale e consono in una determinata cultura non potrebbe esserlo in un’altra, dunque sistemi di credenze, valori e norme sociali potrebbero modellare le aspettative in merito a comportamenti e azioni all’interno di una società¹⁴⁴.

Devereux contesta l’idea che un individuo possa essere considerato *culturalmente normale*¹⁴⁵ e quindi esente dal bisogno di un trattamento psichiatrico, la remissione di sintomi psicotici e nevrotici è strettamente legata al contesto sociale dello specifico individuo. L’autore propone in questo senso una terapia psicoterapeutica volta a evitare una de-etnicizzazione dell’individuo in virtù di una riduzione dei suoi tratti patologici del rispettivo adattamento culturale favorendo il riadattamento e preservando al contempo l’identità etnica. In supporto a ciò, anche Franco Basaglia (1924-1980) – attento lettore, all’epoca della sua formazione, dei maggiori esponenti della psichiatria fenomenologica – offre un contributo importante a questo dibattito mostrando come la soglia tra salute e malattia non è statica ma cambia in base alle condizioni storiche, sociali, politiche, economiche e culturali. Il superamento della dicotomia è reso possibile soltanto tenendo

¹⁴³ Ivi, p. 82. Pur riconoscendo l’utilità di tale approccio diagnostico nel rettificare diagnosi erranee, come nel caso specifico di un ex-combattente indiano inizialmente diagnosticato come schizofrenico, Devereux mette in guardia dall’adozione di norme diagnostiche “relativiste” che potrebbero compromettere la fornitura di adeguate cure psichiatriche.

¹⁴⁴ Ivi, p. 23. Nell’ambito della psichiatria, si è posto il caso dello sciamano, il quale, sebbene oggettivamente nevrotico, è talvolta considerato “autonormale” in quanto adeguatamente adattato al contesto culturale. Tale valutazione semplifica la diagnosi psichiatrica riducendola a una valutazione superficiale dell’adattamento. Tuttavia, questa prospettiva può condurre a circoli viziosi del processo di valutazione. Ad esempio, si può considerare il caso di un paziente durante e dopo la Seconda guerra mondiale, in cui il compito dello psichiatra tedesco variava a seconda dell’affiliazione politica del paziente, evidenziando così la fragilità di un criterio di adattamento basato esclusivamente su fattori culturali.

¹⁴⁵ Ivi, p. 82.

conto delle dinamiche di potere e dei processi istituzionali legati a ciò che in ogni contesto specifico danno una definizione di normalità e anormalità.

La questione assume un'interpretazione sociopolitica in quanto la presenza della malattia implica "la sospensione della vita normale" da cui decadono tutte le attività che rientrano nell'esistenza dell'individuo. Basaglia sottolinea come le definizioni di salute e malattia sono *relative*¹⁴⁶, poiché sono connesse alla "norma" o, meglio, al rapporto tra salute ed efficienza tra il corpo individuale e sociale. Si crea in questo senso una corrispondenza tra la salute dell'individuo e la capacità di svolgere attività lavorative. La salute diviene una "necessità produttiva"¹⁴⁷ essendo valutata in base all'efficienza lavorativa: in questo senso l'individuo malato è costretto a vivere la malattia come un'esperienza estranea rispetto alla vita quotidiana, dipendendo fortemente dalla scienza e sperimentando una completa identificazione con la condizione della malattia.

Diviene anche essenziale per Ernesto De Martino (1908-1965) soffermarsi sulla stessa dicotomia ricercando però una demolizione della coppia terminologica: senza questa premessa, la disciplina antropologica rischierebbe di adottare una prospettiva naturalistica e biologica che non tiene conto dei processi culturali, sociali e politici in virtù di un'interpretazione superstiziosa delle diverse forme e pratiche culturali. De Martino definisce l'opposizione tra salute e malattia come una *doppia menzogna*¹⁴⁸, in quanto introduce equivoci e interpretazioni erranee nell'ambito antropologico: l'unica modalità per distinguere la dicotomia è quella di tenere conto della *realtà storica*¹⁴⁹.

Ciò che accomuna la riflessione di questi autori emerge nella concettualizzazione della normalità-anormalità come fenomeno fluido e contestuale il cui significato è modellato da variabili culturali, storiche e sociali. Per avanzare oltre la stretta dicotomia tra salute e malattia, è necessario condurre un'analisi critica delle dinamiche di potere e sviluppare

¹⁴⁶ Ibid.

¹⁴⁷ Ibid.

¹⁴⁸ Ivi, p. 81.

¹⁴⁹ Ibid. De Martino tratta di questo concetto nel testo *Sud e Magia* (Milano, Feltrinelli, 1959; nuova ed. a cura di M. Massenzio e F. Dei, Torino, Einaudi, 2024), risultato di ricerche etnografiche svolte tra gli anni Quaranta e Cinquanta del Novecento in Lucania. Attraverso il concetto di *crisi della presenza*, l'autore si occupa di esaminare le esperienze esistenziali e sociali dalle quali emergono le rappresentazioni culturali e le pratiche simboliche della malattia, anche in relazione alla biomedicina, alla teologia e alla religione cattolica. Nella Lucania degli anni Cinquanta, la nozione di malattia è correlata al concetto di "fascinazione", che denota un senso di dominio su una persona, privandola della sua autonomia decisionale. De Martino, integrando l'esperienza della malattia alla cornice culturale della fascinazione, esplora una dimensione sociale e storica più ampia rispetto agli ambiti biomedici e religiosi.

una comprensione più approfondita delle esperienze umane nel contesto dei fattori culturali e sociali.

CAPITOLO 2: DAL DUALISMO SÉ-CORPO ALLA FENOMENOLOGIA CULTURALE

2.1 *Persona, corpo ed estraneità*

L'indagine sull'uomo e dunque sui criteri che caratterizzano l'esistenza umana è soggetta a un continuo mutamento che si adegua all'epoca storica presa in considerazione e ai relativi problemi che si pongono all'interno della stessa: ciò implica un problema di definizione e di comprensione. Questa continua rielaborazione della definizione di *individuo* è stata dimostrata da Louis Dumont¹⁵⁰ (1911-1998), il quale ha condotto un'analisi approfondita dello stesso termine mostrando come durante il cristianesimo l'idea di individuo fosse influenzata in modo significativo da considerazioni di natura religiosa. L'epoca moderna elabora invece una definizione di individuo che tiene conto dello sviluppo storico e delle implicazioni socioculturali che considera, cioè, il rapporto con la società come ciò che delinea lo statuto dell'individuo.

L'importanza di intraprendere un discorso attorno all'individuo consente di analizzare e comprendere la *persona*¹⁵¹ come entità complessa. Questo termine abbraccia una vasta gamma di rappresentazioni e descrizioni dell'essere umano, comprese le sue molteplici componenti come la coscienza, l'anima, il corpo e altri principi vitali presenti in ogni cultura e tradizione. La persona si definisce attraverso un concetto di *identità* che non riguarda solo una caratterizzazione di noi stessi in quanto esseri umani, ma si precisa rispettivamente nel rapporto con l'altro e nell'appartenenza a una determinata cultura. La definizione di identità proposta da Erik Erickson, ad esempio, concerne la continuità della

¹⁵⁰ R. Beneduce, *Breve dizionario di etnopsichiatria*, pp. 75-76. È centrale nell'opera dell'autore non solo definire l'individuo, ma individuarne anche il ruolo. Nel testo *Homo Hierachius* (1966) analizza le dinamiche legate al soggetto, al potere, al desiderio, alle gerarchie sociali, alle scelte affettive con diverse implicazioni simboliche e psicologiche. L'individuo, di conseguenza, viene osservato e considerato all'interno di diverse culture, tenendo presente anche le dinamiche migratorie e le pratiche di cura. In questa direzione, Dumont mostra come negli studi africani sull'essere umano si prediliga il termine "persona" rispetto alla parola "individuo", evidenziando una prospettiva più orientata verso l'interazione sociale e il legame comunitario.

¹⁵¹ Ivi, p. 94. Marcel Mauss è stato il primo a offrire un contributo significativo allo studio antropologico e all'analisi comparativa di questo concetto, introducendo una distinzione tra "persona" e "personaggio", particolarmente utile nelle ricerche sui culti della possessione. Gli studi sulla rappresentazione della persona hanno evidenziato inoltre la minore legittimità della categoria di "individuo" nelle società non occidentali.

persona sia a livello temporale che spaziale, che riguarda sia il suo passato che il suo futuro¹⁵².

L'identità di un essere umano può essere considerata sia come l'esito un processo culturale, sia come capacità individuale di realizzarsi all'interno di una società. Questo concetto si basa su un'interpretazione della cultura che varia da società a società: l'educazione e le norme imposte all'interno di un determinato contesto sociale differiscono da quelle di altri, pertanto, la costruzione dell'identità personale corrisponde all'identità di una determinata società.

Ciò permette di interpretare l'uomo da un punto di vista sia teorico che pratico: da un lato, di analizzare, cioè, la sua esistenza come un puro vissuto, e dall'altro di soffermarsi invece sul concetto di corpo inteso non solo come confine *io-pelle* – per citare la formula adottata dallo psicanalista Didier Anzieu – ma come espressione dell'esistenza umana. La definizione di corpo appare così dinamica e mutevole, ricca di storia e culturalmente costruita, caratterizzata e definita a seconda dell'epoca storica in riferimento: questo concetto è intrinsecamente legato alla nostra percezione, e rappresenta un elemento fondamentale a partire dalla nostra identità e dalle interazioni con il mondo circostante. In questa prospettiva, la riflessione assume un *sensu orizzontale*, attraverso l'indagine su un rapporto intersoggettivo¹⁵³ che implica la conoscenza degli oggetti del mondo, e un *sensu verticale* che sottintende l'ambito relazionale, che tratta, cioè non solo la conoscenza di sé stessi, ma il rapporto con l'altro.

Come spiega il fenomenologo tedesco Bernhard Waldenfels, il *Leib* va concepito come un'«entità corporea che si sottrae continuamente ai rispecchiamenti della coscienza e si oppone alle nostre iniziative»¹⁵⁴, i mutamenti relativi al nostro corpo sono frutto di un'influenza continua della cultura e della natura, che educa in virtù di un'identità che si configura all'interno della società. Solitamente tendiamo a circoscrivere il concetto di

¹⁵² Ivi, pp.74-75. L'idea di etnia benché criticata per la sua genealogia spesso arbitraria, ha dimostrato di possedere un notevole potere performativo: anche se costruita, una volta interiorizzata, l'etnicità può contribuire alla formazione di un senso di appartenenza culturale e di identità diventando un elemento fondamentale delle risorse di un gruppo e soggetta a manipolazioni impreviste. Il concetto di etnia se esposto a un eccessivo rischio di reificazione, possono diventare delle "camicie di forza" a discapito di altri aspetti dell'identità individuale come il genere, l'età, la classe sociale, e ciò può avere conseguenze tragiche, come dimostrano tragici esempi di pulizie etniche e genocidi in diverse parti del mondo. Questo contesto ha portato a un approccio sempre più prudente e critico nella nozione di identità etnica che assume la caratteristica di essere il risultato di più processi complessi e interattivi rispetto che naturali o fissi.

¹⁵³ V. Melchiorre, *Corpo e persona*, Genova, Marietti, 1987, p. VII.

¹⁵⁴ B. Waldenfels, *Grundmotive einer Phänomenologie des Fremden*, Frankfurt a.M, Suhrkamp, 2006; trad. it. di F. Menga, *La fenomenologia dell'estraneo*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2008, p. 31.

corpo alla sua superficie cutanea, limitando in questo senso la definizione dello stesso a un aspetto puramente fisico; questo approccio trascura però, il suo vissuto, i suoi mutamenti, la gestualità e le espressioni che contribuiscono significativamente ad arricchire la nostra comprensione di cosa voglia dire essere individuo.

Waldenfels sottolinea come la modernità avrebbe definito il concetto di corpo intrecciandolo all'interpretazione matematica della natura l'accentuazione dell'individualismo. Questa dinamica ha contribuito a sviluppare un discorso monodirezionale riguardante sia il corpo che il soggetto. Ciò è ben visibile con Cartesio, ove «è l'io pensante che si riferisce alle cose»¹⁵⁵, ovvero, l'io si confronta con il mondo circostante: ciò sviluppa da un lato una concezione secondo cui alcuni oggetti sono considerati parte integrante dell'io, mentre altri sono considerati come esterni ad esso (*res extensa*). La concezione cartesiana prevede una separazione ontologica in cui l'uomo è definito come *res cogitans* e il corpo, dunque, non costituisce la nostra essenza più profonda. La consapevolezza dell'esistenza implica sempre l'essere consapevoli di una coscienza come condizione primaria, irriducibile a qualsiasi altra affermazione. In questa prospettiva il corpo, sebbene sembri essere strettamente legato a noi, non è irriducibile come la coscienza e quindi non si identifica con essa, o comunque non è sostanzialmente legato ad essa¹⁵⁶; questo pone un problema fondamentale, cioè di come si possa:

«contraddistinguere un determinato corpo fisico quale corpo fisico che mi è proprio (*Corpus meum*) e di come io possa scoprire se ci sono altri corpi *fisici* (*Körper*) che sono animati da altri spiriti»¹⁵⁷.

Il mio corpo personale (*Leib*), in questa concezione, appare simultaneamente sia rivelato che nascosto: nel momento in cui si sperimenta il dolore, il nostro corpo ci appare distaccato da noi, anche se in realtà esso ci appartiene.

Ora, l'attenzione all'*esperienza sensoriale* e all'*uso del linguaggio* ci permette di mettere in discussione questa visione dualistica, sottolineando come sia proprio il soggetto, grazie al suo corpo – in una continua fase di intromissione – a interagire con le cose e con gli altri individui: senza l'uso dei nostri cinque sensi sarebbe impossibile avere

¹⁵⁵ Ivi, p. 80.

¹⁵⁶ Cfr. V. Melchiorre, *Corpo e persona, op. cit.*, p. 53. Cartesio, quando pone una riflessione sullo spirito, non distingue delle parti, ma concepisce ciò come un'entità unica e completa.

¹⁵⁷ B. Waldenfels, *La fenomenologia dell'estraneo, op. cit.*, p. 80.

delle relazioni comunicative e fisiche. Tuttavia, questa concretizzazione rimane incompleta, poiché si presume sempre che ci sia qualcuno o qualcosa che sia «*incarnato e corporeizzato (inkorporiert und verleblicht)*»¹⁵⁸, senza che questo sia completamente corpo (*Leib*) in ogni sua parte. Questo scenario apre la possibilità a una seconda riflessione, la quale permette di concepire la potenziale reintegrazione di noi stessi in uno spirito universale: potremmo trovarci a esplorare la totalità degli esseri all'interno del nostro essere, assimilando ciò che inizialmente era all'esterno del nostro corpo come qualcosa all'interno di noi stessi. Le tracce di questo dibattito – che vedono da un lato, con Cartesio¹⁵⁹, un dualismo tra spirito e corpo, e con Hegel, una fusione del corpo come totalità dello spirito – persistono nelle discipline scientifiche e umanistiche.

Nonostante i benefici metodologici ed esperienziali di tale prospettiva, rimane aperta la domanda su come l'essere umano debba essere considerato da due punti di vista diversi: ogni forma di monismo, sia fisica che biologica, incontra delle difficoltà quando si confronta con altri esseri umani che non sono solo oggetto di osservazione e descrizione, ma che interagiscono direttamente con noi attraverso la comunicazione.

L'approccio dualistico proposto da Cartesio deve essere abbandonato in virtù di una riscoperta dell'esperienza umana che consenta di distinguere il corpo come oggetto semplice dal corpo come presenza soggettiva: il *Körper* dal *Leib*. Questa distinzione è stata ampiamente sviluppata dalla fenomenologia husserliana, ma – precisa Melchiorre – è stata definita da Antonio Rosmini (1797-1855):

«noi possiamo percepire il nostro corpo con una percezione “extra soggettiva”, ossia quel tipo di percezione che coglie anche gli altri corpi e cioè tutti i corpi che costituiscono per l'uomo un che di oggettivo, oppure con una percezione “soggettiva”, con un “sentimento fondamentale” del proprio sé. E così quando noi percepiamo il nostro corpo come una cosa con noi; egli diventa in tal modo, per l'individua unione con lo spirito nostro, soggetto anch'egli senziente: e con verità si può dire che egli è da noi *sentito come senziente*»¹⁶⁰.

Nell'atto di percepire il proprio corpo nella stessa modalità in cui si percepiscono gli altri corpi esterni, attraverso i nostri cinque sensi, il corpo diventa estraneo al soggetto poiché distinto dalle sue capacità sensoriali. In questa modalità percettiva, il corpo proprio cessa

¹⁵⁸ Ivi, p. 80.

¹⁵⁹ Ivi, p. 91.

¹⁶⁰ A. Rosmini, *Nuovo saggio sull'origine delle idee*, vol. II, sez. V, p. V, c. III, art. IV, Celuc, Milano 1972.

di essere percepito come dotato di sensibilità per essere, oggettivato attraverso i suoi attributi: viene dunque trattato come un oggetto percettivo capace di generare sensazioni in noi, ma non di sperimentarle in sé stesso.

La percezione del corpo non diviene solo un'esperienza corrente ma addirittura *vissuta*¹⁶¹, Husserl afferma che è sempre lo stesso soggetto che vive, sente, pensa e desidera l'esperienza: l'io non si manifesta come qualcosa "annesso al corpo" o come entità in uno spazio o in un tempo oggettivi, ma è il mondo intero caratterizzato dalle forme di spazio e tempo. Il movimento del corpo diviene l'espressione diretta di qualcosa di non oggettivo e di irriducibile alla mera corporeità: ogni qualvolta ci concentriamo sulla nostra percezione comprendiamo anche l'esistenza dell'altro o, meglio, di un'entità cosciente che non ammette divisioni. Come Husserl sosteneva che l'esperienza del tempo presuppone una temporalità dell'esperienza, così anche l'esperienza del corpo implica una corporeità dell'esperienza:

«siamo pur sempre portati ad "una certa falda unitaria e coerente" che è in definitiva l "correlato trascendentale dell'esperienza" ed ha quindi come tale "funzione di fondamento". Questa "falda unitaria" non è in qualunque corpo (*Körper*), ma appunto "il mio corpo, corpo umano, *corpus (Leib)*, al quale riferisco le mie esperienze»¹⁶².

La riflessione fenomenologica appare fondamentale in quanto il mio corpo può sembrarmi un corpo tra gli altri, può essere oggettivato in una certa misura ma mai completamente: anche quando esso si orienta verso sé stesso, deve sempre fare riferimento ad un *punto zero*¹⁶³, a un "qui" che rimane insensibile all'oggettivizzazione.

Appare fondamentale soffermarsi su un altro elemento strettamente importante per la tradizione fenomenologica ovvero la distinzione tra *essere corpo* e *avere corpo*¹⁶⁴. Se accettiamo, con Helmuth Plessner, che questi due elementi siano intimamente intrecciati, ci troviamo di fronte a una differenza che appartiene alla stessa sfera del corpo e che quindi non lo nasconde, ma ne costituisce l'essenza: la nostra esperienza corporea,

¹⁶¹ Ivi, p. 57. Le variazioni nella sensazione corporea possono essere molteplici, ma ciò che permane costante è il senso d'identità cosciente. È vero che, come sottolineato da Husserl e Merleau-Ponty, possiamo distinguere tra una mano che sente e una mano che è sentita, ma c'è anche un'intercambiabilità in questa percezione: la mano che è sentita può a sua volta essere percepita come sensibile, e viceversa. In ogni caso, ciò che si ripresenta costantemente è la stessa identità soggettiva.

¹⁶² Ivi, p. 40.

¹⁶³ Ivi, p. 75. "Punto zero" (*Nullpunkt*) indica per Husserl il punto iniziale e il fondamento di riferimento dell'intera comprensione prospettica fenomenologica.

¹⁶⁴ Ivi, p. 82.

dunque, non si limita alla mera percezione fisica, ma si estende proprio a partire da questa. Un corpo che “ha” sé stesso, dunque che è soggetto ad *avere*, crea una sorta di interiorità separata dal resto del mondo. L’uso del verbo “avere” consente di evidenziare la differenza ontologica tra un corpo inanimato (che semplicemente “è”) e un corpo vivente in generale. Per un semplice corpo fisico, il verbo “essere” sembra essere sufficiente: qualsiasi oggetto è identificabile ontologicamente. Tuttavia, solo per un corpo vivente, che è a sua volta un ente individuabile onticamente, si può affermare che “ha” realmente delle caratteristiche, delle proprietà, delle parti, e così via. Il verbo “avere” è utilizzato per indicare una particolare costituzione dell’ente, in cui l’essenza del corpo si trova nel punto di connessione tra le sue parti, come se fosse distinta dall’unità degli organi, eppure sovrapposta ad essa, rappresentando ciò a cui il corpo si riferisce come il proprio “sé”¹⁶⁵.

Il corpo, in rapporto con la malattia¹⁶⁶, viene definito da Roberto Beneduce come «un’idioma appropriato per descrivere il malessere e costituisce *per sé* un’infinita e generalmente efficace (poiché condivisa) riserva di metafore»¹⁶⁷. Sia l’espressione di un sintomo che l’assenza dello stesso dicono molto sul nostro corpo, considerandolo dunque come il *miglior veicolo per comunicare*¹⁶⁸.

La consapevolezza del ruolo del proprio corpo permette di spostare l’attenzione su quello che è presente al di fuori di noi, che potremmo definire l’altro e che non è da confondere con l’alterità¹⁶⁹, ma ciò che è al di fuori di noi ma si relaziona, esiste e comunica come noi. Nei confronti dell’estraneo, gli individui si avvicinano in due diversi modi: da un lato, esercitando una curiosità nei confronti del diverso al fine di comprendere noi stessi, dall’altro, concependolo come una minaccia che condurrebbe all’alienazione della nostra identità. La mancata conoscenza di noi stessi diviene in questo caso lo strumento per non capire l’altro: ciò agisce sul modo di interpretare l’altro e

¹⁶⁵ Una prima introduzione generale della questione, si veda l’articolo di Vallori Rasini, *Il fatale privilegio di essere uomini. Sensi e corpo in Helmuth Plessner*, “Studi di estetica”, anno XLIV, IV serie, 1/2016, pp. 150-151.

¹⁶⁶ R. Beneduce, *Mente, persona, cultura. Materiali di etnopsicologia*, p. 97. Occorre precisare che, quando noi parliamo di malattia dobbiamo scindere il corpo tra ciò che riguarda il malessere psicologico e quello fisico.

¹⁶⁷ Ivi, p. 129.

¹⁶⁸ Ibid. Occorre precisare che il corpo appare come un mezzo di espressione profondamente radicato e condiviso, capace di condividere la sofferenza in modalità che vanno oltre al linguaggio convenzionale.

¹⁶⁹ B. Waldenfels, *La fenomenologia dell’estraneo*, p. 133. Il concetto di “estraneità” spesso viene confuso con quello di “alterità” (*Andersheit*), e in altre lingue occidentali che non possiedono un termine così ricco come “fremd” in tedesco, la questione dell’estraneità viene trattata come principalmente come “question of the other” o “question de l’autre”. Spesso il concetto di “alterità” viene associato a quello di diversità e questo tende a generare una confusione concettuale che non dà vero rigore all’estraneità.

sull'atteggiamento con cui ci poniamo nei suoi confronti, e di conseguenza l'esperienza che facciamo dell'altro.

L'estraneità si riferisce a ciò verso cui proviamo timore, poiché si manifesta in una modalità di espressione, una prospettiva e un comportamento diverso dai nostri. L'etnopsichiatria cerca di indagare in che modo il corpo risponde alla sofferenza e lo fa tenendo in considerazione la cultura: in questo senso occorre notare in che modo ciò che avviene tra le diverse culture conferisce una qualità unica all'estraneo¹⁷⁰.

Il problema fondamentale dell'estraneo inizia dal momento in cui cerchiamo di definirlo, il termine tedesco *fremd* (estraneo)¹⁷¹ si manifesta in una serie di derivazioni e forme linguistiche come «*fremdling*, forestiero, *fremde*, estero, *Fremdsprache*, lingua straniera, *fremdeln*, lo stranirsi del bambino davanti agli estranei, *Entfremdung*, alienazione oppure, *Verfremdung*, estraniamento»¹⁷². Quando ci imbattiamo nella traduzione della parola "fremd" in altre lingue, ci troviamo di fronte a una complessità che rivela tre diversi significati e contrasti. In prima istanza questo indica ciò che è al di fuori del nostro ambito personale, ciò che è esterno si contrappone a «*qualcosa di interno* (*xenon*, *externum*, *extraneum*, *étranger*, *stranger*, *foreigner*)»¹⁷³. In secondo luogo, si tratta di ciò che è di proprietà di altri, in contrasto con ciò che appartiene a noi; questo concetto è riflesso anche nel termine *alienatio*, spesso tradotto con il termine "alienazione" in contesti giuridici, clinici e sociali. Infine, il termine *Fremd* denota ciò che è diverso rispetto al suo modo di essere «strano, spaesante, inconsueto (*xenon*, *insolitum*, *étrange*, *strange*)»¹⁷⁴. I tre contrasti evidenziati – esterno/interno, estraneo/proprio, strano/familiare – riflettono rispettivamente un senso di luogo, di appartenenza e comprensione. È importante notare come lo stesso contenuto possa essere percepito come estraneo in un contesto e non in un altro, come ad esempio la casa di un vicino che ci è familiare nonostante non ci appartenga, o un collega straniero con cui collaboriamo strettamente.

¹⁷⁰ Ivi, p. 129. L'etnologia e l'antropologia culturale, attraverso l'esplorazione dell'altro, hanno dato vita a una disciplina specifica dedicata allo studio dell'estraneità. In questa direzione si può parlare di *scienza dell'estraneo*.

¹⁷¹ Ivi, p. 132.

¹⁷² Ibid.

¹⁷³ Ivi, p. 133.

¹⁷⁴ Ivi, p. 132.

Il punto di partenza per capire l'estraneo sta nell'esperienza¹⁷⁵, nel cercare di comprendere cosa accade in relazione a *qualcosa* o *qualcuno*, che non implica necessariamente uno sguardo profondo verso l'incontro ma anche il cambiamento che si genera in rapporto all'altro: l'esperienza dell'estraneo mette in luce una parte di noi che era rimasta nella penombra o addirittura ignorata¹⁷⁶. La scoperta dell'altro è una questione antichissima che prende le mosse dalla dialettica Platonica. Waldenfels ci mostra come l'estraneo sia «un fenomeno di confine per eccellenza»¹⁷⁷, dotato di un proprio luogo, e che le considerazioni che si creano attorno al proprio ruolo derivino dall'ordine che diamo alla nostra vita, alla nostra esperienza, ai nostri costumi. La limitazione a definire l'estraneo è dettata puramente da un criterio di *inclusione ed esclusione*¹⁷⁸, la mia presenza è definita dove l'altro non può esserci e viceversa, l'estraneità è un luogo dove io non sono e non posso essere ma in cui sono presente in modo tale da renderlo impossibile: la singolarità dell'estraneo non è da confondere con la semplice particolarizzazione, in cui qualcosa di generale viene specificato. Di conseguenza, l'estraneo è analizzato in relazione all'*inaccessibilità dell'esperienza* e alla *non appartenenza* a un determinato gruppo: il primo va a indicare ciò che risulta essere estraneo a me stesso, mentre nel secondo caso sono gli altri a costituire ciò che è estraneo. In questa direzione possiamo distinguere tra *estraneità culturale* ed *estraneità sociale*: entrambe si influenzano reciprocamente, poiché la cultura si manifesta come processo sociale e la socializzazione è mediata a sua volta da simboli culturali.

Questa esperienza di inclusione ed esclusione è ciò che viene definito da Husserl come l'*esperienza dell'estraneo*: si crea un discorso intorno all'inaccessibilità dell'inaccessibile, di un'appartenenza alla non appartenenza, di un'incomprensibilità nella comprensibilità. Tuttavia, questo non implica né che ci sia qualcosa che non possiamo comprendere, altrimenti ci troveremmo nell'irrazionalismo, né che ci sia

¹⁷⁵ Ivi, p. 65. La riflessione sull'esperienza che si configura in presenza dell'estraneo, si interseca con il modo in cui noi decidiamo di affrontare tale estraneità. Ciò implica il concetto di *responsività*, il quale, a sua volta, non può prescindere da considerazioni etiche. Tuttavia, l'etica responsiva, orientata da questo principio, rivela una profondità più significativa rispetto a una semplice filosofia morale, basata su comandamenti, diritti o valori. Senza un momento di ambiguità morale non condurremmo un'analisi sull'estraneo, i sistemi etici rischiano di trasformarsi in una forma di conformismo senza autenticità.

¹⁷⁶ A questo proposito appare utile citare l'opera "*Il ramo D'oro*" di James George Frazer, testo che si propone d'indagare le credenze e le pratiche religiose di diverse culture e civiltà del mondo. L'antropologo occupandosi dello studio dell'origine delle civiltà, mostra come le prime credenze sociali hanno condizionato l'evoluzione delle pratiche culturali.

¹⁷⁷ B. Waldenfels, *La fenomenologia dell'estraneo*, p. 16.

¹⁷⁸ Ivi, p. 135.

qualcosa che non possiamo “ancora” o “più” comprendere, presupponendo una comprensibilità universale¹⁷⁹. Bernhard Waldenfels riflette proprio sul concetto di estraneità *radicale*¹⁸⁰, ovvero quel tipo di estraneità che non può essere ridotta al familiare né ordinata all’interno di una totalità e che in questo senso assume il carattere di irriducibilità. La radicalità consiste, da un lato, nell’esprimere che il sé è fuori di sé, che ogni ordine è dunque circondato dall’ombra dell’extraordinario, mentre dall’altro, l’accettazione di questa estraneità consiste in un vero e proprio superamento della nostra visione di estraneità relativa, che si configura in diversi ambiti quali la filosofia, la religione, la politica e la cultura in generale.

L’esperienza dell’estraneo non si riduce semplicemente al contrasto tra il proprio corpo e l’estraneo o, meglio, tra ciò che caratterizza la mia esistenza e ciò che caratterizza l’esperienza altrui. Il concetto di “proprio” che contemporaneamente emerge dall’estraneo e che deriva dalla separazione da esso, appartiene ad un territorio intermedio che è sempre il risultato di un processo di differenziazione, più o meno complesso e variegato¹⁸¹.

La distinzione tra “proprio” ed “estraneo” non si basa esclusivamente sulla distinzione tra “identico” e “altro”: la nostra identità si radica nel nostro sé, che può essere caratterizzato da fattori fisici, etnici o culturali e viene distintamente mantenuto attraverso il linguaggio¹⁸². Da ciò deduciamo che l’esperienza dell’estraneo ha origine in noi stessi e non al di fuori, non siamo mai radicati in noi stessi. Ciò che ci caratterizza in quanto

¹⁷⁹ Ivi, p. 137. Al contrario, un’esperienza autentica dell’estraneità, se esiste, non presenta carenze superabili. Piuttosto, significa che l’assenza e la lontananza fanno parte dell’essenza stessa dell’estraneo come “assenza in carne ed ossa” per Sartre, come “forma originaria dell’altrove” per Merleau-Ponty come “non-luogo” del volto estraneo per Lévinas.

¹⁸⁰ Ibid.

¹⁸¹ Ivi, pp. 139-140. Nel contesto interpersonale e interculturale non è presente un concetto di estraneo assoluto o totale; infatti, non avremmo la possibilità di percepire una lingua come completamente estranea in quanto le lingue come la cultura, presentano forme di affinità elettiva e inimicizia. Inoltre, la mescolanza tra culture mette in discussione ogni idealizzazione di purezza familiare, nazionale, razziale e culturale. Le modalità in cui le epoche e le culture trattano l’estraneo, attraverso un’accettazione o repulsione dello stesso, mostrano la diversità delle forme di estraneità che non possono essere ricondotte a un’unica categoria.

¹⁸² Occorre precisare che spesso l’uso predominante del linguaggio dell’identità nasconde delle realtà complesse, come la possibilità che qualcuno provi dolore senza identificarsi necessariamente come sofferente, o si senta minacciato come estraneo senza dover individuare un avversario specifico.

individui concerne il fatto di parlare una lingua, di agire attraverso una propria libertà e di abitare il proprio corpo senza però mai rivendicarlo come una proprietà¹⁸³:

«che il proprio e l'estraneo si intreccino non significa che entrambi si inseriscano in un ordine complessivo o sottostiano a un ordine fondamentale. La richiesta dell'estraneo, che ci coglie nell'esperienza estranea, giunge da altrove: essa ha qualcosa di extraterritoriale che deterritorializza anche noi stessi»¹⁸⁴.

L'estraneità intesa come inaccessibilità e non appartenenza rende vani tutti i tentativi di mediazione o appropriazione: l'estraneo è qualcosa non solo che sta al di fuori di noi ma anche di quello che noi definiamo come il nostro ordine¹⁸⁵. L'estraneità non cancella completamente ciò che nella tradizione moderna è stato definito come "soggetto" e "razionalità", ma ci porta a vedere che nessuno è mai completamente a proprio agio con sé stesso e con il proprio mondo inteso non solo come esperienza personale, ma anche come esperienza culturale nel modo più naturale di esprimersi, come vita personale e collettiva. Dal momento in cui si paragona l'estraneo con il "terzo", abbiamo a che fare con un individuo che gioca un ruolo specifico nelle interazioni umane: nessuna parola e nessuna azione possono prescindere dall'intervento del terzo, che infatti può assumere diverse forme e funzioni. L'estraneo, in quanto "extraordinario" oltrepassa lo spazio di possibilità di un ordine che si può definire impossibile¹⁸⁶. La riflessione è condotta tenendo presente dell'avvento della globalizzazione.

Tuttavia, le dinamiche interculturali non vanno considerate come radicalmente diverse da quelle che si manifestano tra individui: l'*estraneo* non riguarda solo gli altri, la sua

¹⁸³ Ivi, p. 147. Freudianamente possiamo rivendicare la frase che "l'uomo non è padrone in casa propria": il perturbante si insinua nella nostra casa interiore, non solo all'esterno delle nostre mura. Così come l'estraneità interpersonale ha origine dall'estraneità intrapersonale, l'estraneità interculturale ha origine dall'estraneità intraculturale.

¹⁸⁴ Ibid.

¹⁸⁵ Ivi, p. 136. *L'inaccessibilità* e la *non appartenenza* si riferiscono a condizioni specifiche di accesso e appartenenza, e si distinguono dalle normalità vigenti; come un'anomalia rispetto alla normalità. L'estraneità si manifesta come un eccesso che supera le attuali convenzioni di senso e legge, deviando da esse. Ogni esperienza dell'estraneo diviene un'esperienza di contrasto che mette in discussione l'ordine esistente e richiede una modalità indiretta del discorso e dell'azione. Prima di essere tematizzata, l'estraneità si manifesta come senso di inquietudine, disturbo o turbamento, che può assumere diverse sfumature affettive, come stupore o angoscia. Se l'estraneità si manifesta in diverse modalità, anche attraverso azioni che non sono sotto il controllo dell'individuo, questo può generare una razionalizzazione violenta che cerca di eliminare la contingenza e la casualità della nostra esperienza e ragione.

¹⁸⁶ Ivi, pp. 34-35.

comprensione e il suo superamento inizia da aspetti che sono presenti in noi stessi. Dovremmo considerare con particolare attenzione il concetto di interculturalità poiché i fenomeni e i processi che emergono dall'interazione di culture non possono essere ridotti alla presenza di gruppi con caratteristiche distintive o attributi confrontabili. Al di là delle culture non esiste uno spazio neutro «da consentirci uno sguardo panoramico imparziale e illimitato»¹⁸⁷. Le mancanze di una visione multiculturale semplicistica sembrano essere superate solo in apparenza quando si tenta di cancellare i confini tra le culture: questo può avvenire sia considerando le singole culture come componenti di una cultura più ampia, sia applicando ad esse criteri che vanno oltre i confini naturali. Se consideriamo il concetto di *interculturalità*¹⁸⁸ – come avviene nel caso dell'intersoggettività in Husserl e in Maurice Merleau Ponty – si tratta di una zona intermedia che non può essere né ridotta, né assimilata, né integrata in una totalità; inoltre, non può essere soggetta a leggi universali:

«ciò che ha luogo fra di noi non appartiene né a ciascun singolo né a tutti quanti insieme. In tal senso si costituisce una terra di nessuno, una regione di confine, che collega e separa allo stesso tempo. Ciò che così si presenta nella sola misura in cui si sottrae all'afferramento proprio lo denominiamo estraneità»¹⁸⁹.

Possiamo pensare ad un paragone tra il concetto di interculturalità e il ruolo del concetto di mondo nella fenomenologia husserliana: un'autentica interculturalità richiede di riconoscere la distinzione della nostra cultura da quella straniera. così Husserl contrappone il mondo proprio al mondo estraneo. Questa distinzione non impedisce la possibilità di processi quali la pluralizzazione, universalizzazione e globalizzazione; tuttavia, tali processi presuppongono un'esperienza dell'estraneità a cui «non potranno mai risalire»¹⁹⁰.

Waldenfels, in ultima istanza, precisa che:

¹⁸⁷ Ivi, p. 130. L'autore precisa che non possiamo sottrarci alla nostra cultura in quanto non possiamo sottrarci né dalla nostra lingua, né dal nostro corpo. Questo tipo di approccio limita la comprensione, trasferendo su una mappa geografica ciò che lo storicismo del XIX secolo ha fatto storicamente e temporalmente.

¹⁸⁸ Ivi, p. 131.

¹⁸⁹ Ibid.

¹⁹⁰ Ibid.

«la cultura estranea, al pari della propria, è più di una cultura delle altre, più di una cultura parziale o di un campo d'azione per le leggi universali. Se questo “plusvalore” viene cancellato, allora ci poniamo sul piano inclinato di un'appropriazione unilaterale dell'estraneo o di un livellamento delle differenze fra proprio ed estraneo. E fino a oggi, di tali tentativi, nella nostra cultura occidentale, non si è certo registrata la mancanza»¹⁹¹.

Rispetto alla complessità delle interazioni tra diverse culture, l'autore si propone di adottare un atteggiamento di apertura di fronte al semplice confronto e alla comparazione. Il mancato riconoscimento del valore delle culture esterne porta a ridurne l'importanza cadendo in una visione omogenizzante dell'altro. Questo può portare a processi di appropriazione culturale, in cui si tende a “prelevare” selettivamente elementi culturali da contesti estranei, senza una piena comprensione o riconoscimento del loro significato o valore di appartenenza originario.

2.2 La cultura del corpo: dall'antropologia di Mauss alla fenomenologia di Merleau-Ponty

Così come esiste una fisiologia del corpo, potremmo dire che esiste una fisiologia della cultura che condiziona il modo in cui il corpo interagisce con l'ambiente circostante. In questa prospettiva, il corpo non è solamente un veicolo per manifestare uno stato di salute o malattia, ma rappresenta anche un mezzo di espressione culturale, in quanto incarna una serie di credenze, comportamenti e pratiche prescritte dalla società. Occorre in questo senso analizzare il tema del corpo attraverso l'interazione di due discipline fondamentali: l'antropologia e la filosofia. L'antropologo Marcel Mauss¹⁹² (1872-1950) ha introdotto il concetto di *sociologia del corpo*, il quale si distingue per la sua natura interdisciplinare. La prospettiva di tale sapere è caratterizzata da una riflessione che integra elementi provenienti da discipline quali l'antropologia, la psicologia, la sociologia e la pedagogia.

¹⁹¹ Ibid.

¹⁹² Cfr. M. Fimiani, *Marcel Mauss e il pensiero dell'origine*, Napoli, Guida, 1984, p. 7.

Occorre precisare che il pensiero di Mauss si sviluppa in un secolo di cambiamenti soggetto ad un declino culturale europeo: in questa direzione l'autore si occupa di analizzare le pratiche sociali e culturali dell'essere umano.

L'analisi dell'individuo e del suo rispettivo corpo non si limita alla semplice considerazione della struttura sociale nella quale essi sono immersi, ma viene approfondita partendo dall'educazione culturale¹⁹³ che tali individui ricevono.

Nel 1936, Mauss rende pubblica la relazione *Le tecniche del corpo*¹⁹⁴, nella quale – seguendo le tracce del pensiero di Émile Durkheim, che aveva analizzato l'uomo come *homo duplex* – elabora il concetto di “uomo totale” e si focalizza sulla nozione di simbolo. Se l'individuo è completamente immerso nella società, il simbolo corrisponde a un sistema di valori e norme che si riferiscono allo stesso contesto. L'obiettivo dell'opera di Mauss è quello di mettere in luce un aspetto trascurato, ovvero la *dimensione incarnata* della cultura. L'autore afferma che esistono conoscenze legate al corpo che non solo contribuiscono a formare la corporeità stessa, ma incarnano anche aspetti fondamentali della cultura. Il corpo diviene il tramite attraverso cui si manifesta la connessione sociale: il suo simbolismo non si limita al linguaggio verbale, ma si estende alle tecniche corporee che vanno oltre le espressioni emotive, coinvolgendo una vasta gamma di fenomeni che caratterizzano e distinguono gli individui all'interno della società.

Di conseguenza, ogni gesto e azione corporea costituisce un'importante finestra attraverso la quale è possibile comprendere il tessuto sociale: le tecniche del corpo si integrano con la capacità della psicologia sociale di “dire qualcosa”¹⁹⁵ sulla società partendo dalle osservazioni quotidiane fino ad arrivare alle considerazioni umane di diversa natura. Marcel Mauss – allontanandosi da una concezione riduzionistica del corpo e soffermandosi sulle modalità con cui l'uomo fa suo il corpo e lo utilizza – ha il merito di suggerire agli psicologi l'importanza dei modelli intermedi che la società offre agli individui fungendo da ponte tra pensiero razionale e le emozioni.

Con l'espressione *tecniche del corpo*¹⁹⁶ Mauss fa riferimento ai vari modi in cui gli individui, a partire dai diversi contesti sociali e a seconda della tradizione di riferimento, si appropriano dei rispettivi corpi: il corpo, dunque, non è semplicemente un'entità esistente e reale, ma piuttosto un prodotto storico e culturale. Questo corpo, in quanto

¹⁹³ Con l'espressione educazione culturale si intende l'insieme delle conoscenze, delle competenze e delle abitudini che vengono impresse nell'individuo.

¹⁹⁴ É. Durkheim, *Les techniques du corps*, “Journal de Psychologie”, XXXII, 3-4, (1936); trad. it. e cura di M. Fusachi, *Le tecniche del corpo*, Pisa, ETS, 2018.

¹⁹⁵ Ivi, p. 16.

¹⁹⁶ Ivi, pp. 31-35. Per elaborare questa definizione Mauss afferma di dover fare un procedimento dall'astratto al concreto. Siamo abituati a pensare ad oggi alle tecniche come un processo che include l'apprendimento e l'educazione, ogni tecnica però assume una propria forma.

spazio fisico e soggetto di esperienza, si rivela anche come un oggetto primario di socializzazione attraverso il quale gli individui imparano e interiorizzano le norme, i valori e le pratiche della società in cui sono immersi¹⁹⁷.

Potremmo concepire la definizione di corpo fornita da Mauss secondo una triade caratterizzata da una funzione strumentale, di libertà e di sopravvivenza: il corpo è il primo elemento che si relaziona con la natura e la sua specificità sta proprio nell'ottenere un risultato fisico rispetto al movimento del corpo¹⁹⁸. Le azioni motorie e posturali che ogni individuo assume costituiscono una chiave di comprensione della diversità culturale, evidenziando il ruolo della tradizione nel plasmare tale pluralismo. I codici presi in riferimento di ogni cultura sono sia taciti, incarnati e passano nel canale della pratica: anche occuparsi del corpo stesso diventa una tecnica del corpo. In questo senso il corpo diviene la sintesi delle tensioni sociali che l'hanno prodotto, all'interno delle stesse ritroviamo quei comportamenti che risultano essere efficaci, giusti e opportuni all'interno di una società. Le tecniche del corpo vanno a definire un *linguaggio socialmente prodotto*¹⁹⁹, il quale racchiude una combinazione di azioni che si traduce in quello che Mauss chiama un "montaggio di atti" in cui le tecniche si integrano facilmente in un sistema condiviso, basato sulla concezione della coscienza come una rete di collegamenti simbolici: la tecnica diviene una simbolizzazione tramandata dalla tradizione che permette il propendere del corpo a movimenti fisici e meccanici²⁰⁰.

La naturalità del corpo è resa palese a partire dal modo in cui l'uomo ne fa uso: questo appare come il primo strumento di espressione umana, oltre che assumere una funzione di oggetto tecnico e mezzo tecnico in sé: ciò non significa tuttavia svilire il corpo a mero strumento tecnico e quindi di considerare chi lo abita come "separato"²⁰¹ da una dimensione simbolica o interamente immerso in essa – evitando di confondere il piano

¹⁹⁷ Al contempo, l'autore rivela ai sociologi il ruolo decisivo della psicologia individuale quale mediatore complesso tra soggetto corporeo e struttura sociale più ampia: l'essenza dell'essere umano, comprendente non solo la mente ma anche il corpo, diventa il teatro in cui si manifestano i desideri irrazionali, i bisogni emotivi e le aspirazioni sociali.

¹⁹⁸ Cfr. M. Fimiani, *Marcel Mauss e il pensiero dell'origine*, op. cit., p. 149. Mauss fa un paragone tra tecnica e magia: la tecnica infatti è un'azione tradizionale, ma di natura propriamente meccanica o fisica, questa viene definita dall'autore come la serie di "azioni tradizionalmente organizzate per produrre un effetto meccanico, fisico o chimico e riconosciute come tali". Questo discorso implica che antecedentemente all'atto corporeo vi sia un atto tecnico: la funzione della tecnica come processo di acquisizione originale di natura trasformata, sia essa la natura del corpo vivente o quella esterna, rappresenta un passaggio incontestabile nel percorso storico e culturale degli esseri umani.

¹⁹⁹ Ivi, p. 150.

²⁰⁰ Ibid. Nasce una correlazione tra il movimento del corpo e l'espressione linguistica.

²⁰¹ M. Mauss, *Le tecniche del corpo*, op. cit., p. 24.

simbolico con quello morale. Se da un lato il concetto di tecnica si rifà all'uso strumentale e alla libertà espressiva, dall'altro concerne il legame con l'uso che gli individui fanno del proprio corpo all'interno di un contesto sociale, offrendo una prospettiva alternativa al determinismo biologico e alla concezione ereditaria dei comportamenti fino ad allora predominante.

Il corpo diviene un oggetto socioculturale, soggetto a variazioni spaziali e temporali, in cui ogni gesto e movimento, sebbene derivante da una configurazione biologica individuale, passa attraverso il filtro della società di appartenenza²⁰². Le tecniche del corpo diventano quindi risultato di un apprendimento graduale, mediato dall'imitazione e dall'educazione: ciò coinvolge *imitazione ed emulazione*²⁰³ e dipende da fattori quali età, genere e posizione sociale dando origine a una varietà di tecniche corporee che riflettono le specificità culturali di ogni società²⁰⁴. La ripetizione di un determinato comportamento «non è mosso da un principio animale ripetitivo» o «da un'anima sensibile direzionata»²⁰⁵, bensì da abitudini e convenzioni culturalmente radicate, intessute in una trama tecnica che trasforma il corpo in uno spazio derivato²⁰⁶.

Il concetto di *habitus*²⁰⁷ viene introdotto per la prima volta negli insegnamenti di Aristotele sugli *hexeis*, nell'ambito della virtù per indicare la disposizione alla conoscenza autentica. Successivamente, Edmund Husserl, nella sua tradizione fenomenologica, riprende e sviluppa il concetto di *habitus*. L'autore esplora questo termine attraverso due poli principali: il primo riguarda l'atteggiamento epistemologico, che si concentra sulle modalità attraverso cui l'individuo acquisisce e struttura la conoscenza; il secondo

²⁰² Mauss evidenzia che azioni come nuotare, camminare, dormire o riprodursi non possono essere analizzate esclusivamente da un punto di vista naturale, poiché sono manifestazioni storicamente e socialmente determinate.

²⁰³ Emerge che gesti e posture sono atti che riprendiamo per imitazione, ma che variano a seconda della società presa in riferimento.

²⁰⁴ Ivi, p. 43. L'azione si impone dall'esterno, anche nel caso si tratti di un gesto puramente biologico che riguarda il proprio corpo; l'individuo comunque adotta una sequenza di movimenti che compongono l'azione eseguita davanti a lui o insieme a lui da altri: nell'atto dell'imitazione che ne deriva, si mescolano l'elemento psicologico e quello biologico.

²⁰⁵ M. Fimiani, *Marcel Mauss e il pensiero dell'origine*, op. cit., p. 149.

²⁰⁶ Mauss deriva una divisione da queste tecniche del corpo che concerne da una *distinzione tra sessi, età, rendimento, trasmissione della forma delle tecniche*.

²⁰⁷ M. Mauss, *Le tecniche del corpo*, op. cit., p. 41. Il concetto di *habitus* va oltre al contesto sociale preso a riferimento: esso non indica infatti solo l'abitudine, la facoltà aristotelica. Esso comprende invece "abitudini" non fisse, ma variabili non solo tra individui attraverso le loro imitazioni, ma soprattutto da un punto di vista sociale: l'educazione, le convenzioni sociali, le mode e il prestigio sono gli elementi chiave dello sviluppo delle stesse.

riguarda la dimensione pratica, che esamina il modo in cui le disposizioni culturali e sociali influenzano i comportamenti e pratiche quotidiane.

Da un lato, in linea con il progetto fenomenologico, l'habitus è collocato esplicitamente all'interno dell'ego puro: questo assume la forma di un principio di costanza o coerenza con sé stessi, in quanto il soggetto è capace, per sua natura, di conseguire obiettivi costanti e permanenti. D'altro canto, in altri testi, Husserl sembra adottare un approccio diverso, allineandosi più ad una teoria del sé empirico piuttosto che ad una teoria del sé trascendentale. L'autore enfatizza in questo senso il ruolo dell'esperienza nel formare l'habitus, inteso come modo di conoscere che si sviluppa attraverso il confronto diretto con le regolarità del mondo sociale. Questo tipo di conoscenza non segue necessariamente le stesse logiche della conoscenza cognitiva, ma piuttosto si concentra sull'abilità di agire e sulle decisioni prese nel contesto delle situazioni quotidiane: questa modalità di comportamento, indicata comunemente con il termine "esperienza", è caratterizzata da un'attività pratica e valutativa, più che una da semplice cognizione o giudizio²⁰⁸.

Il concetto di habitus ha trovato espressione anche nel linguaggio adottato dalla sociologia emergente con autori come Durkheim e Weber: Mauss ha approfondito il concetto di habitus, dimostrando come esso modelli le azioni quotidiane degli individui. Le tecniche del corpo sono state quindi esaminate seguendo uno schema biografico ed evidenziando come vengono utilizzate dagli individui nella loro vita quotidiana. Seppure Mauss sottolinei l'importanza del ruolo del gruppo sociale, è importante notare come il concetto di tecniche del corpo tenda a ridurre il corpo a un indicatore culturale: uno strumento e un "attrezzo" di comunicazione osservato "da lontano", estratto dal contesto effettivo in cui tali tecniche si apprendono, si manifestano e si vivono. L'autore afferma infatti che «*si possiede un corpo e si è un corpo*»²⁰⁹ dunque, per dedurre ciò, il corpo che

²⁰⁸ P. Bourdieu, *Sociologie générale*, vol. I. *Cours au Collège de France (1981-1983)*. *Habitus - Champ*, Paris, Seuil, 2019; trad. it. a cura di C. Pizzo, *Sistema, habitus, campo. Sociologia generale*, vol. II, Milano, Mimesis, 2015, pp. 11-13. Occorre specificare che l'autore sviluppa ulteriormente il concetto di habitus nelle scienze sociali, sottolineando il ruolo del sociale nella formazione dell'individuo e l'importanza dell'incorporazione delle condizioni sociali oggettive nella pratica quotidiana: questo concetto ha permesso di rileggere l'esperienza individuale del corpo all'interno di un contesto socioculturale più ampio, considerando il corpo come parte integrante della pratica sociale e del sapere incorporato nella vita quotidiana.

²⁰⁹ M. Mauss, *Le tecniche del corpo*, op. cit., p. 25.

osserva è sempre un corpo osservato e presente, con tutte le implicazioni che ciò comporta.

Anche Pierre Bourdieu analizza il concetto di *habitus* concentrando l'attenzione sul valore e sull'incorporazione di tali apprendimenti nel tessuto stesso della persona: le tecniche del corpo non si limitano a essere semplici pratiche fisiche, ma incorporano un intero sistema di valori che permea il corpo come una matrice generatrice. Secondo Bourdieu, l'*habitus* riflette il potere del contesto sociale e culturale dell'individuo, agendo come deposito di credenze e pratiche sedimentate; questo potere non si manifesta passivamente sul corpo, ma si esprime attivamente attraverso strutture che influenzano il comportamento e le rappresentazioni del soggetto, contribuendo così alla riproduzione culturale.

L'*habitus* genera un'obbedienza implicita, guidando le azioni in conformità con le aspettative della società; le pratiche risultanti sono considerate spontanee e naturali, riflesso di una corrispondenza tra l'individuo e il sistema socioculturale in cui è immerso. Questa corrispondenza non deriva da una scelta deliberata, bensì dall'adattamento alle norme sociali dominanti. La nozione di *habitus* è concepita proprio per spiegare il fenomeno per cui gli individui possono aderire a un ordine senza averne deliberatamente voluto l'adesione²¹⁰. La stessa costituisce altresì un tentativo di rispondere alla questione fondamentale riguardante l'esistenza del sociale che si presenta sotto forma di "entità". Questo si manifesta in due modalità distinte: da un lato, emerge attraverso processi di acquisizione e internalizzazione²¹¹. Dall'altro lato, l'*habitus* emerge nella sua espressione concreta quando l'individuo, pur avendo una dimensione biologica che può essere considerata separatamente, interagisce e si immerge nel contesto sociale. L'*habitus* denota questa duplice relazione, che rappresenta sia un processo di socializzazione sia un modo permanente e duraturo di interagire con il mondo sociale, una trasformazione duratura del biologico.

Questo approccio trova un'estensione naturale nelle opere di Maurice Merleau-Ponty, specialmente nel concetto di "corpo proprio" e nell'analisi del corpo abituato come mezzo di interazione con il mondo circostante. Merleau-Ponty pone le basi per una *futura*

²¹⁰ P. Bourdieu, *Sistema, habitus, campo*, op. cit., p. 50.

²¹¹ Ivi, p. 37. Gli individui sociali sono plasmati dalle condizioni sociali ed economiche e dunque, come indicato da Husserl, sono soggetti a continui mutamenti attraverso l'esperienza in questo senso ciò è verificabile con l'accezione di *habitus*.

*prospettiva ontologica*²¹², che mette al centro l'indagine sull'essere umano e la sua esperienza percettiva e che sappia superare l'intellettualismo e l'empirismo²¹³ in virtù di un approccio riduzionistico²¹⁴. L'autore riflette su come la fenomenologia sia evoluta in una *fenomenologia genetica* questo poiché essa tiene insieme una riflessione che tocca l'aspetto linguistico, percettivo, motorio e simbolico dell'esperienza. Il concetto di corpo viene analizzato nella *Fenomenologia della percezione* in un'ottica che ne critica la visione meccanicistica: il corpo è interpretato, da un lato, come "corpo oggettivo", ossia come entità soggetta alle condizioni biologiche, e dall'altro corpo proprio, da intendere come il mio corpo vissuto, che obbedisce alle mie volontà e alle mie passioni. L'autore esamina il problema della *genesì del mondo oggettivo*, che interroga l'esperienza percettiva o, meglio, come si possa avere "un in sé per me". La comprensione di tale genesì richiede un'analisi che parta dalla soggettività corporea: lo studio del corpo permette infatti di comprendere i *fili intenzionali* che lo collegano al mondo circostante e che permettono la comprensione sia del soggetto che percepisce sia del mondo che viene percepito. L'idea di esperienza preoggettiva, secondo Merleau-Ponty, circoscrive un campo di fenomeni legati all'attività percettiva e motoria.

L'individuo si trova attivamente immerso nel mondo e proprio attraverso il suo corpo esprime il mondo circostante: l'autore propone un'idea di *situatezza*²¹⁵ in cui persiste un'interconnessione indissolubile tra l'individuo, il soggetto e il contesto corporeo e ambientale in cui si trova. Il nostro corpo, che ci consente di interagire con il mondo, è allo stesso tempo ciò che limita la nostra esperienza, dunque, l'ambiguità dell'esistenza nel mondo si riflette nell'ambiguità del corpo, il quale a sua volta si comprende attraverso l'ambiguità del tempo. Se vogliamo comprendere l'esperienza percettiva, dobbiamo considerare la temporalità come fondamentale poiché da essa derivano sia gli aspetti "psichici" che "fisiologici".

²¹² L. Vanzago, *Merleau-Ponty*, Roma, Carocci, 2012, p. 51.

²¹³ Ivi, p. 56.

²¹⁴ M. S. A., Ferraz, *Perception et culture chez Merleau-Ponty*, "Philosophiques", 35(2), 2008, p. 297. Occorre specificare che Merleau-Ponty si rifà alla *riduzione fenomenologica* husserliana, vale a dire scredita la conoscenza del mondo oggettivo per studiare solo le esperienze soggettive. Contrariamente ad Husserl, tuttavia, la riduzione operata da Merleau-Ponty non lo porta al soggetto trascendentale puro, ma rende esplicita l'organizzazione spontanea degli oggetti percepiti secondo le strutture della percezione concreta.

²¹⁵ L. Vanzago, *Metamorfosi. La questione dell'espressione nella filosofia di Merleau-Ponty*, "Lebenswelt", 9 (2016), pp. 31-47.

Il corpo soggettivo in questo senso non deve essere considerato come un oggetto, ma come parte integrante del nostro essere nel mondo:

«non posso osservare il mio corpo proprio come osservo gli oggetti. Il suo essere sempre percepito è allora una delle condizioni definitorie del corpo proprio, ma al contempo questa exteriorità non è quella propria dell'oggetto. La permanenza di un oggetto è transitoria e soggetta a variazioni, che sono rese possibili, che sono rese possibili dalla permanenza assoluta e originaria che "è" il corpo proprio. È esso a rendere possibile quel campo di presenza primordiale entro cui possono presentarsi o assentarsi oggetti, cioè presenza e assenza possono prodursi.»²¹⁶.

Merleau-Ponty afferma che «io concepisco il mio corpo come oggetto-soggetto»²¹⁷; questa dualità fa sì che il corpo può essere definito per mezzo della sua dualità: da un lato, capace sia di percepire (o vedere) dall'altro di provare sofferenza. Tuttavia, ciò potrebbe provocare un'ambiguità nella percezione del proprio corpo: infatti, l'incompletezza, la marginalità, l'ambiguità nella percezione del mio corpo non influenzano la sua concezione fondamentale; piuttosto, esse diventano caratteristiche distintive dei contenuti della coscienza che compongono la nostra rappresentazione corporea. Queste prendono il nome di *sensazioni doppie*²¹⁸ poiché sono costanti e affettive.

La rappresentazione del corpo rimane un tipo di rappresentazione simile a quella degli oggetti, e di conseguenza il corpo stesso viene considerato come un oggetto tra gli altri.

La *spazialità del corpo*²¹⁹ proprio non corrisponde allo spazio geometrico-fisico oggettivo, poiché il corpo proprio non è semplicemente un insieme di organi nello spazio, ma piuttosto un sistema interno ed esterno. Questa peculiarità è dovuta alla struttura dello

²¹⁶ L. Vanzago, *Merleau-Ponty, op. cit.*, p. 54.

²¹⁷ M. Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 1945; trad. it. di A. Bonomi, *Fenomenologia della percezione*, trad. it. di Andrea Bonomi, Milano, Bompiani, 2018, p. 146.

²¹⁸ Ibid.

²¹⁹ Ivi, p. 213. L'analisi della spazialità corporea richiede la comprensione dell'unità del corpo stesso e il modo di agire dello stesso. Le differenti componenti anatomiche del corpo umano e i movimenti ad esse connessi non operano in maniera semplicemente coordinata, bensì interagiscono reciprocamente per conseguire specifici obiettivi funzionali. I movimenti corporei sono distribuiti in modo spontaneo tra le varie parti anatomiche coinvolte al fine di ottenere il risultato desiderato. Inoltre, afferma Merleau-Ponty, l'esperienza sensoriale del corpo umano va al di là della mera percezione visiva, come dimostrato dalla capacità di *visualizzare* parti anatomiche non direttamente visibili, nonché dall'insorgere di fenomeni quali le allucinazioni relative al volto o alla scrittura propria. Ciò implica che la percezione corporea non si circoscrive esclusivamente al limite della dimensione visiva, ma coinvolge differenti parti anatomiche a livello sensoriale.

*schema corporeo*²²⁰, la quale dà un significato pratico e un senso alla nostra esperienza del mondo. Infatti, non solo percepiamo il nostro corpo, ma percepiamo sempre anche il nostro corpo in relazione al mondo circostante. In questa direzione l'autore va oltre il concetto cartesiano dell'*io penso* in virtù di una sostituzione dall'*io sono*, suggerendo che questo movimento diventa un elemento intrinseco dell'esperienza umana. Questo implica che il corpo crea dei punti di riferimento spaziali e temporali assoluti diventando il punto di origine dei movimenti²²¹. Il corpo viene definito dall'autore in base al *geometrico conoscitivo*²²², o meglio, come l'asse intorno al quale le forme dell'esistenza si manifestano in varie direzioni, dall'alto verso il basso, da vicino o da lontano. Riprendendo le riflessioni di Husserl, che aveva analizzato il *qui* e sulle sue direzioni fondamentali: questo non comporta che il mondo delle cose e la loro spazialità siano definiti unicamente da questa relazione, ma l'*io* che si riconosce in un corpo si percepisce contemporaneamente come parte di una molteplicità di contesti che concepisce il proprio spazio come parte di uno spazio infinito. L'esistenza delle cose infatti è indipendente alla percezione, ma indubbiamente senza di questa non potremmo avere una conoscenza certa della nostra percezione corporea e di conseguenza dare un senso allo spazio e alle cose che lo rappresentano. L'apertura del mio sguardo alle cose di certo costituisce l'elemento chiave per percepire le stesse, ma questa è anche un'attitudine intenzionale che non coincide sempre con la stessa parte del corpo e che agisce in modi distinti²²³.

Merleau-Ponty tratta della complessa relazione che si instaura tra lo spazio corporeo e lo spazio universale che ogni prospettiva individuale delimita: nella comprensione dello spazio corporeo abbiamo a che fare con uno spazio intellegibile, il quale però non ha esistenza se isolato dallo spazio orientato della nostra percezione corporea. Lo spazio intellegibile incarna una manifestazione dello spazio orientato della nostra percezione

²²⁰ L. Vanzago, *Merleau-Ponty, op. cit.*, p. 54. Lo schema corporeo racchiude tutte le esperienze che derivano dalla nostra originaria interazione con il mondo attraverso il corpo. Ad esempio, quando acquisiamo un'abitudine, il processo non è più soltanto di natura intellettuale, ma il corpo assume un ruolo predominante. Anche le più piccole variazioni dei nostri movimenti possono avere un impatto significativo sul mondo circostante, e di conseguenza, influenzare la nostra esperienza esistenziale: il corpo diventa un mezzo espressivo.

²²¹ Ivi, p. 57. Ogni istante del movimento comprende l'intera estensione temporale e spaziale: in particolare l'inizio del movimento stabilisce il legame tra un qui e un là, tra un adesso e un futuro che altri momenti svilupperanno. Poiché agisco nel mondo attraverso il mio corpo, lo spazio e il tempo non sono concepiti come una serie di punti separati, né come una serie infinita di relazioni che la mia coscienza sintetizza e nelle quali il corpo è coinvolto.

²²² V. Melchiorre, *Corpo e persona, op. cit.*, p. 65.

²²³ Ivi, p. 67.

corporea: infatti, senza di questa la sua esistenza avrebbe poco senso. Questa prospettiva riguarda sia la dimensione spaziale che temporale: la prima concerne il fatto che lo spazio corporeo può diventare parte dello spazio oggettivo solo se contiene un elemento dialettico che lo trasforma in uno spazio universale. Ciò, implica un movimento dialettico che va oltre la mera percezione corporea e dona un senso più profondo di identità. Il discorso sul tempo sottintende che ogni prospettiva contiene sia elementi visibili che invisibili, presenti e futuri, che si manifestano come una sorta di tensione verso ciò che non è ancora visibile ma implicito nella nostra esperienza²²⁴.

Ciò che noi non percepiamo in maniera completa ci porta a concepire un discorso attorno al concetto di *trasgressione percettiva*²²⁵, la quale è determinata dalla consapevolezza di una totalità, d'essere più ampia e dalla comprensione che ciò di cui siamo complici in una percezione indica solo una parte di questa totalità indicando quindi un'ulteriore realtà che va al di là della nostra percezione immediata. Seppur non dichiarato in modo evidente, la cultura appare come lo sfondo su cui si innescano le attività e le esperienze degli individui. Diviene spontaneo chiedersi in che modo, in Merleau-Ponty, la cultura possa influire in ambito percettivo e motorio.

Questa analisi è stata condotta dall'antropologo Thomas Csordas, il quale, mosso dall'esigenza di stabilire un nuovo paradigma antropologico dell'incorporazione prende in considerazione i testi principali di Merleau-Ponty per dimostrare come gli oggetti culturali percepiti non siano soggetti a un processo di ontogenesi ma siano costituiti nel flusso di vita adulta. Attraverso un'accurata analisi del terzo capitolo di *La struttura del comportamento* (1942), Merleau-Ponty dopo aver analizzato la natura degli ordini fisici e vitali, afferma che l'attività umana è caratterizzata da relazioni di individui che a loro volta derivano da stimoli oggettuali e culturali che danno vita a un codice di comportamento. Il carattere culturale della percezione è qualcosa di innato nei primi anni di vita e poi confermato attraverso i gesti umani e gli oggetti culturali, poiché, la percezione non assimila una natura oggettiva come trattata invece dalle scienze esatte²²⁶.

Merleau-Ponty rivela una sorta di ambiguità nell'ordine umano: nonostante i soggetti stabiliscano strutture sociali o culturali in cui vivono la loro vita, la coscienza umana può

²²⁴ Cfr. M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, op. cit., p. 194.

²²⁵ Ivi, p. 65.

²²⁶ M. S. A. Ferraz, M. S. A. (2008). *Perception et culture chez Merleau-Ponty*, "Philosophiques", 35(2), p. 299.

eccedere in queste strutture negandole come determinanti e affermandosi come mezzo universale. Nella *Fenomenologia della percezione* l'autore dimostra come l'attività percettiva non sia legata all'ambiente culturale, poiché il processo di *organizzazione percettiva* è qualcosa di innato nell'essere umano in quanto facente parte di «ordinamenti naturali del soggetto psicofisico»²²⁷ e si caratterizza come fase antecedente rispetto all'apprendimento culturale. Da ciò l'autore deriva che l'attività percettiva assume un carattere *preculturale*. Per comprendere il corpo in relazione alla cultura, si compie una distinzione tra ciò che è il corpo come oggetto e il corpo come vivente, cioè l'elemento chiave che persiste in una continua interazione con l'ambiente. Se la percezione diviene un'attività corporea, assume allora la caratteristica di essere un'attività incarnata. Tuttavia, va notato che l'attività percettiva è un tipo particolare di abilità corporea, poiché essa genera un campo di fenomeni organizzati in modo rigido che non ammette variazioni.

Questa rigidità implica che ciò che viene percepito è un tessuto composto da relazioni indipendenti delle scelte personali o variabili culturali. Il campo dell'esperienza corporea preoggettiva sembra implicare una relatività culturale che ci permette di notare come da un lato, il ritorno all'ambito esclusivamente percettivo metta in evidenza dei fenomeni accomunati da una rigidità espressa che sembra estranea alla diversità culturale, mentre dall'altro, il ritorno all'esperienza corporea non rivela risultati univoci, ma piuttosto una pluralità di usi del corpo. Il fenomenologo sostiene che il corpo stesso non si manifesta solo come un mezzo per una spazialità antropologica legata a particolari modi di vivere le situazioni affrontate, ma prima di tutto come un contesto comune e oggettivo, evidente nell'esperienza quotidiana.

L'introduzione del corpo nel mondo naturale implica, anche se implicitamente, la sua immersione «prima in un mondo naturale che traspare sempre sotto l'altro»²²⁸. In realtà, l'esistenza umana si svolge in modi basati su un *mondo naturale* e questo mondo, al di là della relatività culturale, sarebbe proprio quello fornito dall'attività percettiva. Pertanto, Merleau-Ponty non considera soltanto la percezione come un nucleo impermeabile alla cultura, ma sottomette ad essa ogni attività corporea, fondando così la molteplicità dei risultati dell'espressività del corpo sull'universalità silenziosa del campo percettivo. La

²²⁷ Ivi, p. 304.

²²⁸ Ivi, p. 305.

creazione dei diversi contesti culturali dipende da un terreno universale preliminare, cioè un campo in cui la natura fenomenica si manifesta secondo un'espressività inalienabile, presentando il campo preoggettivo come preculturale. In questo senso, anche se ci riferiamo alle descrizioni dell'uso del corpo di Merleau-Ponty appare impossibile interpretare il preoggettivo così come viene presentato nella fenomenologia della percezione come culturalmente denso, poiché il fenomenologo subordina tali descrizioni al primato dell'attività percettiva come organizzazione preculturale di un mondo fenomenico condiviso universalmente.

2.3 La fenomenologia culturale: il ruolo dell'incorporazione nella società

L'approccio fenomenologico merleau-pontiano indirizza verso l'analisi dell'esistenza umana. Da ciò emerge come l'analisi dell'uomo muova verso un'analisi del corpo che non si limita alla sua mera manifestazione materiale, ma si rivela in un'indagine più profonda che mira a definire l'esistenza attraverso i tratti distintivi della soggettività e dell'esperienza umana. Se l'esistenza dell'individuo è definita in virtù della presenza e assenza di quest'ultimo nel mondo, ciò dà luogo a un discorso attorno al concetto di *esistenza* e di *corporeità*.

Le diverse interazioni culturali degli ultimi secoli hanno determinato e influenzato la relazione tra individuo e ambiente²²⁹, ridefinendo il ruolo della *presenza* – per utilizzare le parole di Ernesto De Martino²³⁰ – come la capacità di riunire esperienze e memorie nelle coscienze contemporanee, rappresentando una forma di protesta che, oltre a possedere un valore terapeutico per gli individui coinvolti, si caratterizza per la sua dimensione politica e storica. La “presenza” di un corpo è definita dall'incorporazione di abitudini, di culture, ma anche di stati d'animo caratteristici della propria cultura, acquisiti attraverso un processo corporeo di esperienza²³¹. Questa presenza decade nel momento

²²⁹ Cfr. G. Pizza, *Antropologia medica, op. cit.*, p. 37.

²³⁰ Ivi, pp. 40-41. Nella sua opera “Il mondo magico” del 1948, De Martino esplora approfonditamente i comportamenti e le manifestazioni corporee osservati in contesti culturali diversi in tutto il mondo. I comportamenti analizzati, noti con termini differenti come “latah” in Malesia, “Olon” tra i Tungusi dell'Asia centro-settentrionale e “Imu” tra gli Ainu di Hokkaido in Giappone, presentavano similitudini significative nelle loro manifestazioni, nonostante le variazioni nella nomenclatura culturale. L'antropologo osservò come tali comportamenti, spesso interpretati come devianti o legati a disturbi mentali, rappresentassero complesse espressioni corporee.

²³¹ Ivi, p. 38. De Martino riporta l'esempio dello sciamano nelle culture dell'Asia centro-settentrionale e delle Americhe, che incorpora una pluralità di spiriti e trasmette la sua funzione di guaritore. Lo sciamano

in cui l'individuo interrompe la continuità delle proprie azioni quotidiane, generando una radicale incertezza nella propria esperienza storica e determinando quindi una *crisi della presenza*. Ciò è indispensabile per comprendere in quale contesto relazionale si collocano la crisi della presenza e l'analisi del termine *incorporazione*²³² e in che modo, dunque, tutto ciò che è stato acquisito nel tempo attraverso l'esperienza, possa svanire creando un'instabilità esistenziale. Se il corpo è costantemente influenzato dalle forze sociali e culturali, esso non diviene solo soggetto passivo di leggi naturali, ma anche di conoscenza, di esperienza e di discorso.

Questa prospettiva sfida la concezione cartesiana del corpo inteso come mero oggetto governato dalla mente e critica altresì i modelli della medicina psicosomatica, i quali riducono i disturbi corporei a manifestazione di conflitti psichici. Il concetto di incorporazione si lega ad un'analisi politica e si definisce come un campo costruito ed esperito alla frontiera di forze economiche, sociali e ideologiche spesso in conflitto.

Qui emergono chiaramente delle riflessioni politiche sul concetto di corpo: autori come Nancy Scheper-Huges e Margaret Lock evidenziano come la sfera corporale si caratterizzi come un "corpo politico"²³³. Inoltre, anche le riflessioni, rispettivamente, di Antonio Gramsci e Micheal Foucault hanno illuminato ulteriormente il dibattito sulla nozione di incorporazione, mostrando come le forze di dominio operino attraverso il "governo" dei corpi e come in questo territorio si possano esprimere forme di contestazione e strategie contro-egemoniche.

La nozione di incorporazione²³⁴ valorizza l'interconnessione tra l'interpretazione della sofferenza da parte di pazienti e medici e "l'esperienza storica" dei rapporti sociali e di potere. Se il disagio è radicato nell'esperienza umana, allora esso assume una forma di conoscenza incorporata nei soggetti, una conoscenza che diviene comprensibile soltanto tenendo conto dell'analisi della realtà storica che appare essere il riflesso nel linguaggio

acquisisce legittimità e prestigio attraverso un percorso iniziatico che include il superamento volontario del proprio disturbo come segno di vocazione e della sua capacità di affrontare dolore e sofferenza sia propria che altrui.

²³² R. Beneduce, *Breve dizionario di etnopsichiatria*, op. cit., pp. 60-62. L'espressione "embodiment" ha conosciuto svariati utilizzi, come ad esempio in riferimento al concetto di possessione, dove vengono riprodotti i ricordi e i conflitti incorporati dei dominati o dei discendenti degli schiavi, o alle condizioni di povertà e miseria, con riferimento all'"incorporazione delle disuguaglianze". Attraverso gli studi di Pierre Bourdieu e di Achille Mbembe, si è rinnovata l'analisi degli habitus e degli stili, contribuendo a evidenziare la complessità delle dinamiche corporee nella società contemporanea.

²³³ Ibid.

²³⁴ G. Pizza, *Antropologia medica*, op. cit., p. 46.

corporeo delle persone. L'incorporazione, dunque, determina ed evidenzia la base corporea ed esperienziale su cui si fondano le nostre rappresentazioni della realtà naturale, sociale e storica. Uno degli esempi etnografici più attinenti che mette in luce l'importanza esistenziale, sociale e politica dell'incorporazione nell'individuo, emerge dallo studio da Setha M. Low sui "nervios"²³⁵, ovvero, i nervi, in Costa Rica e Guatemala.

Esso viene definito come una categoria particolare di malattia che si colloca a metà strada tra i "saperi biomedici" e i "saperi popolari". Il termine "niervos" è spesso associato a esperienze di malessere vago e difficilmente definibile, come evidenziato dalle espressioni "crisi di nervi", "sentirsi nervosi" o dalle nozioni biomediche di "nevrastenia" e "nevrosi", polarizzate nell'espressione "esaurimento nervoso". Gli individui che soffrono di queste condizioni utilizzano un linguaggio articolato per descrivere il loro disagio, il quale spesso sfugge alla categorizzazione tradizionale, poiché si tratta di una forma di sofferenza sociale incorporata. Nonostante le rappresentazioni biomediche o genetiche dei nervios nell'esperienza reale, le cause del malessere sono sempre di natura sociale ed emotiva²³⁶. Il malessere provato dall'individuo incorpora conflitti e disuguaglianze sociali e politiche, dalle tragedie familiari al terrorismo politico, dalle esperienze belliche alla fame. Tuttavia, essa può essere anche una forma di controllo sociale, nella misura in cui nasconde le motivazioni sociopolitiche dietro a una spiegazione medica ufficiale o popolare.

L'incorporazione diviene inoltre un principio metodologico, o addirittura, come proposto da Thomas Csordas, un *paradigma* per l'antropologia. Questo porta allo sviluppo di una nuova prospettiva teorico-grafica volta a criticare non solo le dicotomie tradizionali²³⁷ tra mente-corpo e soggetto-oggetto, ma anche tutte le opposizioni che ne derivano, come quella tra natura e cultura, o materia e spirito. Il lavoro di Csordas prende le mosse, da un lato, dall'interpretazione che Merleau-Ponty dà del concetto di percezione, e dall'altro dal modo in cui Pierre Bourdieu ha fondato la sua teoria socio-

²³⁵ Ivi, pp. 43-46.

²³⁶ Ibid. In questo studio è stato dimostrato che l'etichetta "nervios" viene applicata a una vasta gamma di sensazioni, emozioni o comportamenti, come paura, tremore, pianto, insonnia, perdita di appetito, sensazioni di caldo o freddo, palpitazioni e crisi di autolesionismo, caratterizzate inoltre da convulsioni violente e urla. Low dimostra che l'esperienza vissuta dei nervios incorpora la sofferenza legata a fattori economici, sociali e politici, con il corpo che funge da mediatore tra l'individuo e la società, rappresentando le forze sociali.

²³⁷ Ibid. L'adozione completa del concetto di incorporazione come principio di analisi delle forme di vita culturali significa superare la visione dualista che considera il corpo e la mente come entità separate o interagenti in modo separato.

antropologica della pratica. Tali prospettive ci spingono a superare le distinzioni convenzionali tra soggetto e oggetto, permettendo di esaminare come l'esperienza e le rappresentazioni culturali si oggettivano attraverso un processo corporeo continuo: la percezione corporea e sensoriale della realtà costituisce dunque il fondamento dell'esperienza umana.

L'incorporazione costituisce la base esistenziale ed emotiva dei processi storici, delle dinamiche sociali e delle produzioni culturali, comprese le nozioni di identità individuale, benessere e malessere. Ciò plasma la nostra soggettività e le stesse esperienze corporee, facendo sì che il corpo diventi un prodotto storico, cosicché la storia, in questo modo, può essere vista come un processo corporeo. Comprendere la realtà storica come il risultato di azioni corporee ci aiuta a cogliere come tutti i tentativi di esprimere la propria capacità di agire, così come quelli di influenzare la capacità di agire degli altri, si basano sull'esperienza incorporata degli attori sociali.

Le relazioni di dominio e potere si manifestano *attraverso e sui* corpi. Le esperienze corporee possono essere interpretate come forme di incorporazione della conoscenza, basata sulla percezione della realtà esterna che contribuiscono alla formazione delle nostre percezioni e pratiche relative alla salute e alla malattia. Se consideriamo come «l'incorporazione rappresenti una condizione esistenziale, in cui il corpo è la fonte soggettiva e il terreno intersoggettivo dell'esperienza»²³⁸, ne consegue che esaminare l'incorporazione non equivale a trattare il corpo in sé come qualcosa di separato, ma significa piuttosto, occuparsi della cultura e dell'esperienza umana nella prospettiva in cui queste possono essere comprese dal punto di vista dell'essere-nel-mondo corporeo. Thomas J. Csordas si propone di affrontare questa tematica sotto la categoria che definisce *fenomenologia culturale*, ovvero

«un approccio volto ad unire l'immediatezza dell'esperienza incorporata e la molteplicità dei significati culturali in cui siamo sempre e inevitabilmente immersi»²³⁹.

²³⁸ Thomas J. Csordas, *Embodiment and Cultural Phenomenology*, in G. Weiss, F. H. Haber (eds.) *Perspectives on Embodiment. The Intersections of Nature and Culture*, London, Routledge, 1999, p. 143-162; trad. it. di Claudia Mattalucci-Yilmaz, *Incorporazione e fenomenologia culturale*, "Antropologia", 3 (2003), p. 19.

²³⁹ Ibid.

L'obiettivo di Csordas è quello di analizzare il corpo tenendo conto della complementarità delle coppie testualità e incorporazione e rappresentazione ed essere-nel-mondo. Per comprendere il modo flessibile in cui Csordas elabora questa prospettiva originale, occorre far riferimento alla sua analisi dell'opera del 1947 intitolata *Do Kamo. La personne et le mythe dans le monde mélanésien* di Maurice Leenhardt²⁴⁰ – antropologo e missionario cristiano sensibile alle realtà esistenziali della vita neocaledoniana – che accosta l'interazione tra corpo, cultura ed esperienza. Un esempio significativo è il dialogo riportato da Leenhardt con un anziano filosofo indigeno circa l'impatto della civiltà europea sul mondo dei Kanak: durante questa conversazione, Leenhardt sosteneva come fossero stati gli europei a introdurre nel pensiero indigeno la nozione di "spirito". Tuttavia, l'indigeno contraddisse questo stereotipo, che associava il corpo alla natura e lo spirito alla cultura, il corpo al primitivo e lo spirito al civilizzato²⁴¹.

Leenhardt evidenzia come questa concezione avesse profonde implicazioni sulla natura della persona nella cultura kanak, mettendo in discussione la concezione euro-americana convenzionale della persona come qualcuno che "ha un corpo", "è un corpo" o "è composto di corpo e mente". Ciò suggerisce che la relazione tra corpo e mente sia influenzata culturalmente, aprendo prospettive importanti sul fatto che il corpo sia considerato un fenomeno culturale oltre che biologico-materiale. Si individuano in questo senso due prospettive, la prima delle quali porta a interrogarsi sul fatto che il corpo non sia solo un fenomeno biologico e materiale, ma anche storico-culturale²⁴².

La seconda prospettiva ribalta il criterio tradizionale, suggerendo che la cultura e la storia siano fenomeni che hanno radici profonde nella corporeità umana: di conseguenza, la nostra esperienza culturale è modellata non solo da idee, simboli e condizioni materiali, ma anche dalla nostra esperienza corporea e dalle modalità con cui abitiamo i nostri corpi. Ciò porta a considerare il corpo come fondamento essenziale della nostra identità culturale e personale. Secondo Csordas, per esaminare queste prospettive in modo

²⁴⁰ M. Leenhardt, *Do Kamo. La personne et le mythe dans le monde mélanésien* Paris, Gallimard, 1947; nuova ed. 1971.

²⁴¹ Occorre precisare che l'anziano indigeno sosteneva che il corpo non aveva un'esistenza autonoma, ma era solo un supporto. Solo con l'avvento della dominazione europea si delineò una chiara distinzione tra corpo e mondo fisico. Questo suggerisce che per i Kanak, prima dell'avvento degli europei, il corpo non fosse né soggetto né oggetto di esperienza o discussione.

²⁴² La linea di influenza storico-culturale è stata analizzata da autori come Michel Foucault, Carolyn Walker Bynum, Emily Martin e Donna Haraway, i quali hanno messo in luce, seppur con prospettive diverse, come la nostra comprensione del corpo sia sempre più soggetta a variazioni e influenze culturali.

proficuo è utile introdurre una distinzione tra “corpo” e “incorporazione”: questa distinzione è simile a quella tra “opera” e “testualità” proposta da Roland Barthes, che differenzia tra l’oggetto materiale e fisico di un libro, “l’opera”, e il terreno più ampio e indeterminato in cui il testo esiste come prodotto culturale ed esperienza condivisa, ovvero la testualità. In modo analogo, possiamo considerare il “corpo” come l’entità fisica e biologica che tutti noi possediamo, mentre “incorporazione” può essere vista come il terreno metodologico indeterminato in cui l’esperienza corporea si manifesta attraverso la percezione e l’interazione con il mondo.

L’analogia tra testualità e incorporazione non è da considerare casuale o incidentale: negli anni Settanta, infatti, si è sviluppata una forte attività interpretativa e linguistica che ha condotto a concepire le culture come sistemi di simboli: uno dei concetti più rilevanti emersi da questo movimento era la visione della cultura attraverso la *metafora del testo*²⁴³ proposta da Raul Ricoeur e divulgata tra gli antropologi da Clifford Geertz. Ciò ha portato a una visione radicale della cultura secondo cui questa è il risultato delle convenzioni che definiscono i testi chiamati etnografie²⁴⁴.

Negli ultimi decenni, la metafora del testo è arrivata ad inglobare persino il concetto di corpo fino a definire espressioni quali “il corpo come testo” e “leggere il corpo”. Ciò ha portato alla riduzione dell’esperienza al linguaggio, eliminando così la distinzione tra rappresentazione ed esperienza.

Rispetto a tale approccio, la fenomenologia cerca di eliminare questa riduzione considerando il linguaggio come un modo per aprire l’esperienza anziché ridurla²⁴⁵. Considerare il corpo come “essere-nel-mondo” ci permette infatti di notare come l’interesse della riflessione cada sull’incorporazione come condizione esistenziale e non più solo al corpo in sé: in questa direzione, le emozioni, le malattie, il genere o il potere sono trattati da una prospettiva diversa.

L’autore riflette su due interrogativi importanti: se per fare una fenomenologia culturale basata sull’incorporazione sia necessario disporre di dati particolari o se

²⁴³ Th. Csordas, *Incorporazione e fenomenologia culturale*, op. cit., p. 22.

²⁴⁴ Ibid. Insieme all’interesse per lo strutturalismo e post-strutturalismo, questi sviluppi hanno avuto conseguenze significative all’interno delle discipline rendendo disponibili i metodi della critica letteraria per l’antropologia e promuovendo un percorso di interdisciplinarietà. Ciò ha permesso di concepire l’antropologia e la letteratura comparata come discipline collegate e ha incoraggiato i rapporti tra gli storici, che lavorano con i testi, e gli antropologi, che utilizzano la metafora del testo.

²⁴⁵ Ivi p. 23. Questa prospettiva riflette le considerazioni di Heidegger secondo cui: l’individuo esiste non solo in modo isolato, ma è sempre coinvolto in un mondo che ha senso per lui.

possiamo attingere anche a comportamenti non verbali. L'incorporazione, infatti, non si limita al comportamento, ma coinvolge l'esperienza e la soggettività, motivo per cui comprendere questi aspetti richiede una varietà di modalità interpretative e linguistiche. Csordas si interroga poi su come definire il corpo in fase di osservazione: se come strumento di ricerca o come semplice elemento che garantisce una giusta analisi. L'approccio che richiede l'essere nel mondo, procede sotto il segno della riflettività, dunque, i sentimenti viscerali e l'impegno sensoriale sono elevati a livello della consapevolezza metodologica, introducendo l'incorporazione fenomenologica nell'impresa etnografica²⁴⁶. Diviene fondamentale considerare l'idea di fenomeni culturalmente elaborati che coinvolgono il proprio corpo in contesti che includono la presenza incorporata degli altri e quella di "formazione di immagini incorporate". Questo termine può sembrare ridondante a prima vista, ma evidenzia il coinvolgimento concreto e multisensoriale nella formazione di immagini mentali. Ciò suggerisce che le immagini mentali non siano limitate alla sola vista, ma coinvolgano tutte le modalità sensoriali.

L'incorporazione, in questo senso, arricchisce la nostra comprensione della cultura e del sé, portando alla luce forme di attenzione multisensoriale che vanno al di là della mera rappresentazione mentale. L'incorporazione è un fenomeno e una questione interdisciplinare: per garantire lo sviluppo della fenomenologia culturale e per dissipare la preoccupazione comune secondo cui la fenomenologia risulterebbe troppo densa e astratta per essere facilmente compresa, l'autore fa leva, infatti, su concetti come "forme somatiche di attenzione" e "formazione di immagini incorporate". L'incorporazione appare inoltre essere legata alla biologia: emerge infatti l'obiettivo di dare un'interpretazione ai fenomeni: questo non concerne una negazione della biologia, ma piuttosto la sua considerazione all'interno del contesto più ampio del cambiamento storico e culturale²⁴⁷.

²⁴⁶ Ivi, p. 28. Riflessività e riflettività possono essere considerate come contributi complementari provenienti dalla testualità e dall'incorporazione, per una riformulazione della pratica etnografica. Occorre specificare che anche l'approccio cognitivo etnografico considera la cultura come forma di sapere e descrive la conoscenza attraverso termini rappresentazionali complessi. Tuttavia, questo approccio limita la cultura a ciò che potremmo chiamare "cultura dal collo in su". L'adesione al paradigma dell'incorporazione, che sposta l'attenzione all'essere-nel-mondo, consentirebbe invece di progredire dalla "cultura dal collo in su" al "corpo nella mente", riconoscendo così la centralità del corpo nell'esperienza culturale.

²⁴⁷ Per spiegare al meglio ciò, l'autore esamina un caso trattato dal suo lavoro condotto con dei pazienti malati di cancro, in modo particolare la storia di un giovane navajo affetto da un cancro al cervello. La malattia non può essere compresa solo in termini di lesioni organiche e conseguenze fisiche, ma il guaritore

La comprensione completa di ciò che accade all'essere umano non concerne un'analisi unidirezionale limitata a un solo settore specialistico del sapere, quanto la consapevolezza di tenere insieme biologia, cultura e storia in quanto esse contribuiscono alla formazione dell'identità e del significato personale. La via di comprensione dell'incorporazione offerta dalla fenomenologia riguarda da un lato la microanalisi dell'esperienza individuale e dall'altro un aspetto macro-culturale che sottintende tematiche globali come le politiche culturali e i processi storici. Ogni trasformazione culturale²⁴⁸ costituisce un nuovo campo d'indagine a cui far riferimento.

Pertanto, una fenomenologia culturale di questo tipo può trovare piena realizzazione solo affrontando questi temi in modo metodologicamente rigoroso e ponendo le giuste domande: integrando l'approccio fenomenologico con l'analisi culturale, possiamo arricchire la nostra comprensione e illuminare la dialettica tra rappresentazioni e essere-nel-mondo, tra il soggetto e il contesto culturale e storico in cui esso si trova. Ogni volta che facciamo riferimento all'incorporazione facciamo riferimento al carattere di intenzionalità del corpo, il quale, agisce nel mondo attraverso un'intenzione che è radicata nella cultura di riferimento.

La riflessione condotta sul concetto di incorporazione ci porta a dimostrare come tale fenomeno non solo si presenta come una questione politica, ma anche filosofica e antropologica: in questo senso la riflessione deve essere tenuta insieme a un approccio all'*incorporazione dell'ineguaglianza*²⁴⁹. Ciò implica la necessità di trascendere una visione che, da una parte attribuisce le disuguaglianze economiche e sociali a discorsi basati su razza ed etnia, e, dall'altra oltrepassa gli approcci culturali che perpetuano tali disuguaglianze e sofferenze senza riuscire a risolverle. Se siamo abituati a considerare l'incorporazione dell'ineguaglianza come una questione politica che sottolinea le dinamiche di potere e le strutture oppressive come la ragione dell'origine delle disuguaglianze della sofferenza e della marginalizzazione, questo diviene anche il criterio filosofico per eccellenza per l'analisi di determinate culture. In questo senso potremmo

deve tener conto anche del modo in cui l'individuo ha interagito le risorse della sua cultura e della medicina tradizionale nella sua esperienza di malattia.

²⁴⁸ Il campo dei cambiamenti riguarda per l'autore anche la dimensione tecnologica o, meglio, le tecnologie biomediche che permettono di esplorare tematiche come il cyberspazio, la realtà virtuale e l'antropologia del cyborg. Queste tematiche permettono di condurre un'analisi attorno ai concetti tradizionali di confini corporei e identità distinte, problematizzando tali concetti anziché darli per scontati.

²⁴⁹ G. Pizza, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, op. cit., p. 99.

arrivare a definire *l'incorporazione dell'ineguaglianza culturale*, poiché le questioni economiche sociali e politiche sono strettamente intrecciate con le pratiche culturali.

L'atteggiamento di apertura verso le culture consente di superare una categorizzazione gerarchica delle stesse che sfida le disuguaglianze sistemiche anche in termini di abitudini sociali. Questa prospettiva permetterebbe di superare quella condizione di etnocentrismo di chi considera la propria cultura come superiore e unica, manifestando come un'intolleranza verso l'altro, ed eviterebbe di generare giudizi sprezzanti e razzisti verso i membri di altre culture e la gerarchizzazione delle differenze. Diviene inevitabile incorporare una piccola dose di etnocentrismo in senso morale, ovvero l'integrazione di valori, di conoscenza e di sistemi di indizi ed epistemologie implicite.

Tutti questi elementi sono volti a influenzare l'incontro con *l'altro culturale*. In questa prospettiva, l'approccio che riduce le disuguaglianze a mere questioni di razza o etnia viene abbandonato in virtù di una comprensione delle disparità come ciò che è radicato nelle strutture storiche e sociali degli individui.

CAPITOLO 3: LE SINDROMI CULTURALI

3.1 *Malattia e cultura: non solo un malinteso interpretativo*

La riflessione che spinge verso la comprensione delle sindromi culturali muove dalla forte consapevolezza di appartenere ad una comunità multietnica che concepisce la cultura come luogo di dialogo e comprensione. Attraverso un atteggiamento etnopsichiatrico si contestualizza e si comprende una caratteristica importante della cultura ovvero la sua *dinamicità*. Questo è ciò che permette di analizzare il cambiamento costante dell'uomo mediante un'analisi della sintomatologia intesa non solo come mera manifestazione corporea, ma come prodotto dell'appartenenza dell'essere umano alla dimensione culturale. In questo contesto sorge la questione di quale sia il metro di valutazione e il criterio nell'analisi di una sindrome, dunque, se sia più opportuno fare riferimento al sistema medico specifico di una cultura oppure al sistema medico tradizionale²⁵⁰.

In altre parole, ci si interroga sulla validità del sistema medico tradizionale come indicatore omogeneo rispetto ad un sistema medico locale che sviluppa determinate cure inerenti alla cultura di riferimento. La medicina tradizionale si riferisce comunemente all'insieme di conoscenze e pratiche caratteristiche di specifici gruppi o culture, concernente le malattie, le interpretazioni e l'uso dei rimedi e rituali terapeutici. Un sistema di medicina tradizionale viene solitamente studiato come proprio di un'area culturalmente delimitata e si distingue per un particolare insieme di categorie, risorse e istituzioni che operano di fronte all'evento "malattia".

Nella classica analisi che noi conduciamo di fronte alla malattia, ci troviamo in un dialogo costante tra paziente e medico che evolve verso la comprensione dell'analisi dei sintomi fisiologici. Di fronte alla presenza di malattie, tuttavia, dobbiamo far riferimento non solo ad un sintomo fisico, ma anche ad un sintomo culturale che appare significativo tanto quanto il sintomo fisico. Il rapporto tra chi cura e chi è curato non è solo un'interazione tecnica, ma deve muovere verso un incontro culturale²⁵¹.

²⁵⁰ R. Beneduce, *Breve dizionario di etnopsichiatria*, op. cit., p. 114.

²⁵¹ Rimando al quinto capitolo di B. J. Good, *Narrare la malattia.*, *Lo sguardo antropologico sul rapporto medico paziente*, tr. it. a cura di S. Ferraresi, Torino, Einaudi, 2006, *Il corpo, l'esperienza della malattia e il mondo della vita*, (ed. orig. *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994).

La sindrome culturale, tuttavia, non può essere concepita come un'entità rigidamente confinata all'interno di uno schema prefissato di una cultura. Notiamo infatti come ogni popolazione sviluppi dei sistemi medici locali che non sono sovrapponibili ad altri sistemi tradizionali, poiché dotati di un proprio corpus e di una propria struttura epistemologica che appaiono essere frammentati e localizzati in un determinato luogo.

Nasce pertanto un interrogativo in merito al sistema medico tradizionale, ovvero in che misura esso possa adattarsi in modo sensibile alla comparsa e alla definizione di queste nuove sindromi. Tradizionalmente, l'analisi di una malattia si concentra principalmente più sui sintomi che accompagnano il suo sviluppo sui luoghi in cui questa si è sviluppata: da un punto di vista clinico, infatti, questo aspetto non sembra essere rilevante, poiché l'interesse per la malattia si riduce a una definizione puramente fisica.

Potremmo tracciare una linea sottile tra il concetto di malattia mentale che viene descritto nei principali manuali di riferimento dei disturbi²⁵² e il DSM IV-TR²⁵³: questo permette di non confondere un vero e proprio disturbo culturale con delle mere credenze. Il termine "Culture Bound Syndrome"²⁵⁴ (CBS) fa riferimento a una sindrome descritta all'interno di una specifica cultura o in una società appartenenti a una stessa area culturale definita, ma sconosciuta altrove. Il concetto, proposto per la prima volta nel 1952 dallo psichiatra malese Pow Meng Yap²⁵⁵, è stato successivamente incluso all'interno dei manuali diagnostici della psichiatria occidentali. Le sindromi culturali divengono oggetto di riflessione in quanto si discute sulla loro legittimità, vale a dire se queste debbano essere considerate vere e proprie malattie oppure se siano piuttosto disturbi mentali o comportamentali tipici di una cultura specifica.

La cultura di appartenenza determina l'espressione e il significato di manifestazioni individuali e sociali di tali sindromi: molto spesso nascono dei malintesi attorno alla loro

²⁵² Occorre far riferimento al DSM, ovvero al Manuale Diagnostico Statistico, e al quinto capitolo del ICD ovvero alla Classificazione Internazionale delle Malattie.

²⁵³ Il DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision) è un manuale pubblicato dall'American Psychiatric Association (APA) che fornisce una classificazione standard dei disturbi mentali utilizzata da professionisti della salute mentale negli Stati Uniti e in molte altre parti del mondo. Pubblicato nel 2000, il DSM-IV-TR è una revisione del DSM-IV del 1994. Nell'appendice di tale manuale è presente una classificazione delle sindromi culturali che integrano il quadro diagnostico multi-assiale e delineano le difficoltà riscontrate rispetto ai criteri del DSM-IV in contesti di multiculturalità. Occorre specificare che l'ultima edizione del 2013 del DSM-5, ha abbandonato il termine "Cultural Bound Syndrome" preferendo la nuova denominazione "Cultural Concepts of Distress". Cfr. [APA_DSM_Cultural-Concepts-in-DSM-5.pdf \(psychiatry.org\)](#)

²⁵⁴ R. Beneduce, *Breve dizionario di etnopsichiatria*, op. cit., pp. 49-50.

²⁵⁵ Cfr. I. Crozier, *Introduction: Pow Meng Yap and the Culture-Bound Syndromes*, "History of Psychiatry", 29, 3 (2018), pp. 363-385.

interpretazione, spesso determinati dalle dinamiche storiche e sociologiche specifiche, come l'incontro con i colonizzatori e le rispettive leggi e i modelli della medicina occidentale.

Questo ha profondamente ridimensionato la legittimità antropologica e clinica delle CBS²⁵⁶. Le sintomatologie individuate all'interno del DSM-IV, definiscono le anomalie comportamentali ed esperienziali tipiche di una determinata cultura: le sindromi divengono l'espressione di una determinata cultura che manifestano una condizione psico-fisica. Questo si contrappone rispetto al sistema medico tradizionale, delineato precedentemente, che individua dei criteri fissi per identificare la malattia suddividendola in fisica e psichica: tale differenza si dissolve quando si va a considerare una cura²⁵⁷.

Si riconsidera in questo senso lo statuto della CBS, sottolineando come, di fatto, tutte le sindromi siano in una certa misura "legate alla cultura" e la loro comprensibilità sia possibile solo in riferimento ai modelli, alle norme, ai valori e alle caratteristiche presenti in una società. La presenza di una sindrome culturale influenza direttamente il modo in cui gli individui affrontano le situazioni della vita, inclusi gli aspetti relativi alla salute e alla malattia. Le manifestazioni sindromiche emergono da particolari contesti socioculturali e danno vita a specifiche patologie che sono modellate dalla cultura e dalla tradizione di una popolazione. Si tiene conto, in questo senso, delle incidenze dei cambiamenti sociali e dei mutamenti che emergono dalle diverse culture: notiamo infatti un forte sviluppo della depressione e della personalità multipla nelle società occidentali. L'etnopsichiatria, in modo particolare, ha messo in luce come anche le categorie nosografiche e i comportamenti patologici descritti dalla psichiatria occidentale siano fortemente condizionati da valori culturali, morali o estetici, ma anche da rappresentazioni del corpo e ideologie della persona e dell'individuo.

Questi studi hanno messo in evidenza come le psicosi schizofreniche o l'anoressia incidano poco culturalmente nelle culture euro-americane. Anche la scarsa frequenza del suicidio in Africa, nonostante la presenza di fattori psicologici e antropologici simili, ha

²⁵⁶ R. Beneduce, *Breve dizionario di etnopsichiatria*, op. cit. pp.49-50. Un tipico esempio che viene riportato nel dizionario è la "windingo", una psicosi o isteria artica descritta presso gli indiani algonchini e caratterizzata dall'angoscia di essere rapiti dagli spiriti e dalle pulsioni cannibaliche, rivelatesi poi frutto di un fraintendimento.

²⁵⁷ E. Aguglia, M.S. Signorelli, C. Pollicino, E. Arcidiacono, A. Petralia, *Il fenomeno dell'hikikomori: cultural bound o quadro psicopatologico emergente?*, "Giornale Italiano Psicopatologia", 16 (2010), ; pp. 157-164.

sollevato interrogativi sulla validità del concetto di CBS o dei suoi analoghi come disordini etnicamente specializzati e sindromi ordinate culturalmente o sindromi determinate della cultura. Ronald C. Simons (1985)²⁵⁸ ha proposto di raggruppare alcuni insiemi di CBS all'interno di *taxa*, ossia unità classificatorie basate su somiglianze comportamentali che rifletterebbero comuni processi fisiologici.

La proliferazione diagnostica rappresenta, d'altronde, un tratto tipico della psichiatria occidentale, quasi una compulsione. I sintomi della sindrome culturale vengono rintracciati grazie all'analisi delle dinamiche sociali e culturali, mentre attraverso l'antropologia è possibile categorizzare i sintomi e l'analisi della costruzione sociale e culturale della malattia. Il pericolo e l'equivocità consisterebbe nell'interpretare la sindrome culturale come un'*irregolarità culturale*, ricadendo così in una concezione etnocentrica. Questo atteggiamento porterebbe a screditare le altre culture e a sminuire la validità delle sindromi culturali sviluppate. Occuparsi della sindrome culturale significa occuparsi della dimensione antro-biologica di una determinata etnia²⁵⁹: questa racchiude l'appartenenza geografica, il linguaggio, il Codice civile e culturale di un popolo e la sua storia. Ogni etnia presa in considerazione muove verso cambiamenti patoplastici e patogenetici della cultura²⁶⁰ legati ad un'evoluzione sia genetica che culturale. Notiamo come in questo senso ci si muove verso la considerazione della cultura come elemento diagnostico di riferimento, al di là dell'incidenza, della frequenza e dei sintomi.

Fossilizzandosi su categorie standardizzate si nega una possibilità di comprensione, adattandosi così su una concezione rigida della cultura.

Le sindromi culturali si caratterizzano per la manifestazione di sintomi psicopatologici che sono presenti in determinate culture, questi sintomi possono differire rispetto a quelli elencati nel DSM-5²⁶¹. Molto spesso queste sindromi non vengono considerate come dei

²⁵⁸ Cfr. R. C. Simons e C. C. Hughes, *The Culture-bound Syndromes: Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*, Dordrecht; Boston, D. Reidel, 1985.

²⁵⁹ R. Beneduce, *Breve dizionario di etnopsichiatria*, op. cit., pp. 63-64. Occorre fare attenzione nell'utilizzo di questo termine, poiché se usato in modo scorretto porterebbe alla reificazione dell'identità etnica. Manipolando e reificando lo stesso si trasformerebbe l'identità etnica in un "precipitato storico". Emerge da ciò un paradosso: sebbene il concetto sia stato costruito artificialmente, lo stesso è stato interiorizzato e manipolato dalle stesse popolazioni oggetto di colonizzazione, le quali non erano passive ma spesso attivamente coinvolte nei processi di resistenza e reinterpretazione delle loro identità.

²⁶⁰ H. F. Ellenberger, *Ethnopsychiatry*, op. cit., p.170.

²⁶¹ Cfr. U. Ganucci Cancellieri e A. Pacciolla, *L'inquadramento culturale nel DSM-5®*, "Ricerca di senso. Analisi esistenziale e logoterapia frankliana", 15, 1, (2017), pp. 5-25.

veri e propri disturbi psichici, ma vengono ridotte a eventi, come ad esempio nel caso delle possessioni; oppure esse vengono ritenute delle semplici variazioni culturali e manifestazioni non patologiche. L'errore che si potrebbe compiere è quello di trattare le sindromi culturali non come un vero e proprio disturbo, ma come semplici superstizioni. Questo potrebbe indicare una percezione delle sindromi culturali come malattie di minor rilevanza rispetto ad altre malattie, suggerendo che una malattia ottenga maggior attenzione e analisi quanto è più percepita e sentita dalla popolazione: ma il consenso di queste genera non solo i problemi su come trattarle ma anche su come rispettarle.

Nonostante le differenze culturali, l'uomo ha in comune due elementi che lo caratterizzano ovvero la *natura* e la *cultura*. Tenendo conto di ciò, è necessario individuare l'unicità dello sviluppo di tali sindromi culturali: queste, infatti, sono il prodotto di una specifica cultura. La singolarità delle stesse spinge l'individuo a cogliere il motivo per cui in determinate culture il comportamento sintomatico è la fonte dell'identificazione della sindrome culturale, mentre in un'altra cultura l'interpretazione è differente: il motore dell'indagine delle sindromi culturali è la diversità di lettura e cura di altri mondi. Emerge quindi la necessità di comprendere il sintomo per evitare incomprensioni nella diagnosi e per rendere i trattamenti più efficaci.

Il sorgere di una sindrome culturale coinvolge molteplici aspetti complessi: da un lato, essa rappresenta una manifestazione corporea che può essere interpretata come una forma di ribellione interna del proprio corpo. Dall'altro, essa riflette i conflitti psicologici, interpersonali e culturali che possono anche creare una sorta di difficoltà nella sua comprensione. Non dovremmo ridurre la sindrome culturale a una spiegazione limitata basata sul fenomeno migratorio, ma valutarla come il risultato di tradizioni in continua evoluzione influenzata dai cambiamenti sociali, economici che transitano attraverso altre culture. Le sindromi culturali rivelano una concezione culturale della sofferenza che

Uno degli strumenti per affrontare le difficoltà diagnostiche e terapeutiche nella pratica clinica presente nel DSM-5 e ampiamente utilizzato dalla psichiatria è l'*inquadratura culturale*. Esso raccoglie le informazioni dei pazienti che appartengono alla sua stessa cultura, individuando la sua utilità in determinate situazioni cliniche. I criteri di ricerca si configurano a partire dalla valutazione diagnostica che individua i sintomi culturali distintivi, la gravità della malattia, la concordanza terapeutica e l'aderenza al trattamento. L'intervista culturale si articola in quattro domini: la definizione culturale e le percezioni culturali del problema, i fattori culturali che influenzano le strategie di coping e le richieste di assistenza contemporanea. Essa persegue tre obiettivi specifici: esplorare gli effetti della partecipazione sociale sulla salute mentale, analizzare l'influenza delle opinioni culturali sulla percezione della malattia e comprendere l'esperienza della malattia in un contesto multiculturale. L'obiettivo è quello di promuovere una visione più olistica e sensibile alla cultura.

riflette il valore che ogni cultura dà all'esperienza dolorosa, ma anche delle strategie di interpretazione e di cura che essa sviluppa. L'equivoco che potrebbe nascere in questi termini riguarda il rischio di universalizzare una malattia discriminando invece una sindrome culturale come prodotto di radici culturali.

Viene a sollevarsi, pertanto, l'interrogativo relativo a quanto possano essere inclusivi i criteri diagnostici della psichiatria di fronte alle diverse espressioni culturali. La mediazione della cultura nei processi psico-fisici è evidente: la cultura non è ciò che sta al di fuori dell'individuo, ma appare essere il sistema attraverso il quale l'individuo si sviluppa. Quando si considera una sindrome culturale, si conduce uno studio che analizza i contributi culturali in risposta alla risposta fisica umana: è sempre presente una sintomatologia di base con elementi comuni alle diverse culture. In questa prospettiva, diviene possibile condurre un'analisi tra le sindromi culturali più importanti sviluppatesi nell'ultimo secolo: nonostante si siano sviluppati in ubicazioni differenti, esse trattengono un elemento in comune: la *crisi della presenza*, ovvero il risultato culturale di una crisi esistenziale che genera un disallineamento tra l'identità dell'individuo e i rispettivi riferimenti culturali. Tutte queste sindromi hanno in comune il malessere, il dolore, il cambio di stato d'animo, la somatizzazione di qualcosa che prende forma nel corpo umano, come una sorta di corruzione della percezione dei cinque sensi e dei movimenti motori.

Una delle prime sindromi culturali ad essere identificata è l'amok²⁶², definita da Devereux come la *capostipite delle sindromi culturalmente ordinate*. La sindrome culturale dell'amok²⁶³ è un concetto con origini nel Sud-est asiatico, specialmente nella cultura malese, è dalla stessa cultura che deriva infatti il termine, sebbene sia stata osservata in diverse altre culture. Questa si caratterizza per uno stato improvviso e furioso di violenza in cui l'individuo perde il controllo delle proprie azioni. Gli individui di sesso maschile vengono colpiti più frequentemente da questa sindrome, la quale, in situazioni

²⁶² G. Devereux, *Saggi di etnopsichiatria generale*, op. cit., p. 248. Devereux specifica come l'individuo affetto da disturbi psichici tenda a conformarsi rigidamente con le norme di un comportamento "appropriato folle" stabilite nella società in cui vive. L'esempio della sindrome culturale dell'amok trova molte ragioni che spingono il malese ad adattarsi allo stesso a differenza invece di un americano o europeo che raramente adottano lo stesso. Il malese ricorre all'amok per diversi motivi: disperazione, oppressione, ragioni politiche o militari. La cultura predispone a reagire con una crisi di amok, inconsapevolmente ma comunque in modo semiautomatico.

²⁶³ R. Beneduce, *Breve dizionario di etnopsichiatria*, op. cit., pp. 49-50.

di forte pressione sociale, di stress individuale e collettivo psico-sociale provoca uno stato di furia in cui l'individuo agisce colpendo e attaccando gli altri individui e gli oggetti del mondo circostante prima di cadere in uno stato di incoscienza o di essere ucciso.

Molto spesso la sindrome dell'amok è collegata ad un'umiliazione o un senso di vergogna personale o familiare: alcuni studiosi ritengono che possa trattarsi di una reazione di perdita di controllo. Questa sindrome culturale è presente in diverse culture, in modo diverso e con connotazioni culturali diverse: ciò che è comune a tutte le popolazioni riguarda la personalizzazione e la sofferenza dell'individuo, spesso ritenuto "schizoide"²⁶⁴.

Un ulteriore disturbo, precedentemente noto come dismorfofobia, caratterizzato per non essere solo una preoccupazione psicologica ma che evolve nel risultato più prossimo dell'incorporazione culturale, è il disturbo da *dismorfismo corporeo*²⁶⁵. Esso si manifesta nella paura o nella fobia di avere difetti fisici o imperfezioni rispetto all'aspetto esteriore: si tratta spesso di difetti lievi o impercettibili, ma assunti dall'individuo come invalidanti, che condizionano l'esperienza quotidiana e le relazioni interpersonali, causando un grado di sofferenza non indifferente. Sovente tale manifestazione è associata a gravi disturbi ossessivo-compulsivi che condizionano l'individuo a sviluppare condizioni come l'anoressia, la bulimia o addirittura lo inducono a pensieri suicidi.

Dagli studi condotti su tale disturbo, si evince che in diverse culture dell'Africa subshariana (come tra i Dogon del Mali, i Bulu del Camerun e i Manyika del Mozambico) non sono stati riscontrati disturbi analoghi. Verosimilmente, la frequenza di tale disturbo risulta non tanto legata all'ideologia del corpo perfetto, comune a tutte le società che hanno sviluppato proprie strategie di interventi estetici, quando piuttosto ad una intenzione innata di cambiamento contestuale allo sviluppo di tecnologie e industrie di chirurgia plastica.

Una delle sindromi culturali legata al vissuto dell'individuo rispetto ad esperienze storiche, prende il nome di *Disturbo da Stress Post-Traumatico* (PTSD)²⁶⁶. Questa categoria è stata introdotta dalla psichiatria americana nel DSM-III (1980) in risposta ai disturbi osservati nei veterani della guerra del Vietnam, tra cui tossicodipendenza, alcolismo, divorzi, difficoltà di reintegrazione sociali ed episodi di violenza. I sintomi più

²⁶⁴ G. Devereux, *Saggi di etnopsichiatria generale*, op. cit., p. 248.

²⁶⁵ R. Beneduce, *Breve dizionario di etnopsichiatria*, op. cit., p. 54.

²⁶⁶ Ivi, pp. 100-101.

frequenti tra coloro che sono stati esposti a eventi minacciosi per la loro integrità fisica o psicologica, o quella altrui, includono reazioni di evitamento di contesti che rievocano il trauma, difficoltà nel ricordare l'evento traumatico, accompagnati a volte da immagini intrusive e stati di allerta, di paranoia o dissociazione. Questa definizione è stata elaborata in riferimento ad un evento che definisce traumatico rispetto all'esperienza ordinaria, basato quindi sui parametri di un cittadino medio americano.

I critici principali²⁶⁷ di questa categoria diagnostica, ovvero Young (1995) e Summerfield (2001) hanno evidenziato le debolezze epistemologiche, l'uso sociale, la controversa genealogia e i limiti etici della definizione di PTSD: essi hanno sottolineato come questa categoria possa neutralizzare le componenti morali della sofferenza, spesso connesse al ruolo attivo del paziente nell'evento traumatico e nelle violenze perpetrate, come accade nel caso del Vietnam. La diffusione di tale sindrome ha avuto una larga risonanza estendendosi in vari contesti sulla base della sua presunta capacità di facilitare il riconoscimento precoce dei disturbi e contribuendo a quella che Summerfield ha definito l'"industria del trauma". Lo sviluppo della sindrome appare legato a livello internazionale in seguito a conflitti armati, attacchi terroristici e disastri umani.

Una delle sindromi culturali più recenti e più rilevanti nella nostra società, che stata inclusa nella nomenclatura medica è la *Chronic Fatigue Syndrome*²⁶⁸ (CFS). Questa è stata oggetto di un dibattito eziologico ed è stata considerata via via di natura virale, immunologica e psicosomatica. La sindrome si manifesta attraverso due costellazioni sintomatologiche principali: da un lato, il senso di fatica cronica e dall'altro il dolore (entrambi portatori di significati complessi e rivelatori). La fatica cronica, in quanto primo sintomo, è stato oggetto di analisi antropologiche, storiche e sociologiche con illustri antecedenti, come la "neurastenia" di George Beard proposta nei primi anni del Novecento.

La fatica, secondo l'analisi di Rabinbach (1990)²⁶⁹, riflette una particolare ideologia del lavoro e dell'energia, nonché un aspetto decisivo della modernità. Essa può essere interpretata sia come un meccanismo di difesa atto per proteggere le capacità produttive

²⁶⁷ Rimando alla lettura di J. Bisson e M. Andrew, *Psychological Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)*, "Cochrane Database System Review", 18(3), 2007: doi: 10.1002/14651858.CD003388.pub3

²⁶⁸ R. Beneduce, *Breve dizionario di etnopsichiatria*, op. cit., pp. 41-42.

²⁶⁹ Cfr. A. Rabinbach, *The Human Motor: Energy, Fatigue, and the Origins of Modernity*, New York, BasicBooks, 1990.

del corpo, sia come un segnale che indica al corpo di ridurre il proprio impegno ed economizzare energia. Il secondo sintomo, il dolore, assume una dimensione invisibile, resistente a una misurazione oggettiva, e rappresenta la sofferenza del paziente, spesso espressa attraverso un linguaggio che non ammette traduzione né misura. Tuttavia, la mancanza di evidenze oggettive ha portato alcuni settori della clinica a sminuire il valore di questo sintomo, attribuendogli etichette come quella di isteria. Alcune ipotesi psicologiche nella CFS, come quella che la collega alla depressione, hanno riaperto il dibattito sull'eziologia della sindrome. Sullo sfondo di questo dibattito emerge una nuova ideologia del corpo, dei suoi confini e della sua vulnerabilità, come indicato dall'egemonia del modello immunitario nell'interpretazione di questa e altre sindromi. Si passa perciò da un'idea di corpo-barriera, che deve essere protetto da virus e batteri, a quella di un corpo poroso e "flessibile", che interagisce costantemente con il mondo sociale e reagisce alle sue intrusioni attraverso la produzione di anticorpi. Le nozioni di stress, fatica cronica e difesa immunitaria si uniscono a delineare un territorio incerto e contestato di segni e sintomi in cui possono emergere nuove e imprevedibili dinamiche di lotta di classe.

Notiamo come l'individuo sia "costruito" dalla sindrome culturale e la sindrome culturale "costruisca" l'individuo: la cultura si trasmette di generazione in generazione. Spostando lo sguardo ad Oriente notiamo la presenza di sindromi che compaiono nelle popolazioni con nomenclature differenti. Uno dei fenomeni sviluppatosi in Cina prende il nome di "*disturbi mentali indotti da qigong*"²⁷⁰: qui si fa riferimento a quella serie di problematiche psicologiche e psichiatriche attribuite alla pratica del qigong, una forma di cura basata sulla trance e legata al concetto di "energia vitale", la cui pratica nei testi di medicina classica cinese è associata al taoismo. Tra la fine degli anni Settanta e gli anni Ottanta, molti cinesi sono ricorsi a questa tecnica per alleviare i disagi e la sofferenza derivanti dalle violente trasformazioni imposte durante il periodo della Rivoluzione culturale: si stima che oltre la metà della popolazione cinese abbia utilizzato il qigong e in alcuni casi avrebbe indotto complessi disturbi mentali. I sintomi si riconducono ad una perdita di sé stessi a causa di condizioni di vulnerabilità ed irritabilità.

²⁷⁰ R. Beneduce, *Breve dizionario di etnopsichiatria*, op. cit., p. 101.

In Giappone, invece, uno dei fenomeni più conosciuti è l'hikkoimori²⁷¹, caratterizzato dall'autoisolamento²⁷² volontario prolungato da parte dell'individuo, che appare essere una forma di rifiuto del contesto socioculturale. La ragione dello sviluppo di queste categorie nosografiche riguarda il sistema familiare²⁷³, il sistema scolastico²⁷⁴ e la struttura della società giapponese nel suo complesso. Questo concerne la frammentazione delle reti sociali, il processo di individualizzazione, la tendenza alla riduzione delle dimensioni familiari, le tensioni culturali e i rapidi cambiamenti avvenuti negli ultimi decenni socioculturali. Questa tipologia di fenomeno è stata paragonata a un'epidemia sociale con stime variabili sul numero di individui affetti, l'impatto di questa sindrome è infatti globale. L'isolamento molto spesso si sviluppa in concomitanza con una crescente antropofobia e un'automisofobia: la paura degli altri concerne altre complicazioni come le paure relative agli odori corporei, la quale genera un rossore al contatto visivo con gli altri. La condizione psicologica è spesso caratterizzata da sintomi depressivi significativi, tra cui umore melanconico, ideazione suicidaria, sentimenti di colpa e auto-svalutazione. La struttura della società giapponese, in questo contesto, favorisce il ritiro sociale come meccanismo di adattamento o resistenza e disfunzionalità. Questo fattore è determinante poiché causa rapidi cambiamenti socioculturali. La causa di ciò è ancora una volta la trasformazione culturale che è avvenuta in seguito alla Seconda guerra mondiale.

²⁷¹ E. Aguglia, M.S. Signorelli, C. Pollicino, E. Arcidiacono, A. Petralia, *Il fenomeno dell'hikikomori: cultural bound o quadro psicopatologico emergente?*, art. cit., pp. 157-158. Il termine "hikikomori" viene coniato dallo psichiatra Tamaki Saito e fa riferimento a una condizione caratterizzata dal ritiro sociale prolungato. Originariamente, questa condizione prendeva il nome di "tajkyaku shinkeishou" o "reatreat naurosis" da Y. Kasahara nel 1978. Nonostante gli individui affetti da questa sindrome interrompano la partecipazione alla vita sociale, non vengono ritenuti schizofrenici.

²⁷² Ibid. Si tratta di una reclusione volontaria in uso tra gli adolescenti giapponesi, che, contrapponendosi alla cultura e alla struttura sociale tradizionale, manifestano un isolamento completo all'interno della propria abitazione, privandosi di legami con l'esterno. Clinicamente, il disturbo, per essere definito tale, prevede un periodo di isolamento che ha una durata complessiva di almeno sei mesi; durante questo periodo l'individuo mantiene unicamente i rapporti familiari ritirandosi invece dalla sua vita sociale. Il fenomeno coinvolge per lo più ragazzi fra i 19 e 30 anni, più precisamente i primogeniti maschi, mentre il genere femminile rappresenta solo il 10% dei casi, che si manifestano solitamente in un periodo più breve.

²⁷³ Ivi, pp. 160-161. Le interazioni con il contesto familiare sono definite come una delle cause della manifestazione della sindrome negli individui. Una delle ipotesi è legata al concetto, proposto da Takeo Doi, di "amae" che delinea il rapporto simbiotico che si instaura tra madre e figlio: questo legame contribuirebbe a mantenere il giovane isolato dalla società esterna, trovando in questo modo un rifugio sicuro e confortevole nella famiglia. La dinamica familiare può essere anche influenzata dall'assenza limitata o totale della figura paterna, che contribuirebbe verso il ritiro sociale dell'individuo.

²⁷⁴ Ivi, pp. 161-162. Le dinamiche negative interne al contesto scolastico, ovvero, il bullismo e la creazione di ambienti competitivi, potrebbero essere causa di disagi psichici e sociali che porterebbero l'individuo ad isolarsi dalla sua realtà sociale. Più precisamente, il bullismo appare come il fattore scatenante di tale sindrome, mentre la pressione competitiva genererebbe lo stress e la tendenza all'autoisolamento.

I mutamenti subiti dal Giappone hanno infatti determinato significativamente convertito i valori sociali: il tradizionale sistema familiare è stato sostituito da un modello più occidentalizzato, in cui il padre è assente e la madre esercita pressioni sociali e iperprotezione. In assenza di criteri diagnostici universalmente accettati per l'hikikoimori, l'identificazione dei pazienti avviene spesso a seguito dell'esclusione di altre patologie psichiatriche come la schizofrenia, i disturbi d'umore, i disturbi d'ansia e i disturbi di personalità: questo approccio diagnostico è necessario perché le caratteristiche di ritiro sociale e la sintomatologia peculiare dell'hikikomori possono superficialmente somigliare a quelli di disturbi più gravi come la schizofrenia²⁷⁵. Si evidenzia come in chi soffre della seguente sindrome, manchi il desiderio di stabilire relazioni interpersonali significative. Non esiste attualmente un approccio terapeutico standardizzato per trattare tale sindrome culturale e mancano studi clinici che valutino specificamente le terapie per i pazienti.

Il dibattito in merito alla classificazione nosografica dell'hikikomori continua ad essere oggetto di discussione: tale sindrome è non solo un problema clinico, ma sociologico e culturale che richiede una definizione all'interno dei criteri del DSM. Si assiste a una continua ricerca di dati e studi trasversali e longitudinali su larga scala che forniscano caratteristiche epidemiologiche precise e universalmente accettate. Inoltre, sono limitati gli studi prospettici di coorte mirati a identificare fattori ambientali o genetici che possano causare l'hikikomori.

In generale, non è possibile accertare se la responsabilità delle sindromi culturali sia soltanto individuale o culturale, poiché in gioco vi sono diversi fattori quali i comportamenti individuali, le norme e le pratiche culturali. Le sindromi culturali appaiono quindi essere il risultato dell'interazione tra individuo e contesto culturale, poiché l'individuo esiste in funzione della cultura e della natura, vivendo sotto un'influenza di norme e valori, azioni e scelte. Perciò queste devono essere comprese a partire dalle radici culturali, storiche e sociali, senza ricadere in pregiudizi etnici. Ciò che hanno in comune tutte queste sindromi è il malessere, il dolore, il cambio di stato d'animo,

²⁷⁵ Ibid, p. 162. Occorre precisare che la sindrome dell'hikikomori non presenta, a differenza della schizofrenia, sintomi come allucinazioni e deliri. Sebbene gli individui che ne sono affetti possano manifestare dei sintomi intrusivi e ricorrenti, questi sono solitamente e strettamente legati al contesto sociale dell'individuo. Distinguendosi dai pazienti schizofrenici, i quali frequentemente sono incapaci di comunicare, nel caso degli hikikomori è possibile percepirne e comprenderne le loro esigenze e proteste nonostante il ritiro relazionale e il mutismo selettivo.

la somatizzazione di qualcosa che prende forma nel corpo umano: c'è una sorta di corruzione nell'uso dell'immaginazione e della percezione.

3.2 La depressione

Una delle sindromi culturali più diffuse sia in Oriente sia in Occidente è la depressione. Seppur la scienza tenda sempre più a ricondurre la depressione a cause puramente ereditarie riconducibili ad un problema dei neurotrasmettitori, il suo carattere universale e la modalità in cui si sviluppa in numerosi paesi la fa apparire come una questione culturale. Il disturbo della depressione evolve e si manifesta in relazione ai comportamenti e alle azioni umane, ma può essere anche caratterizzato dall'assenza di azioni da parte dell'uomo. Questo dà luogo ad una responsabilità umana dello sviluppo di tale sindrome depressiva, implicando un *saper-fare*²⁷⁶ culturalmente determinato dell'uomo rispetto alla malattia. L'analisi della depressione in una determinata cultura permette di mettere in luce le vicissitudini, le linee politiche, le convinzioni umane, i principi e le esperienze, o più precisamente, i processi collettivi sociali ed individuali condivisi. Prima di individuare l'esistenza di un disturbo definito come depressione, tale fenomeno era identificato come melanconia²⁷⁷, ovvero quella condizione dell'umore caratterizzata da tristezza persistente.

Sigmund Freud – in *Lutto e melanconia*²⁷⁸ – aveva definito la melanconia come perdita di sé stessi e dell'interesse nei confronti del mondo circostante a causa di un'inibizione verso tutte le forme di vita umana. Ciò che distingue la melanconia dalla depressione è il fatto quest'ultima non è una definibile attraverso il paradigma dell'umore, né come lesione cerebrale specifica. La depressione inizia a essere pensata attraverso una comprensione più complessa che include fattori psicologici, ambientali e sociali, in cui il

²⁷⁶ P. Coppo, *Le ragioni del dolore*, op. cit., p. 10.

²⁷⁷ Ibid. Secondo cui la teoria umorale derivata dalla medicina antica di Ippocrate e Galeno, uno squilibrio degli umori corporei (sangue, flemma, bile gialla e bile nera) causava malattie. La melanconia in questa prospettiva era attribuita a un eccesso di bile nera.

²⁷⁸ S. Freud, *Trauer und Melancholie* (1917), trad. it. *Lutto e melanconia*, in *Opere complete di Sigmund Freud*, vol. 8, Torino, Boringhieri, 1980, pp. 102-118. Freud descrive il processo del lutto (*Trauerarbeit*) in modo analogo a quello del sogno (*Traumarbeit*), implicando una profonda trasformazione rivolta in entrambi i casi all'oggetto d'amore perduto. La perdita, nei processi considerati, si manifesta come un "ritiro dal mondo" che vede si manifesta come un distacco dal mondo esterno e dai significati che lo caratterizzano. L'autore, inoltre, si rifà a quelle dinamiche che avvengono a livello inconscio, io e super-io, creando un'ambivalenza dell'io con l'oggetto. La perdita dell'oggetto diviene una perdita di sé stessi.

mondo interiore della persona diviene l'oggetto principale di studio. L'espansione della depressione molto spesso è legata, dagli storici della psichiatria, ad un'evoluzione storica e culturale iniziata nel XVIII secolo in Inghilterra, coincidente con le trasformazioni indotte dalla rivoluzione industriale, in cui si intrecciano elementi chiave della cultura occidentale: religiosi, socioeconomici, pedagogici e antropo-poietici.

Durante il XIX secolo, questo disturbo è stato variamente definito come irritazione o neurastenia spinale mentre nel XX secolo prende il nome di neurastenia²⁷⁹. La malattia inizia ad essere presa in considerazione rispetto alla sua rilevanza nel corpo umano e nel corpo sociale: ciò permette di dimostrare il ripetersi di sintomi che concorrono alla patologia. I modelli elaborati tra '800 e '900 dalla psicoanalisi e dalla tradizione medica iniziano a fare posto ad una riflessione fenomenologica che si rivolge alla struttura esistenziale della persona, ovvero alla sua intersoggettività al suo rapporto con il mondo esterno e con sé stessi. Il termine depressione compare in Europa a partire dal 1920, arrivando a definire addirittura la *depressione mascherata*²⁸⁰: il concetto è stato frequentemente adottato dagli psichiatri africani per contestare il paradigma prevalente nelle epoche precedenti, secondo cui il rischio di suicidio era estremamente raro e la depressione meno diffusa in Africa rispetto ad altre regioni, una posizione, questa, sostenuta dalla psichiatria coloniale. Tuttavia, la depressione in Africa si manifesta attraverso disturbi somatoformi o idee persecutorie angosianti, in linea con le condizioni specifiche dell'individuo, gli idiomi della sofferenza e la rappresentazione del male radicate nelle società africane. In particolare, Henry H. B. Murphy (1995) e Margaret Field²⁸¹, con approcci e in contesti differenti, hanno esplorato e messo in luce il nesso tra lo sviluppo di sentimenti depressivi e le credenze nella stregoneria. Murphy ha focalizzato le sue ricerche sulle esperienze infantili e le conseguenze di uno svezzamento traumatico, fenomeno comune in molte società africane. Invece, Field ha studiato le trasformazioni economiche e i conflitti di genere in Ghana.

²⁷⁹ P. Coppo, *Le ragioni del dolore*, op. cit., pp. 46-50. La comparsa e la diffusione della depressione in Europa è stata ampiamente documentata da vari autori, H. B. M. Murphy ha descritto la comparsa e la diffusione della cosiddetta "malattia inglese" alla fine del XVIII secolo in Inghilterra, una condizione che, per molti aspetti corrispondeva alla moderna depressione e le condizioni che ne favoriscono lo sviluppo.

²⁸⁰ R. Beneduce, *Breve dizionario di etnopsichiatria*, op. cit., p. 51.

²⁸¹ Cfr. M. Field, *Search for Security: An Ethno-psychiatric Study of Rural Ghana*, London, Faber and Faber, 1960.

La depressione verrà poi definita come sindrome culturale in quanto rappresentante di un intricato intreccio di esperienze individuali, teorie psicologiche, presunzioni culturali, interessi politici e opinioni sociali.

Nel trattare della depressione, Piero Coppo²⁸² mostra come molto spesso le opinioni dell'etnopsichiatria non vengano accolte totalmente: ciò accade anche a livello istituzionale, poiché vengono accolte in maggioranza le teorie psichiatriche. L'etnopsichiatria, infatti, pone molte domande interferendo con le procedure standardizzate, creando in questo senso un modello ipotetico e non effettivo: potremmo parlare in questa prospettiva di un sistema dinamico della depressione che muove verso le scoperte della patofisiologia. Ma la depressione, che si voglia ammettere o meno, *esiste*²⁸³, non bisogna negarla ma legittimarla. Questa si distingue – seppur con caratteristiche diverse – per essere un sintomo comune a tutte le culture: in quelle più ricche viene definito attraverso il DSM²⁸⁴, in quelle con più povertà invece è l'ICD dell'OMS a definire le caratteristiche nosografiche.

Si identifica in questo senso la malattia con un nome e una cura: cosa accade allora in una cultura quando sorgono nuove malattie e perché non possiamo ridurre la malattia ad una questione risolvibile con dei farmaci²⁸⁵. Nelle moderne società occidentali, il dolore molto spesso viene canalizzato in un contesto più ampio di “sofferenza”²⁸⁶, spesso trattato e incapsulato dai sistemi medici-psichiatrici. Consideriamo dunque la depressione come una sorta di stampo culturale cui a determinati sintomi corrisponde una categorizzazione. Le cause della depressione si ricercano come un problema che parte da noi stessi e dalle situazioni quotidiane che viviamo e che molto spesso non sono determinate da noi: queste

²⁸² Cfr. P. Coppo, *Etnopsichiatria dei disturbi depressivi: un aggiornamento*, “AM Rivista della Società italiana di antropologia medica”, 15-16, ottobre 2003, pp. 437-465.

²⁸³ P. Coppo, *Le ragioni del dolore*, *op. cit.*, p. 87. Molto spesso si crede erroneamente che la depressione non sia una malattia comune. Questa percezione deriva spesso dal fatto che gli individui non dispongono degli strumenti adeguati a esprimere e comunicare la propria sofferenza. Storicamente, questa convinzione era legata alla falsa idea che alcune popolazioni avessero il cervello più piccolo rispetto alle altre, risultando così incapaci di elaborare e liberarsi del dolore.

²⁸⁴ Il DSM IV definisce la depressione come la comparsa di sintomi e la loro durata di almeno due settimane, ovvero: umore depresso, la mancanza di interesse nello svolgere attività, mancanza di sonno, mancata concentrazione, sensi di colpa e autosvalutazioni.

²⁸⁵ P. Coppo, *Le ragioni del dolore*, *op. cit.*, pp. 64-66. Nel 1952 fu scoperto il primo antidepressivo, l'iproniazide, e nel 1957 l'imipramina, il primo vero farmaco antidepressivo ampiamente utilizzato. Queste scoperte coincidono con il periodo in cui la depressione iniziò ad essere riconosciuta come un disturbo comune in Africa.

²⁸⁶ Ivi, p. 89.

generano una sorta di alterazione di noi e del mondo²⁸⁷. È come se il nostro *essere-nel-mondo*, prima di entrare a contatto con la sofferenza, mantenesse il suo status di tranquillità per poi perderlo gradualmente sviluppando determinati sintomi. Ciò che hanno in comune gli individui affetti da depressione sia in Oriente che in Occidente sono i sintomi, ovvero: la separazione da un corpo che non è il proprio, l'intrappolamento, la disperazione e l'esaurimento. Si può osservare come in una società in cui vige più libertà, l'incidenza della depressione può essere maggiore: questo è un indicatore che permette di dimostrare come l'approccio etnopsichiatrico non si limiti a considerare un solo e unico modello di trattamento.

Il carattere di unicità dell'esperienza della depressione è riconosciuto da un approccio che indaga l'individuale ma che agisce sull'universale²⁸⁸. L'etnopsichiatria mette in luce una funzione specifica delle culture umane ovvero la funzione patoplastica²⁸⁹ secondo la quale determinate caratteristiche culturali possono contribuire alla genesi di un disturbo. Questa dinamica è intrinseca ad ogni cultura e plasma la sofferenza umana generica secondo forme specifiche che risultano comunicabili, negoziabili e trattabili all'interno di un contesto dato. La stessa funzione è all'origine di sindromi modellate dalla cultura o, meglio, "ordinate dalle cultura"²⁹⁰, in cui il termine ordinate è da intendersi sia nel senso di "messe in ordine" sia di "prescritte".

La psichiatria tradizionale ha spesso trattato le Cultural-Bound Syndromes come sindromi comportamentali e psicopatologiche di carattere universale, attribuendole a cause naturali e biologiche. Tuttavia, non ha sempre tenuto conto che le proprie osservazioni potrebbero essere influenzate dalla cultura in cui essa stessa opera: in questa prospettiva, ciò che determina la natura coincide anche con ciò che è determinato dalla cultura. Ciò provoca un cambio di prospettiva per la psichiatria, il quale influisce sul modo di percepire la malattia mentale e la sua conseguente classificazione.

²⁸⁷ Ivi, p. 105. Piero Coppo mostra come la vita umana sia sottoposta ad un continuo rapporto con le perdite: molto spesso sono proprio queste ad essere causa della depressione. Queste perdite, che avvengono in diverse fasi della vita, sono sempre legate agli *eventi di vita* e riguardano il mondo relazionale, emotivo, lavorativo dell'individuo.

²⁸⁸Ivi, p. 145-149. L'autore evidenzia come questo approccio implichi un riconoscimento costante del divenire dei disturbi depressivi. La depressione si caratterizza infatti per la sua dinamicità e si manifesta in modi diversi a seconda delle influenze culturali, sociali e individuali. Ogni società e cultura, caratterizzate dalle proprie tradizioni, pratiche e credenze, interpreta e reagisce in modo distinto al fenomeno alla depressione.

²⁸⁹ P. Coppo, *Etnopsichiatria dei disturbi depressivi: un aggiornamento*, art. cit., p. 441.

²⁹⁰ Ibid.

La depressione, intesa come sindrome psicopatologica, rappresenta il risultato delle modalità attraverso cui la società affronta e codifica le emozioni dolorose associate a sentimenti come la tristezza. Gli etnopsichiatri si interrogano su come tradurre determinate sindromi culturali qualora non esistano corrispettivi immediati nella cultura che si pone la questione. La traduzione del termine depressione in paesi europei come la Francia, la Spagna e l'Italia appare essere semplice, ma non trova equivalenti diretti in molte altre lingue come l'Africa o l'Asia. Di fronte a questa difficoltà, la psichiatria culturale, per mantenere il presupposto della "naturalità" del concetto di "depressione", può arrivare a tre conclusioni; il fenomeno esiste ma non è riconosciuto per mancanza di strumenti comunicative; il fenomeno esiste ma appare sotto altre forme²⁹¹; o infine per un mancato sviluppo etica della dimensione culturale, esso non è stato approfondito abbastanza.

Per affrontare queste difficoltà relative all'impossibilità della traduzione immediata, occorre aderire alla soluzione proposta da Piero Coppo, la quale rispetta l'alterità in modo più complesso. Questo metodo prevede un approfondimento e uno studio delle specificità culturali e delle diverse manifestazioni della sofferenza umana che riconoscano la validità e l'importanza dei discorsi di contesti culturali nella comprensione e nel trattamento delle sindromi psicopatologiche. Questo corrisponde all'approccio della pratica etnografica di Ernesto De Martino, il quale descrive il concetto di epoché etnografica come segue:

«è chiamato [...] ad esercitare una epoché etnografica che consiste nell'inaugurare, sotto lo stimolo dell'incontro con determinati comportamenti culturali alieni, un confronto sistematico ed esplicito tra la storia di cui questi comportamenti sono documento e la storia culturale occidentale che è sedimentata nelle categorie dell'etnografo impiegato per osservarli, descriverli e interpretarli: questa duplice tematizzazione della propria storia e della storia aliena è condotta nel proposito di raggiungere quel fondo universalmente umano in cui il "proprio" e l'"alieno" sono sorpresi come due possibilità storiche di essere uomo, quel fondo, dunque, a partire dal quale anche "noi" avremmo potuto imboccare la strada che conduce all'umanità aliena che ci sta davanti nello scandalo iniziale dell'incontro

²⁹¹ Cfr. P. Coppo, *Etnopsichiatria dei disturbi depressivi: un aggiornamento*. In questo caso l'autore tratta di disturbi somatici o episodi deliranti.

etnografico. Il questo senso l'incontro etnografico costituisce l'occasione per il più radicale esame di coscienza che sia possibile all'uomo occidentale»²⁹².

De Martino invita a vedere l'etnografia non solo come scienza descrittiva ma come un processo di scoperta che va oltre alla mera osservazione dell'altro, trasformandosi in un processo di auto-riflessione. La duplice tematizzazione delle storie culturali, propria e altrui, mira a svelare un fondo universale dell'umanità. Questo è un elemento chiave all'interno di un mondo globalizzato in cui le interazioni tra culture, sono sempre più frequenti. Le categorie con cui interpretiamo il mondo non sono universali, ma storicamente e culturalmente determinate e l'incontro con l'altro è ciò che permette di effettuare un esame di coscienza sulla propria identità. Ad esempio, se ogni cultura affronta il passaggio della morte e del lutto, ognuna di esse affronta la vulnerabilità a queste condizioni in modo diverso. L'appartenenza di un gruppo ad una determinata condizione culturale rafforza la capacità di integrare tali esperienze critiche senza eccessivi squilibri e senza crisi protratte nel tempo. Il soggetto di un simile processo, nel cercare di proteggersi dalla "crisi della presenza", può dare origine all'esperienza psicopatologica la quale non sembra dipendere unicamente dalle caratteristiche endopsicologiche²⁹³ o biografiche dell'individuo, ma piuttosto dalle caratteristiche del contesto culturale e dalla disponibilità di dispositivi simbolico-rituali attivabili a tale scopo. L'esperienza della perdita e della morte varia notevolmente a seconda che queste vengano percepite come un arresto drammatico nel corso dell'esistenza individuale lungo una traiettoria di tempo lineare e irreversibile, oppure in contesti dove esse sono inserite in un disegno sovraindividuale e in un tempo reversibile e ciclico.

L'accentuazione della sofferenza è ben visibile non solo nelle società moderne occidentalizzate, ma anche in tutte quelle società soggette a pressioni acculturative e deculturative. Ciò incrementa da parte dell'uomo una condizione di inibizione rispetto alle azioni, la tendenza ad un isolamento sociale, la sincronizzazione con il tempo lineare

²⁹² E. De Martino, *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali* [1977], a cura di C. Gallini, Einaudi, Torino, 2002, pp. 390-391; nuova ed. a cura di G. Charuty, D. Fabre e M. Massenzio, Torino, Einaudi, 2019.

²⁹³ P. Coppo, *Etnopsichiatria dei disturbi depressivi: un aggiornamento, op. cit.*, p. 451.

Le funzioni endopsicologiche si riferiscono ai processi interni della mente che influenzano il pensiero, le emozioni e il comportamento. Questi processi includono funzioni cognitive come la percezione, la memoria, l'attenzione e il linguaggio, oltre a funzioni emotive come la regolazione dell'umore e la gestione dello stress, e funzioni motivazionali come gli impulsi e le motivazioni.

della produzione e del consumo e una competitività interindividuale. In contesti dotati di dispositivi collettivi di prevenzione, negazione e cura, questo tipo di sofferenza emerge meno frequentemente e, quando si manifesta, segue altre vie e produce differenti esiti: se così fosse la categoria nosografica dei “disturbi depressivi” dovrebbe essere considerata sotto una nuova luce, rendendo evidente la prudenza dei nosografi nel preferire il termine “disturbi” a “malattie” depressive. Di fronte alle ingenti trasformazioni socioculturali, le dinamiche d’indagine devono rivolgersi a ciò che determina l’emergere, la modificazione, l’ibridazione e il declino delle varie categorie nosografiche, piuttosto che investire energie nel tentativo di identificare “malattie” con una base naturale e universale. Queste considerazioni supportano un approccio clinico prudente nel trattare situazioni affini ai repertori indicati.

Diagnosticare la “depressione” e proporre un trattamento psicofarmacologico implica infatti l’estrazione del paziente dal suo contesto naturale e la sua inclusione nel gruppo statico e virtuale dei depressi, il quale possiede un potere di affiliazione più debole rispetto ai gruppi naturali. Il trattamento psichiatrico può indurre così un processo di acculturazione e deculturazione potenzialmente nocivo, che potrebbe portare a una dipendenza difficilmente risolvibile dal modello medico e dalla sostanza chimica. In ambito clinico etnopsichiatrico, specialmente in contesti non autoctoni, il terapeuta dovrebbe esplorare i repertori legati alla relazione con la morte, alla perdita dell’anima, e al dominio del non-vissuto. Il lavoro terapeutico può così includere una vasta gamma di azioni e prescrizioni volte a rivitalizzare, costruire protezioni durature, e favorire esperienze di nuovo inizio e promuovere quelli di protezione, primo fra tutti la continuità culturale per i migranti²⁹⁴.

3.3 La schizofrenia

Così come le sindromi culturali elencate fino ad ora, anche la schizofrenia appare essere un disturbo che non solo incide pesantemente sulla vita sociale dell’individuo, ma

²⁹⁴ Ibid. In questo contesto, l’uso del farmaco (purificato dall’ideologia che spesso lo accompagna, relativa alla sua azione eziologica) può essere indicato quando la sofferenza, per la sua durata, ha modificato la base organica (funzionale e neurochimica) dei processi di inibizione e attivazione. Somministrato per il tempo strettamente necessario, il farmaco può accelerare il tempo necessario al terapeuta per diventare alleato del paziente nella costruzione di protezioni e resistenze ai fattori di rischio. In questo modo, la sofferenza che la depressione determina può essere restituita alla società sotto forma di un discorso con un senso critico e propositivo, che l’attuale medicalizzazione tende a occultare e alienare.

addirittura colpisce la sua personalità disgregandola. Questo processo è accompagnato da una frammentazione delle categorie di tempo e spazio che strutturano l'esistenza umana. Il concetto di "schizofrenia"²⁹⁵ compare per la prima volta nel 1911 per opera di Eugen Bleuler (1857-1939) in sostituzione a quello di "Dementia praecox" popolarizzato da Emil Kraepelin (1856-1926) alla fine del XIX secolo.

La storia della schizofrenia ha una dimensione temporale che ne sottolinea il carattere universale e persistente: ciò conduce a un'indagine di tipo sociologico che non vede coinvolta solo l'evoluzione della malattia all'interno della società, ma anche un'evoluzione dell'uomo rispetto all'adattamento ad un determinato codice culturale. Questo permette di interrogarsi se tale disturbo sia influenzato dal grado di sviluppo di una società e in che misura, più in generale, la presenza o l'assenza dello stesso disturbo possa incidere sul suo livello di avanzamento. Quando esaminiamo i cambiamenti sociali e culturali, prendiamo in considerazione anche l'evoluzione delle malattie mentali, ovvero: la modalità in cui i disturbi mentali vengono riconosciuti e stigmatizzati. Nelle società meno sviluppate c'è la possibilità che tali disturbi vengano attribuiti a fattori soprannaturali o morali, creando in questo modo divisione e marginalizzazione sociale.

La schizofrenia si manifesta in modo spontaneo nell'uomo che vive e interagisce in un determinato contesto culturale: l'esperienza intersoggettiva muove verso la frammentazione delle funzioni mentali fondamentali, intelligenza e affettività. Nella classificazione della schizofrenia convergono alcuni dei sintomi psicotici più gravi, quali disturbi del linguaggio, allucinazioni visive e uditive, difficoltà nelle relazioni interpersonali che generano una tendenza all'isolamento²⁹⁶. In generale, le teorie biologiche, che hanno incluso anche ipotesi vitalistiche, hanno ridotto la schizofrenia ad una questione di alterazioni di alcune aree corticali e di conseguenti risposte autoimmuni. Ciò non ha fornito però soluzione definitive: pur attraverso l'uso dei farmaci, si nota infatti come questi possano ridurre alcuni sintomi senza eliminarli però totalmente. A conferma di ciò è l'esempio le allucinazioni uditive, che persistono nell'individuo schizofrenico nonostante le cure farmacologiche. Malgrado ciò, l'identità genetica dell'individuo ha un'importanza notevole, nella misura in cui questa interagisce con l'ambiente sociale e culturale e contribuisce alla genesi del disturbo. Il carattere culturale

²⁹⁵ R. Beneduce, *Breve dizionario di etnopsichiatria*, op. cit., p. 110-111.

²⁹⁶ Ibid.

della malattia è ben visibile, in particolare, nella società nord-americana in cui la schizofrenia sembra riprodurre in forme estreme valori come l'autonomia, l'individualismo, il controllo delle emozioni e del mito del "self-made man".

Possiamo notare infatti come l'International Pilot Study on Schizophrenia²⁹⁷ – uno studio condotto negli anni Settanta dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e successivamente confermato da ulteriori ricerche – definisce il *profilo storico-culturale* di questa malattia. Emergono a questo proposito differenze significative nei vari contesti riguardo all'incidenza, all'esperienza individuale, al decorso e alla prognosi della schizofrenia, fattori, questi, influenzati anche dalle diverse risposte sociali. Indipendentemente dal fatto che l'esperienza e l'interpretazione di condizioni simili differiscono notevolmente in società non occidentali, numerose critiche sono state mosse anche all'interno della psichiatria occidentale riguardo alla presunta autonomia e unità nosografica della schizofrenia.

Inoltre, autori come Janis Hunter Jenkins²⁹⁸ ed Ellen Corin²⁹⁹ hanno analizzato, con approcci differenti, le dimensioni soggettive della schizofrenia mostrando come questi influenzino non solo i percorsi di guarigione, ma anche il significato paradossale di "nicchia" protettiva che la malattia può assumere per alcuni pazienti. È con Georges Devereux che la schizofrenia assume la forma di sindrome culturale. Ciò che ha portato a considerarla tale è stato il riconoscimento del suo carattere cronico, l'autore infatti la definisce come una "psicosi senza lacrime"³⁰⁰, sottolineandone in questo modo la particolare coerenza con l'ethos e con la cultura della società statunitense, dove è comune la diagnosi di tale condizione. Devereux mostra come la schizofrenia sia legata al concetto di adattamento, poiché la capacità di sopravvivere e prosperare è compromessa quando una parte significativa dei suoi membri soffre di disturbi mentali. L'autore elabora una teoria sociologica della schizofrenia, in cui essa è concepita come un disturbo funzionale che non solo concerne la dimensione biologica individuale, ma è strettamente connessa

²⁹⁷ Ibid.

²⁹⁸ Cfr. J.H. Jenkins, R.J. Barrett, eds., *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity: The Edge of Experience*, Cambridge, Cambridge University Press, 2004.

²⁹⁹ Cfr. E.E. Corin, *Facts and Meaning in Psychiatry. An Anthropological Approach to the Lifeworld of Schizophrenics*, "Culture, Medicine and Psychiatry", 14(2), 1990, pp. 153-188.

³⁰⁰ G. Devereux, *Saggi di etnopsichiatria generale, op. cit.*, p. 245.

alla partecipazione dell'individuo a una cultura: in questo modo la prospettiva di Devereux soddisfa il criterio della comodità³⁰¹.

L'autore mostra come la schizofrenia rappresenti la psicosi più diffusa nella società moderna³⁰². Questa appare essere da un lato di origine organica – poiché resistente ai trattamenti proposti di carattere bio-medico – ma d'altro canto si nota come la stessa, definita come “schizofrenia nucleale”, non sia presente nelle popolazioni primitive, ma sia un prodotto culturale, ovvero sia determinata da un processo di acculturazione e oppressione violenta.

L'idea di primitività non è da ridurre all'alfabetizzazione o alla tecnologia, ma comprende la complessità culturale e sociale della popolazione. La cultura moderna è caratterizzata da un vasto numero di tratti culturali³⁰³ rispetto alle culture più semplici delle società primitive: l'equilibrio culturale diviene l'elemento chiave per comprendere il manifestarsi di nuovi sintomi culturali³⁰⁴. Ciò non significa che l'individuo primitivo debba essere considerato come “ingenuo”³⁰⁵, ma significa che è predisposto a percepire questi rapporti culturali un livello basso di astrazione. Smentire l'evoluzione dei tratti culturali significherebbe in parte negare l'esistenza di modelli culturali e di conseguenza disconoscere le sindromi che si sviluppano a partire dagli stessi. La difficoltà, in questo senso, è legata empiricamente alla ricchezza differenziale di una cultura rispetto a un'altra: si può immaginare una cultura complessa ma povera di tratti culturali, così come una cultura semplice ma ricca di tratti culturali. Questo è possibile nonostante il fatto che la *ricchezza* di una cultura derivi proprio dal contesto multiplo che conferisce a ciascun tratto una varietà di significati, i quali sono essi stessi i tratti culturali. La schizofrenia, dunque, sarebbe provocata da tentativi inefficaci di adattarsi a un ambiente in trasformazione, il quale, dunque, non è di per sé la causa della schizofrenia. Lo

³⁰¹ Ivi, p. 242. La scelta dell'autore di questo criterio è relativa al fatto che la teoria non contiene nessun elemento che non abbia la possibilità di essere dotato di un significato operativo.

³⁰² Ivi, p. 245.

³⁰³ Ivi, p. 218. In una cultura, ogni tratto culturale può essere suddiviso in elementi più semplici e organizzato in strutture che conferiscono loro significato all'interno del contesto culturale. La differenza fondamentale tra “alta” cultura e “bassa” cultura risiede nel numero e nella complessità di questi tratti culturali. Se una cultura ha un numero maggiore di tratti rispetto a un'altra, si dice che ha un inventario culturale più ricco. Questa ricchezza culturale influisce sull'ambiente sociale e culturale in cui gli individui devono orientarsi. L'orientamento culturale è essenziale tanto quanto l'orientamento fisico nell'ambiente naturale, ma è significativamente più complesso a causa della varietà e della complessità dei tratti culturali e delle regolarità sociali. Ad esempio, le norme sociali, le leggi, le consuetudini e le pratiche religiose sono tutte parte di questo ambiente culturale che determina il comportamento e le aspettative sociali.

³⁰⁴ Ivi, pp. 220-221.

³⁰⁵ Ivi, pp. 221-223.

schizofrenico reagisce al mondo esterno incorporando nuove sensazioni senza riuscire a valutarle nel modo corretto: nessuna nuova impressione è abbastanza differenziata da influenzare le sue reazioni o da fornire una struttura coerente alla sua personalità³⁰⁶.

Lo sviluppo della schizofrenia, pertanto, è correlato alla struttura organizzativa della cultura stessa. Di conseguenza, i trattamenti per curare la schizofrenia risultano vani, poiché i veri sintomi non sono una questione puramente organica, ma dipendono dall'esistenza e dai valori della determinata cultura in cui l'individuo è inserito. In altre parole, la schizofrenia viene mantenuta viva dalla sua costruzione culturale³⁰⁷. Quando un tratto culturale è stabilito e non subisce alterazioni apparenti, può essere difficile riconoscerne l'uso patologico o sintomatico. Tuttavia, in casi di evidente e persistente inadeguatezza nell'applicazione di tale tratto, si può comprendere che non si tratta di un comportamento culturale ordinario, positivo o neutro, ma di uno sfruttamento sintomatico di un elemento culturale. Molto spesso le tecniche diagnostiche più avanzate risultano inefficaci nelle mani di psicologi e psichiatri, che, non riconoscono come una grave malattia mentale possa celarsi dietro una facciata culturale apparentemente normale. Devereux riconosce alla sindrome culturale un carattere d' universalità, poiché l'individuo definito normale è portato a vivere questa condizione e i sintomi provati dalla persona affetta da schizofrenia sono già preconfezionati nell'ambiente culturale. Non sempre i sintomi manifestati dai pazienti rappresentano la schizofrenia³⁰⁸. Molto spesso accade che individui disturbati in modo inconsapevole ma accondiscendente, adottino la maschera dello schizofrenico: anche ammettendo che la schizofrenia sia una condizione organica, molti dei pazienti diagnosticati non sono veri schizofrenici, ma individui che presentano sintomi analoghi indotti o attesi da loro stessi in base alle aspettative sociali.

Devereux mostra come sarebbe utile, per comprendere la schizofrenia, rifarsi ai test di personalità, i quali distinguerebbero i vari comportamenti e condurrebbero a risultati veritieri. La personalità etnica dell'uomo moderno è intrinsecamente schizoide e rimane tale anche quando manifesta sintomi isterici o maniaco-depressivi a causa di conflitti

³⁰⁶ Ivi, p. 235.

³⁰⁷ Ivi, pp. 245-246. Di conseguenza, secondo Devereux, la formazione dello psicoterapeuta – sia esso psichiatra o psicoanalista – rimane incompleta finché non ha superato non solo i suoi conflitti soggettivi ma anche quelli oggettivi, ovvero quelli della società di appartenenza. Il trattamento diviene particolarmente difficile quando psicoterapeuta e paziente condividono valori, credenze e pratiche sociali implicitamente disfunzionali e quando il contesto sociale in cui avviene la terapia favorisce comportamenti fondamentali irrealistici.

³⁰⁸ Ivi, p. 248-252.

idiosincratici: il paziente elabora non solo sintomi che si adattano alla sua specifica isteria, ma anche i sintomi schizoidi o schizofrenici che riflettono i suoi conflitti culturali³⁰⁹. Comportamento ed esperienza interiore sono organizzati da quelli che Devereux chiama "assi di comportamento"³¹⁰, attorno ai quali si sviluppano atteggiamenti concernenti schemi o strutture di comportamento, essendo questi l'asse biologico, culturale, esperienziale e nevrotico. Questi modelli includono una disconnessione dagli altri individui sia dal punto di vista biologico che culturale, il *distacco dalle relazioni umane*, vale a dire una disconnessione emotiva che sfocia nella *riservatezza* e nella *la mancanza di reattività* all'interno delle situazioni. Ciò porta il soggetto ad isolarsi, divenendo così, incapace di comunicare e di relazionarsi con gli altri, costruendosi la sua esistenza in un proprio mondo. Questo fa sì che l'individuo ricada in una sorta di frammentazione delle attività svolte e delle relazioni con gli altri individui che porta a una cancellazione della frontiera tra reale e immaginario, creando invece fissazioni. La personalità dell'individuo schizofrenico diventa ingestibile, portando quest'ultimo a generare comportamenti autodistruttivi che compromettono sia la sua salute fisica sia la non accettazione del codice culturale predisposto in ogni società.

In questo contesto, la riflessione sull'essere umano è resa ancora una volta possibile grazie alla valorizzazione del rapporto tra *psiche* e *cultura*. Questo suggerisce che ogni espressione culturale ha valore indipendentemente dall'appartenenza geografica e dalla distinzione tra cultura popolare e d'élite: Devereux, infatti, attribuiva grande importanza alle tradizioni culturali e ai miti, ritendendo che essi riflettessero profonde verità psicologiche e collettive. L'autore, perciò, critica l'esclusivismo e la rigidità culturale accentuando l'importanza di comprendere tutte le forme culturali e affermando come sia la cultura sia l'uomo abbiano la propria dinamicità. Ogni cultura funge da guida per determinare quali comportamenti siano considerati corretti e scorretti, offrendo così un quadro di norme, valori e aspettative sociali che regolano i comportamenti interni.

Tuttavia, è importante riconoscere come anche i comportamenti considerati scorretti sono strettamente determinati dalla cultura in cui si manifestano.

³⁰⁹ Ibid.

³¹⁰ Ivi, pp. 99-105.

Devereux individua dei modelli comportamentali propri della nostra società che conducono e predispongono alla schizofrenia.

Secondo Devereux, la schizofrenia rappresenta la psicosi più diffusa e complessa, caratterizzata da sintomi che, in parte, sembrano essere mantenuti in vita da alcuni tratti caratteristici dell'individuo. Questo aspetto potrebbe far sembrare che la schizofrenia sia incurabile: le osservazioni di Devereux indicano che alcuni sintomi possono essere alimentati da dinamiche culturali profonde, rendendo difficile l'applicazione di un trattamento oggettivo³¹¹. Devereux osserva che sia il nevritico che lo psicotico si appropriano di tratti culturali ma in modi diversi: mentre il nevrotico utilizza i tratti culturali per tentare di sopprimere i conflitti interni e mantenere un senso di normalità, lo psicotico sfrutta sistematicamente determinati tratti culturali per fini psicopatici. Questo può comportare una distorsione della realtà e un comportamento disadattivo che va oltre i limiti di cultura accettabili. La comprensione di queste dinamiche psicologiche è essenziale per sviluppare trattamenti più efficaci e sensibili alle specifiche esigenze dei pazienti affetti da schizofrenia e psicosi. I disturbi, dunque, non sono isolati dalla società ma prendono forma dalla stessa. Sono le norme culturali, le aspettative sociali e le strutture di potere che contribuiscono alla formazione e all'espressione dei disturbi mentali.

La valorizzazione della cultura si inserisce nel quadro teorico più ampio proposto da Devereux per comprendere il funzionamento psichico dell'uomo, sia nelle sue manifestazioni sane sia in quelle patologiche. Questa teoria non mira a spiegare un particolare disturbo mentale o psichiatrico in generale, ma aspira a fornire un metodo interpretativo per ogni processo psichico.

Devereux mostra come l'unico modo per sopravvivere all'interno della società sia quello di interrompere l'incoraggiamento dello sviluppo della psicosi collettiva poiché questa è la causa della minaccia della nostra esistenza: il soggetto deve trovare un punto d'incontro tra le esigenze sociali e i propri comportamenti. Se la cultura occidentale moderna predispone gli individui a rispondere al loro stress attraverso sintomi che corrispondono a quelli della schizofrenia, anche in assenza di una vera e propria patologia schizofrenica l'imperativo diviene quello di sottolineare l'urgenza di un profondo

³¹¹ Ibid. Ad esempio, la teoria edipica suggerisce che alcuni pazienti schizofrenici possono mantenere sintomi legati a un complesso edipico non risolto che si manifestano attraverso relazioni disfunzionali con i genitori. Ciò rende complicato accostare oggettività e trattamento in quanto si devono considerare le radici culturali e individuali dei sintomi.

cambiamento socioculturale affinché e possano essere promossi valori e comportamenti che sostengano il benessere mentale e collettivo³¹².

³¹² Cfr. Ivi, p .248.

CAPITOLO 4: IL PANORAMA CULTURALE DEL XXI SECOLO

4.1 *La condizione umana e culturale del dolore*

Di fronte agli incessanti cambiamenti delle società contemporanee, persiste un aspetto della vita umana che rimane invariato e che si esprime attraverso diverse forme: l'esperienza del dolore. Il concetto di dolore è stato oggetto di numerosi studi³¹³, i quali hanno cercato di comprenderne non soltanto il significato rispetto al malessere fisico, ma anche lo sviluppo e la rispettiva interpretazione all'interno dei diversi contesti culturali.

Pur essendo un'esperienza strettamente personale, l'interpretazione del dolore è influenzata fortemente dal contesto in cui l'individuo è inserito, e dalle relazioni che intrattiene con il mondo circostante: ciò significa che il dolore fonda le proprie radici nella cultura. È pertanto impossibile tenere separati la cultura, il dolore e il corpo: quest'ultimo, infatti, non è immune dall'interpretazione culturale ma è immerso in tutti quegli elementi storici, sociali, politici ed etici che determinano le peculiarità della sua relazione con il mondo. Ogni cultura è portata a provare dolore e lo inserisce in quel processo di incorporazione di abitudini tipico dell'essere umano: in questa prospettiva, quindi, l'individuo è "educato" all'incorporazione del dolore.

Ciò che davvero differenzia il dolore non è l'esperienza che si fa di esso, quanto piuttosto la sua rappresentazione culturale e il significato che viene attribuito alle cause e alle conseguenze della sofferenza³¹⁴. Incorporiamo il dolore al punto che si può arrivare a parlare di una *fenomenologia del dolore*: il fatto di abitare un corpo, infatti, è strettamente legato all'aver incorporato una cultura, la quale permette di essere davvero individui abitando il proprio spazio, il proprio tempo e di sapere rappresentare questi elementi.

La comprensione del dolore è resa possibile non dal solo studio del solo corpo umano³¹⁵ – poiché il dolore non può essere inteso come elemento di riposta agli stimoli –

³¹³Si veda, in particolare, D. Le Breton, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, 2006; trad. it. di R. Capovin, *Antropologia del dolore*, Milano, Meltemi, 2016, pp. 7-8.

Nell'antichità, secondo la tradizione aristotelica, il dolore era concepito come una forma particolare di emozione che toccava nel profondo l'anima umana. Successivamente con l'avvento della filosofia meccanicista, specialmente con Descartes, il dolore è stato reinterpretato come una sensazione prodotta dalla macchina corporea. In questa visione, il ruolo attivo dell'uomo nella costruzione della sofferenza veniva oscurato e ridotto ad un mero effetto meccanico dovuto all'eccesso di stimolazione sensoriale.

³¹⁴ Cfr. G. Pizza, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, op. cit., p. 115.

³¹⁵ D. Le Breton, *Antropologia del dolore*, Milano, Meltemi, 2016, p. 44. Il corpo umano non può essere ridotto alla sua biologia, poiché è decisivo il modo in cui l'uomo lo sperimenta e lo percepisce. Il corpo è

quanto dall'interesse per l'esistenza dell'uomo e per la sua storia personale. Il dolore, infatti, non è solo un'esperienza sensoriale o una difesa dell'organismo, né tanto meno può essere ridotto ad una spiegazione legata a sacrifici religiosi o a forme di espiatione dei peccati. Esso, perciò, può essere visto sia come una condizione biologica –ovvero come la risposta di un danno corporeo che causa una carenza fisica – sia come un'esperienza che trascende la dimensione psicologica per delineare il tracciato esistenziale dell'individuo. In questa prospettiva il corpo subisce un'alterazione delle categorie spazio-temporali che caratterizzano l'esistenza umana: la distinzione, dunque, ricade sulla differenza tra realtà fisica e realtà mentale. Limitarsi a cogliere la dimensione meccanicista del dolore – come delineato da Descartes – che dona al corpo una sorta di autonomia, vorrebbe dire trascurarne la dimensione esistenziale, che solleva questioni in merito al rapporto degli individui con il mondo e dell'esperienza che ne fanno.

Le situazioni che portano a provare dolore non sono unicamente riducibili a incidenti fisici e un dolore che non si tocca viene percepito nel soggetto. Inoltre, le relazioni al dolore differiscono secondo la storia personale di ciascun individuo e dal tipo di civiltà in cui esso è inserito. Con ciò si spiega, ad esempio, l'atteggiamento contrastante che viene assunto dagli individui rispetto ad una perdita. Si conosce la vera essenza del dolore attraverso l'esperienza³¹⁶: il mondo di un individuo viene trasformato nella sua interezza creando una discontinuità tra *patimento e rivelazione*³¹⁷.

definibile anzitutto attraverso il suo significato simbolico, solo successivamente si configura come un'entità biologica. Pertanto, la causalità fisiologica non basta a spiegare la complessità del dolore umano, il quale risponde a molteplici cause e si intreccia con la relazione inconscia; che l'individuo ha con sé stesso interagendo con i modelli culturali e sociali. Il dolore, infatti, può manifestarsi senza alterazioni fisiche visibili: testimonianza di ciò sono i pazienti "funzionali", i quali costituiscono una grande parte delle visite mediche e di cui la sofferenza non è inferiore, dal punto di vista esistenziale, a quella tipica delle lesioni organiche. Il dolore può essere concepito come appello o, meglio, come una richiesta di riconoscimento che infrange uno stato di solitudine. Esso, inoltre, può diventare una forma di autodifesa atta ad evitare, di affrontare situazioni percepite come una minaccia per la nostra identità. Questa capacità dell'uomo di creare sintomi dolorosi trova un contrappeso nell'efficacia simbolica (l'effetto placebo) che può alleviare il dolore quando si creano le condizioni favorevoli. Questo dimostra come la realtà del corpo sia radicata nel simbolico e nel rapporto fondamentale con l'altro.

³¹⁶ S. Natoli, *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*, Milano, Feltrinelli, 2001, p. 7. Accedere ad una tematica di questo tipo ci permette di affermare che non esiste esperienza senza conoscenza. La nostra capacità di riconoscere e rispondere al dolore, e dunque fare esperienza del dolore, è influenzata dalle conoscenze pregresse che abbiamo acquisito attraverso l'educazione e il contesto culturale. Se l'esperienza del dolore viene considerata come "ciò che ci conosce", allora avremmo a che fare con un flusso di accadimenti distinguibili, grazie alla conoscenza, in fisici, psichici e ideali.

³¹⁷ Ivi, p. 10. Il dolore, in questo senso, è visto come un potente agente di cambiamento che costringe l'individuo a ristrutturare la propria visione del mondo e di sé stesso. Il dolore, dunque, può fungere da catalizzatore per una rivelazione.

Gli studi condotti sul dolore, mostrano come questo sia ad un tempo una questione ontologica e un caso di incertezza epistemologica³¹⁸. Questo aspetto è presente già negli scritti di Ludwig Wittgenstein, dove l'autore evidenzia come il ruolo attivo del linguaggio esprima il dolore provato dall'individuo e come le espressioni psicologiche apprese attraverso la cultura, riflettano una condizione interna. Wittgenstein rivolge una critica al concetto di esperienza come entità oggettiva e misurabile, suggerendo come il dolore debba essere compreso a partire dalle pratiche linguistiche e culturali attraverso le quali viene espresso e comunicato. Nelle *Ricerche filosofiche*³¹⁹, Wittgenstein afferma che l'espressione verbale del dolore non va a descrivere, ma a sostituire il dolore: questo, infatti, non può essere ridotto a una sensazione sensoriale. Il dolore, dunque, non assume la caratteristica di semplice comportamento, ma appare essere il termine perfetto che identifica gli stati psicologici di comportamento ed espressione: il dolore in questo senso è complice dei giochi linguistici che attuiamo nella società e nei rapporti con gli altri.

Il lavoro condotto da Edmund Husserl è fondamentale per la comprensione del fenomeno del dolore, il quale viene messo a fuoco attraverso l'analisi della sensazione della intenzionalità. Nelle *Ricerche Logiche*³²⁰, e in particolare nel quindicesimo paragrafo della quinta ricerca, l'autore si occupa di definire il dolore con un'attenta considerazione delle posizioni di Franz Brentano (1838-1917) e Carl Stumpf (1848-1936).

Brentano, precursore della psicologia descrittiva, considerava il dolore come un'emozione o, meglio, un'esperienza intenzionale diretta verso l'atto di sentire. Diversamente, Stumpf con un approccio più rivolto alla sensorialità, assumeva il dolore come un'esperienza non intenzionale, descritta come una sensazione che unisce la dimensione sensoriale e affettiva. Cercando di far dialogare queste due prospettive, Husserl mostra come il dolore sia una condizione essenziale, innegabile e non referenziale: non esiste in questi termini un vero e proprio oggetto del dolore. Il dolore viene legato all'esperienza sensibile e pur essendo non referenziale, la coscienza del dolore appare sfuggire dalla sua connotazione intenzionale. Husserl sostiene che vi sono

³¹⁸ Cfr. L. Vanzago, *The Experience of Pain. Epistemological, Hermeneutical and Ontological Aspects*, "Discipline filosofiche", 32(1), 2022, pp. 81-96.

³¹⁹ L. Wittgenstein, *Philosophical Investigations*, trad. a cura di G.E. M. Anscombe, Oxford, Blackwell, 1953; trad. it. a cura di M. Trinchero, Torino, Einaudi, 1974.

³²⁰ E. Husserl, *Logische Untersuchungen*, Halle, Niemeyer, 1900-1901; trad. it. a cura di G. Piana, *Ricerche logiche*, III, IV, V, VI, Milano Il Saggiatore, 1968.

esperienze propriamente intenzionali, connesse al dolore; al contempo, egli distingue i sentimenti e le sensazioni. Il dolore, in questo senso è un caso di struttura non intenzionale. Tuttavia, la localizzazione del dolore nel corpo e la connessione con le cause implicano una dimensione intenzionale, poiché richiedono un riferimento all'oggetto del dolore: in questo senso, la sensazione di dolore può essere collegata a cause e localizzazioni specifiche. Questo permette di mettere a fuoco la distinzione tra *Körper* e *Leib*³²¹. Il *Körper* è il corpo materiale, mentre il *Leib* rappresenta il corpo vivente, che funge da punto di riferimento spaziale e fattore di volontà e movimento. Questa duplice modalità di definire il corpo permette di comprendere come il dolore possa essere esperito in modi che vanno al di là della mera percezione sensoriale. Quello che comporta il dolore, nella visione fenomenologica, è qualcosa che va oltre alla spiegazione riduzionistica della neurologia tradizionale.

Diviene comprensibile come il dolore separi l'io dal mondo, mostrando una realtà diversa per l'individuo in causa, il quale: risponde in modo variabile e discontinuo, a volte resistendo, altre volte rigettando le sue debolezze in questa condizione. Il dolore ha un'origine, una natura, un'intensità ed è anche caratterizzato dal fatto di lasciare segni fisici, morali e sociali³²². Esso espone l'individuo al fenomeno della *perdita di sé*³²³, ovvero la disconnessione tra la propria identità e la propria integrità. Il dolore, dunque, ha delle sfumature e dei timbri che configurano la sua esperienza intensa: questo ha un carattere onto-cosmologico³²⁴ ed è un principio attivo perché è ciò provoca la "frattura"³²⁵ nell'identità dell'individuo. Il dolore disgrega l'identità dell'individuo opprimendolo e lacerando il suo rapporto con sé stesso e il mondo: si rinuncia temporaneamente a un'identità personale in virtù di un'identità del dolore che caratterizza i nostri comportamenti abituali e la relazione con gli altri. Potremmo paragonare il dolore a una presenza estranea che smantella l'individuo dall'interno. Secondo tale prospettiva,

³²¹ E. Husserl, *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie*, vol. II, *Phänomenologische Untersuchungen zur Konstitution*, a cura di M. Biemel, La Haye, Martinus Nijhoff, 1952, trad. it. a cura di E. Filippini, *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*, vol. II: *Ricerche fenomenologiche sopra la costituzione*, Torino, Einaudi, 1976, § 35-42.

³²² S. Natoli, *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*, Milano, Feltrinelli, p. 14.

³²³ Ivi, p. 27. Questa esperienza può manifestarsi come una forma di dissociazione, dove l'individuo percepisce una separazione tra sé e le proprie esperienze emotive o fisiche.

³²⁴ Ivi, p. 33.

³²⁵ Ivi, p. 32.

inoltre, la soglia del dolore³²⁶ non riguarda solo l'intensità ma anche lo spazio a disposizione verso cui esso si può manifestare: ciò che l'individuo esterna appare diverso da ciò che prova. Tuttavia, il dolore è una condizione temporanea che non riguarda l'intera vita. Inoltre, il dolore non è costante nel tempo³²⁷ e varia di intensità in modi apparentemente casuali: la fenomenologia del dolore coinvolge linee di forza e rapporti molto specifici con il mondo.

Nell'esperienza del dolore la relazione tra io-corpo è destabilizzata: in questa prospettiva si può ravvisare una continuità tra mente e natura. Oltre che prodotto delle condizioni dell'ambiente socio-culturale in cui è situato, l'uomo costituisce il proprio mondo rendendolo pieno di significati, di simboli, di aspettative e di valori attraverso i quali egli fonda la propria esistenza a partire dalla conoscenza della propria vulnerabilità. Il dolore, pertanto, ci mette di fronte alla nostra esistenza: senza la capacità di sperimentare dolore, non si conoscerebbe la vera dimensione esistenziale dell'individuo. Come afferma Luca Vanzago, il dolore appare essere l'esperienza più soggettiva di tutte³²⁸, da qui il problema della sua comunicazione. L'individuo soffre nella propria interezza e ciò permette di comprendere come il dolore che si manifesta nel corpo sia intriso di significati inconsci, sociali, culturali e individuali: è così che il dolore acquisisce una sua identità. Quando il dolore è privato del suo contesto sociale e culturale diventa una questione individuale e si trasforma nel riflesso personale di una sofferenza più ampia: esso non è più una minaccia soltanto per l'integrità fisica del corpo, ma la manifestazione di una sofferenza soggettiva.

Il dolore mostra i limiti del dualismo tra corpo e mente³²⁹, dove il corpo è di competenza della medicina e l'anima o la psiche sono appannaggio degli psicologi e degli psicoterapeuti³³⁰. Non esiste una natura del corpo, ma una condizione umana mutevole a

³²⁶ Ivi, p. 267.

³²⁷ Cfr. D. Le Breton, *Antropologia del dolore*, p. 27. L'autore definisce il dolore cronico come un ostacolo prolungato alla vita che assume intensità variabili e che impedisce il pieno svolgimento della vita quotidiana, paralizza la maggior parte delle attività senza speranza di cambiamento.

³²⁸ L. Vanzago, *Feeling and Experiencing Pain. A Comparison Between Different Conceptual Models*, "Humana.Mente Journal of Philosophical Studies", 31, 2016, pp. 135-150.

³²⁹ Cfr. G. Pizza, *Antropologia medica, op., cit.*, p. 111.

³³⁰ Ibid. La difficoltà nell'identificare le radici del dolore, il quale paralizza l'esistenza dei pazienti, è uno degli effetti collaterali di una scienza medica completamente focalizzata sul corpo e sui suoi segni. La medicina si rivolge corpo malato e dei suoi processi, non si occupa dell'uomo e del suo rapporto con il mondo. Storicamente, la medicina si è fondata su tale dualismo, escludendo la questione dell'esistenza dell'individuo per concentrarsi unicamente sul corpo umano, la sua struttura e processi patologici.

seconda del luogo e del tempo: non esiste una natura dell'uomo o una natura del mondo, più di quanto esista una natura del corpo. La vita emotiva dell'individuo è definita da strutture generali, le tonalità emotive, che ne determinano il livello di ricettività. Questo, come ricorda Vanzago, permette di comprendere come l'esperienza del dolore sia comprensibile attraverso una propria determinazione strutturale. Il dolore non si verifica in un corpo inerte o meccanico, che non potrebbe portare alla consapevolezza della sofferenza ma in una struttura caratterizzata da una ricettività generale determinata dalla propria "intonabilità emotiva"³³¹, ossia una struttura trascendentale di natura affettiva che costituisce la condizione di possibilità dell'esperienza in generale e dell'esperienza affettiva in particolare.

Le società umane costruiscono il senso e la forma dell'universo in cui si muovono, i limiti dell'azione dell'uomo del mondo sono soprattutto dei limiti di senso. Come è stato messo bene in evidenza dal sociologo francese David Le Breton, ogni sistema simbolico è un "sistema di efficacia"³³²: la natura, in questo senso, è sempre trasformata in un dato culturale e costituisce il terreno di alleanza e azione di una società o di un gruppo in un'epoca definita. Da questo punto di vista, la ricerca di significato di fronte al dolore va oltre la sofferenza immediata. La trama di senso costituisce il fondamento della cultura e l'atto di integrare il dolore in questa gli conferisce significato. La cultura incorporata diviene così parte integrante dell'individuo, orientando le sue percezioni sensoriali e fornendogli delle categorie di pensiero: in questo senso la cultura è il contesto dove si manifesta il dolore e il corpo non esiste se non in quella dimensione.

Ogni cultura adopera il proprio linguaggio per intraprendere un discorso attorno al concetto di dolore: si osserva l'uso comune di un linguaggio metaforizzato. In Giappone, ad esempio, gli Ainu utilizzano metafore per descrivere il mal di testa come "mal di testa

L'individuo che soffre non è incluso direttamente in questo paradigma: l'impossibilità di far confessare il corpo circa la realtà del dolore dell'individuo è una delle conseguenze di questa rimozione dell'uomo dall'epistemologia medica. Come l'uomo è spesso il residuo di una malattia, il dolore non localizzabile è il residuo di una conoscenza medica che stabilisce la sua sovranità su un corpo analizzato troppo da vicino. Il dolore non può essere confinato nella carne ma implica un uomo che soffre e ricorda che le modalità fisiche della relazione dell'uomo con il mondo si esprimono all'interno del legame sociale, cioè nel cuore della dimensione simbolica.

³³¹ L. Vanzago, *L'esperienza del dolore tra filosofia e neuroscienze*, Istituto Lombardo (Rend. Lettere) 155, 2021, pp. 3-12. Da questa prima determinazione, si può osservare come il dolore debba essere compreso in termini dinamici: non è sempre presente, ma accade e interviene, è riconosciuto anche dal senso comune. Il dolore è dinamico, temporale e può essere compreso solo come proprio di un soggetto vivente, ossia temporalmente strutturato. Ciò permette di comprendere il nesso tra tempo e vita, in cui il dolore, in questo senso, diviene una marca strutturale del corpo vivente.

³³² D. Le Breton, *Antropologia del dolore*, op. cit., p. 55.

dell'orso" quando la sofferenza somiglia ai passi di un orso e il "mal di testa di cervo" quando ricorda qualcosa analogo del cervo³³³. Anche nella lingua italiana, molte metafore sono utilizzate per esprimere il dolore, come ad esempio "la testa che scoppia", "lo stomaco che brucia" o "la schiena a pezzi". È come se l'esperienza dolorosa potesse essere espressa solo attraverso un linguaggio intimo e lirico, diverso da quello quotidiano. La difficoltà inerente al fenomeno del dolore sta nel suo essere inaccessibile e allo stesso tempo nel bisogno di essere comunicato: esso viene quindi riconfigurato e portato nello spazio pubblico attraverso metafore che parlano di dolore facendo riferimento a qualcos'altro.

Il dolore, tuttavia, non è soltanto un costrutto linguistico o una categoria culturale. Nascono a riguardo, infatti, dei problemi legati dall'*incorporazione del dolore*, il quale richiede di essere integrato nella percezione del proprio corpo e nella narrazione della propria esistenza. Non sempre questa integrazione è lineare, poiché il dolore tende a sfuggire alle convenzioni linguistiche e culturali, rendendo arduo il compito di comunicarlo e gestirlo socialmente: ciò influenza la vita degli individui. Un esempio di questo fenomeno è presentato dagli studi condotti dall'antropologo Mark Zborowski (1908-1990)³³⁴ negli anni Cinquanta e Sessanta³³⁵ del Novecento.

Zborowski è stato tra i primi a legare l'esperienza del dolore alla cultura, mostrando le diverse interpretazioni che è possibile fornire dello stesso. In particolare, l'autore studiò le "componenti culturali di risposta al dolore" in un esperimento condotto tra i reduci di guerra al Kingsbridge Veterans Hospital di New York, nel Bronx. Secondo tale studio, i medici americani descrivevano i malati italiani ed ebrei dell'Europa orientale come persone con una sensibilità al dolore esagerata. La soglia del dolore, infatti, non è fissata staticamente, sebbene sia collegata a diversi fattori quali la storia e le azioni collettive. Ciò, tuttavia, non legittimava una concezione della teoria del dolore basata sul carattere

³³³ Cfr. G. Pizza, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, op. cit., p. 108.

³³⁴ M. Zborowski, *Componenti culturali nella risposta al dolore*, in G.A. Maccaro, A. Martinelli (a cura di), *Sociologia della medicina*, Milano, Feltrinelli, 1977, pp. 108-126.

³³⁵ Ibid. Questi studi esploravano la relazione tra il dolore e "l'appartenenza etnica", presupponendo che quest'ultima fosse un dato di fatto. Oggi sappiamo che il termine "etnico" riflette più l'ideologia classificatoria di chi lo usa che una realtà oggettiva. Le "etnie" non sono entità concrete, ma classificazioni politiche utilizzate sia dagli studiosi che dai membri dei gruppi descritti come "etnici", spesso coinvolti nell'autorappresentazione politica della propria "etnicità".

della “nazionalità”, il lavoro dell’autore, infatti, fissava i soggetti a una loro appartenenza basata su stereotipi nazionali.

La criticità di tale studio consiste nel fatto di non tenere in considerazione le forme soggettive, emozionali e contestuali che caratterizzano l’individuo malato. Invece di approfondire le differenze essenziali e oggettive, si alimentano le differenze culturali partendo da elementi differenziali minimi. In linea con ciò che è stato affermato da Arthur Kleinman, il contributo significativo di Zborowski fu quello di sottolineare l’importanza delle componenti culturali del dolore e di mostrare come i significati influenzano notevolmente i comportamenti. Ciò ha portato tuttavia a far sì che sociologi e operatori dell’assistenza si imbattessero in un’impasse ad un tempo metodologica e concettuale. L’analisi culturale di Zborowski, infatti, non riesce a considerare il dolore come un elemento intrinseco dell’esperienza personale degli individui nel contesto del loro ambiente sociale, locale e del periodo storico.

Un ulteriore contributo significativo a tale dibattito emerge dallo studio pubblicato dalla statunitense Elaine Scarry nel 1987 “La sofferenza del corpo”³³⁶, in cui l’autrice sofferma la sua attenzione sulla percezione del dolore nel corpo. Scarry sottolinea come la comprensione dell’esperienza del dolore e le modifiche che determina nella soggettività umana, siano conoscibili attraverso la percezione del mondo e nella comunicazione tra individui. L’autrice afferma che il dolore fisico è *inespresso* perché si tratta di un fenomeno sotterraneo e invisibile racchiuso nel corpo della persona che soffre: questo rende difficili i rapporti che si instaurano tra la persona sofferente e il mondo circostante. Il dolore, inoltre, non può mai essere “letterale”, ma può essere costruito da paragoni e metafore. Esso aggredisce il linguaggio, impedisce la parola o la deforma, dando vita a nuove strutture linguistiche che permettono la creazione di nuove forme di comunicazione “capaci di penetrare e mettere ordine in questo settore dell’esperienza normalmente così inaccessibile al linguaggio”³³⁷.

Come accennato poco sopra, nonostante il dolore determini una crisi del linguaggio, esso produce tuttavia nuove forme di immaginazione espressiva, incentrate sulla metafora. Ciò è stato messo in evidenza negli studi del medico antropologo statunitense

³³⁶ E. Scarry, *The Body in Pain: The Making and Unmaking of the World*, New York, Oxford University Press, 1987; trad. it. di G. Bettini, *La sofferenza del corpo. La distruzione e la costruzione del mondo*, Bologna, Il Mulino, 1990, pp. 10-20.

³³⁷ Ivi, p. 20.

Paul E. Brodwin³³⁸ che mostrano come il discorso delle persone afflitte da dolore cronico sia intessuto di metafore. Tale tipologia di comunicazione rimodula non solo le espressioni verbali, ma anche l'opposizione tra vero e falso. In questo caso i malati di dolore cronico si lamentano spesso del fatto che, con il passare del tempo, nessuno crede più alla loro sofferenza, sottolineando così l'isolamento emotivo e sociale che il dolore cronico comporta. In questo modo, Brodwin³³⁹ mostra come il dolore cronico non solo influisce sulla vita fisica delle persone, ma trasforma anche le loro relazioni e il loro modo di agire con il mondo circostante. Le metafore utilizzate per descrivere il dolore non si limitano a essere semplici "narrazioni" o "racconti" derivanti dalla trasformazione del linguaggio quotidiano, che risulta essere inadeguato a esprimere l'esperienza del corpo sofferente. Esse ristrutturano l'intero il posizionamento comunicativo ed esistenziale del soggetto, fornendo nuove modalità di rappresentazione e comprensione della sofferenza.

Ciò sottolinea la complessità delle trasformazioni del corpo, del tempo e dello spazio che il dolore produce: per questa ragione, i linguaggi quotidiani e scientifici sono sollecitati a riarticolarsi nel tentativo di spiegare, interpretare e comprendere un oggetto oscuro e sfuggente, ma che al tempo stesso ha una sua irriducibile e materiale fisicità. Le metafore corporee sono immagini dialettiche, cioè figure complesse che non hanno solo una funzione di rappresentazione corporea in questo senso, ma anche culturale.

Brodwin osserva le modalità performative di rappresentazione del dolore, notando come i tentativi di comunicare quest'ultimo attraverso linguaggi culturali siano costruiti e messi in atto nella pratica quotidiana. Di conseguenza, le metafore corporee diventano modi di agire all'interno di un contesto di rapporti di forza e relazioni di potere che collegano il soggetto sofferente al suo spazio intimo e a una dimensione sociale, politica e istituzionale. Sebbene sia incomunicabile, difficilmente socializzabile e spesso confinato all'ambito individuale, il dolore cronico ha un carattere pratico perché produce una trasformazione concreta dell'esistenza quotidiana.

Tanto la medicina quanto l'antropologia si confrontano con una difficoltà analoga: la descrizione dell'esperienza del dolore. Questa tematica è stata oggetto di discussione

³³⁸ Per un approfondimento di tale tema rimando alla lettura di Mary-Jo DelVecchio Good, Paul E. Brodwin, *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*, Berkeley, Los Angeles, Oxford, University of California Press, 1994, pp.77-80.

³³⁹ Ibid.

all'interno della *medicina del dolore*³⁴⁰. Il dolore è di difficile espressione, ma di un'estrema chiarezza per chi lo vive: esso non solo impossibilita l'uomo alla comunicazione, ma limita in generale la sua quotidianità, trasformandone e mutandone le tecniche corporee. Sebbene abbia un carattere universale, il dolore viene rappresentato in modo distinto dalle diverse culture. Benché ogni individuo possa attingere al proprio repertorio culturale per dare un senso alla propria esperienza di dolore, è fondamentale mantenere una prospettiva critica su questo legame tra dolore e cultura. È impossibile, infatti, stabilire una correlazione meccanica e causale tra appartenenza culturale e modalità espressive del dolore: non si deve ricorrere ad un rapporto deterministico per spiegare ciò. Il dolore è fenomeno che destabilizza profondamente la struttura esistenziale dell'individuo umano poiché mina le fondamenta su cui si basa l'esperienza e la comprensione dell'essere umano nel mondo: esso implica infatti una rottura delle strutture di significato e una riflessione critica sulle modalità di percezione e interpretazione dell'esistenza umana. Ogni individuo si trova in una posizione esistenziale unica che è determinante in quanto costruisce il proprio mondo e dà un significato allo stesso. Il concetto di dolore, dunque, non è solo uno dei tanti sintomi derivanti dall'evoluzione di una sindrome culturale, ma rappresenta una condizione umana fondamentale che avvolge l'individuo in un malessere profondo. L'individuo che sperimenta il dolore presenta un'incapacità di immergersi pienamente nello spazio e nel tempo, percependo piuttosto una distanza emotiva che porta alla perdita di tutto ciò che è stato integrato. È quindi necessario elaborare una prospettiva che tenga conto del vissuto della persona, emergente dal rapporto con sé stessi, con gli altri e con il mondo.

4.2 Il caso dell'*etnopsichiatria italiana*

Il dolore, come abbiamo analizzato in precedenza, non si limita ad essere una mera sensazione fisica, poiché comporta più globalmente una perdita di sé e un sovvertimento della propria esistenza. È importante sottolineare come l'*esperienza della sofferenza* non sia solo una caratteristica intrinseca del dolore, ma rappresenta anche il tratto distintivo

³⁴⁰ Cfr. G. Pizza, *Antropologia medica, op. cit.*, p. 128. Attraverso l'espressione la medicina del dolore si intende una specialità medica dedicata alla diagnosi e al trattamento del dolore acuto o cronico. L'obiettivo principale è migliorare la qualità di vita dei pazienti alleviando il dolore e trattando le diverse condizioni che lo causano.

della perdita di sé e di quella che viene definita da Ernesto De Martino come la *crisi della presenza*. È fondamentale, in questo senso, esaminare il contributo di Ernesto De Martino (1908-1965) e in modo particolare l'importanza che egli ha attribuito alla sindrome culturale del *tarantismo*, la quale esemplifica un fenomeno culturale specificatamente italiano. Ciò mette in luce come la perdita di sé sia un'esperienza estremamente dolorosa non solo a livello individuale ma anche collettivo.

L'espressione "il caso italiano" legittima, perciò, il lavoro condotto da De Martino³⁴¹, il quale ha messo in relazione la patologia psichica e la cultura, dove quest'ultima viene identificata come ciò che comprende sia gli *habitus* sociali sia le istituzioni nate in conformazione a ciò. Le teorie dell'autore hanno donato uno slancio decisivo verso la comprensione della contemporaneità, ponendo le basi non solo per una riflessione antropologica che ha contribuito attivamente alla costituzione dell'etnopsichiatria italiana. De Martino mostra infatti come la malattia presente nel corpo dell'individuo non sia solo espressione di un sintomo organico, ma anche frutto di una situazione vissuta: in questo senso i segni del corpo sono espressione ad un tempo del singolo individuo e del contesto in cui vive. Lo studioso, in particolare, individua una sindrome culturale capace di racchiudere l'atto espressivo della corporeità: il *tarantismo*³⁴².

Questo fenomeno, non del tutto recente, viene descritto come una patologia nervosa contraddistinta da un impulso incontrollabile di danzare. Questa condizione era prevalentemente diffusa nell'Italia meridionale tra il XV e il XVII secolo e veniva generalmente attribuito, secondo la credenza popolare al morso della tarantola, un grosso ragno presente nell'Italia meridionale³⁴³. Pur essendosi sviluppato in altre aree come la Sicilia e la Spagna tra il XV e il XVIII secolo in forma diversa, lo sviluppo più importante di tale fenomeno si verifica nel XVII secolo nella penisola salentina, in modo particolare nella città di Taranto. Nella sua configurazione tipica del XVII secolo, il tarantismo coinvolgeva entrambi i sessi, sebbene prevalentemente le donne al di sotto dei quarant'anni, ed era osservato esclusivamente durante la stagione estiva.

³⁴¹ Cfr. P. Angelini, *Ernesto De Martino*, Roma, Carocci, 2008, pp. 135-140.

³⁴² G. Mora, *Il male pugliese. Etnopsichiatria storica del tarantismo*, Lecce, Besa mucchi, 2023, p. 10. L'etimologia del termine tarantismo rimane incerta, sebbene sembri che i nomi "taranta" e "tarantola" attribuiti agli aracnidi siano stati influenzati dal nome della città di Taranto, e che il nome della musica "tarantella" derivi da entrambi.

³⁴³ Ivi, p. 9.

Le donne affermavano di essere state morse in pieno giorno, mentre lavoravano nei campi, spesso durante il sonnellino pomeridiano. Nonostante l'assenza di segni esterni del morso e l'incapacità delle donne di descrivere il ragno, la natura traumatica e tossica del morso era accettata come un dato di fatto, fondata su sintomi caratteristici: espressione stuporosa, perdita di appetito e di energia sessuale, apatia, depressione, e in alcuni casi impulsi suicidari³⁴⁴. Lo studioso Justus F.K. Hecker – verso la seconda metà dell'Ottocento – illuminò la natura di tale malattia nervosa attribuendola più al temperamento melanconico degli abitanti dell'Italia meridionale che alla presunta natura tossica del morso della tarantola³⁴⁵. Il tarantismo, in questa prospettiva, necessita di un'analisi esistenziale delle persone coinvolte, poiché si manifesta attraverso una specifica modalità di espressione emozionale che converge in determinati comportamenti. Nella descrizione di tale fenomeno, De Martino è stato profondamente influenzato da Martin Heidegger, in modo particolare da “*Essere e tempo*” (1927), opera in cui il filosofo introduce il concetto di *Dasein*, che è stato variamente tradotto come “esserci” o “presenza”. Heidegger considera il soggetto non come un'entità separata dal mondo, ma come un essere che si definisce attraverso il suo rapporto con il mondo. L'individuo, dunque, è da considerare in quanto presenza al mondo, caratterizzato da finitudine e corporeità. De Martino declina il concetto di *Dasein* in termini di presenza, come lo stare al mondo: ogni individuo ha dei riferimenti stabili e strutturati ed è proprio attraverso il mondo che si proietta la propria corporeità:

«È come se una presenza fragile, non garantita, labile, non resistesse allo shock determinato da un particolare contenuto emozionante, non trovando l'energia sufficiente per mantenersi presente a esso, comprendendolo, riconoscendolo e padroneggiandolo in una rete di rapporti definiti»³⁴⁶.

³⁴⁴ Ivi, pp.12-13. Questo stato perdurava per settimane finché non si trovava il rimedio più adatto: l'intervento di un piccolo gruppo di musicisti che suonava diverse “arie” della tarantella. Le diverse tipologie della tarantella potevano essere riprodotte in varie chiavi musicali. Nel rituale terapeutico, la donna, quasi immobile, iniziava a risvegliarsi e a muoversi al suo suono della musica, riprendendo vitalità e iniziando a far danzare freneticamente, a dondolarsi da una fune sospesa, strappandosi le vesti e colpendo il proprio corpo con spade.

³⁴⁵ Cfr. J. K. F. Hecker, *Die grossen Volkskrankheiten des Mittelalters*, Berlin, A. Enslin, 1865.

³⁴⁶ E. De Martino, *Mondo magico*, Torino, Boringhieri, 1973, *op. cit.*, p. 93.

De Martino definisce la *crisi della presenza*³⁴⁷ come uno stato psichico particolare in cui l'individuo perde, per periodi più o meno lunghi e in gradi variabili, l'unità della propria persona e l'autonomia del proprio io. Questa condizione viene definita dall'autore come l'inefficienza umana di superare le situazioni di difficoltà. La taranta, in questo senso, si configura come un codice corporeo espressivo che necessita una condivisione del codice stesso: il codice espressivo è di tipo socioeconomico, poiché le figure coinvolte hanno ruoli secondari nella società e vivono una crisi. Queste danze esprimono la marginalità di questi individui, i quali, però, vivono la convinzione che i riti della taranta abbiano un valore terapeutico.

Se, da un lato l'individuo, perde la sua identità dall'altro esprime sé stesso: la taranta, quindi, diviene un modo per elaborare il dolore e la sofferenza attraverso un linguaggio corporeo e rituale condiviso, permettendo a chi vi partecipa di ritrovare un senso di appartenenza e un'identità nella comunità. Se il problema del tarantismo è strettamente legato alla dimensione religiosa e magica, la quale offre all'individuo gli strumenti per proteggersi dalla negatività³⁴⁸, la "crisi della presenza" non è solo una crisi individuale, ma anche una *crisi culturale* che coinvolge l'intera comunità. In questa prospettiva, non è solo l'individuo a perdere il proprio orientamento, ma è l'intera comunità a sperimentare una frattura nella propria identità culturale: la società diviene incapace di trascendere le situazioni di difficoltà e di mantenere la propria identità in tali contesti.

La riflessione sul tarantismo, è stata inoltre collegata a una riflessione sulla psicopatologia, infatti, la crisi della presenza viene utilizzata da De Martino anche per indicare psicosi e sindromi dissociative. L'autore evidenzia come la crisi della presenza non sia solo un fenomeno isolato ma un'esperienza umana condivisa universalmente: le diverse culture agiscono sviluppando strategie adattative per affrontare tale crisi, spesso attraverso rituali e pratiche che, pur variando nei dettagli condividono una funzione di reintegrazione esistenziale. Per mostrare il legame tra la psicopatologia e il tarantismo, occorre definire l'origine di questa crisi³⁴⁹ che può essere dovuta a una difficoltà

³⁴⁷ Cfr. R. Beneduce, *Breve dizionario di etnopsichiatria*, pp. 98-99.

³⁴⁸ La capacità di dare forma al disagio viene definita da De Martino "destorificazione del negativo", cioè l'esperienza del negativo viene proiettata in un orizzonte mitico, nel quale, il disagio è gestibile.

³⁴⁹ Occorre fare riferimento all'opera di De Martino, *Morte e pianto rituale nel mondo antico: dal lamento pagano al pianto di Maria*, Torino, Bollati Boringhieri, 1958. Il legame tra magia e psicopatologia è determinato, da un lato, dalla concezione della morte come esperienza di perdita e separazione, dall'altro, dal rapporto con il nuovo. Questo aspetto riguarda il fatto che la crisi della presenza non minaccia l'integrità

collettiva, personale o legata a qualcuno a noi caro, ed è il risultato di una serie di *esperienze limite* che, ci portano a confrontarci con la nostra fragilità e finitudine ovvero con la nostra mortalità. Le esperienze limite sono innanzitutto esperienze corporee: la crisi della presenza si manifesta quindi inizialmente a livello sensoriale e corporeo, e solo successivamente diviene un'esperienza consapevole e riflessiva.

Imbattersi in un'esperienza di lutto, così come avere a che fare con l'insolito, può destabilizzare l'uomo e portarlo sull'orlo della crisi: questa è accentuata in chi non riesce a trascendere la dimensione dell'evento passato con la vita presente, ma continua a sovrapporre queste due dimensioni generando un processo autodistruttivo. Tale crisi rappresenta la perdita dell'*appaesamento* nel mondo, ossia la perdita della capacità di abitare il mondo in un modo familiare e comprensibile, perdendo così l'ovvietà delle cose: la destabilizzazione porta a un senso di disorientamento e smarrimento. La crisi della presenza implica che i riferimenti culturali e sociali incorporati vengano meno in virtù di un'*inquietudine esistenziale*.

De Martino mostra come l'uomo primitivo affronta la crisi, resiste alla stessa ed elabora la sua sofferenza individuale attraverso una tecnica, il rito, che diventa patrimonio comune e condiviso dagli altri che lo aiutano a formarsi: in altre parole, l'individuo che produce cultura si serve della stessa per affrontare il lutto e per mantenere il rapporto con la propria realtà e con i suoi simili³⁵⁰. Le tradizioni religiose e magiche non forniscono quindi solo una difesa contro alla negatività, ma la loro erosione può portare ad una crisi ancora più ampia della comunità: la perdita di questi riferimenti culturali destabilizza l'uomo e la comunità, frantumando in questo senso la sua identità.

Nell'ambito della sua riflessione sul rapporto tra cultura e patologia psichica, De Martino mostra il carattere interdisciplinare questa: per comprendere ciò, non solo bisogna mettere in discussione la cultura in quanto elemento chiave della costruzione umana, ma anche le dinamiche psico-sociali che influenzano la formazione delle patologie. Individuare la crisi della presenza nell'individuo, permette non solo di comprendere a pieno il suo mondo e salvaguardarlo, ma può inoltre salvaguardare da una crisi della presenza collettiva. In questo senso, notiamo come la società sia predisposta a sviluppare certe

fisica dell'uomo, ma l'unità della sua realtà psichica e ciò può di coincidere con una crisi psicotica. La minaccia, dunque, non è prettamente fisica ma riguarda l'esistenza stessa dell'individuo.

³⁵⁰Cfr. G. Bartocci, *Psicopatologia, cultura e pensiero magico*, Napoli, Liguori, 1990, p. 512.

sindromi in determinati periodi di difficoltà o di pressione: ciò determina nell'individuo una sorta di incapacità di adattarsi alla normalità.

Consapevole dell'interesse suscitato nello studio in Salento, De Martino cerca di estendere la sua analisi alla società cercando di comprendere la contemporaneità. Sulla scia di Devereux, lo studioso traccia una differenza tra la modalità di adattamento, rispettivamente, dell'uomo primitivo e dell'uomo contemporaneo. L'uomo primitivo, infatti, utilizza i rituali per adattarsi a un mondo completamente estraneo, ricorre ad una dimensione magica e fragile in questo, le risposte che si creano entrano a far parte della cultura e successivamente della tradizione. L'uomo moderno ha edificato una società caratterizzata dalla separazione dalle condizioni naturali: in questo modo la presenza assume il carattere di realtà storica. De Martino afferma che la presenza è presentificazione, «essa è sempre in situazione, e al tempo stesso, sempre in decisione, cioè sempre in atto di andar oltre – di trascendere – la situazione»³⁵¹. Se il trascendimento implica una perdita di sé, allo stesso tempo, è anche ciò che rende possibile la nostra presenza nel mondo: «il vero principio in forza del quale diventa possibile un mondo cui si è presenti»³⁵². Il venir meno di questo principio di presentificazione riguarda non solo l'incapacità dell'uomo di essere presente nel mondo ma anche il collasso del mondo stesso.

Nel mantenere la sua integrità l'individuo resta in bilico tra l'esigenza di trascendimento e la decisione: il trascendimento integra gli elementi estranei nel nostro quadro umano di esistenza di spazio e tempo, perciò, è legato al concetto di autonomia. L'inizio di una crisi esistenziale mira ad un cambiamento netto per cui il corso del normale processo di manifestazione subisce un'interruzione e il significato del nostro mondo diviene inconoscibile. L'ovvietà del mondo viene meno, creando, in modo particolare, problemi nella costituzione dell'intersoggettività dell'individuo.

Il vissuto definibile come delirante appare angosciante per chi lo sperimenta: per sfuggire da questa condizione l'uomo costruisce un mondo proprio per giustificare le alterazioni che sta provando. Si deduce da ciò che anche il mondo patologico ruota attorno al concetto di certezza, per cui il mondo, per l'individuo acquista senso solo per giustificare

³⁵¹ E. De Martino, *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Torino, Einaudi, 1977, p. 666.

³⁵² Ivi, p. 669.

il suo senso di smarrimento. Per De Martino, questa situazione di *paralisi esistenziale* si definisce come la «la volontà di esistere come presenza, a rischio di non esserci»³⁵³. Ciò minaccia l'esistenza umana, ma rappresenta anche, nello stesso tempo, il punto di svolta che segna il confine tra presenza e crisi della presenza poiché indica il punto più vulnerabile dell'uomo. L'autore delinea un vero e proprio confronto tra chi è affetto da una sindrome patologica e l'affermarsi della crisi della presenza. Ciò non significa «spiegare il sano con il malato»³⁵⁴, ma serve ad individuare il momento in cui il segno di inversione non si è ancora attuato e la presenza sana riesce nel suo slancio a superare la malattia emergente.

De Martino focalizza la propria attenzione sulla questione della fine del mondo indicando in questa la condizione irreversibile dell'uomo alienato e delirante in cui «l'analisi della malattia trionfante presenta il vantaggio metodologico di porci di fronte al rischio quando esso, diventando egemone, sfugge a quella potenza dialettica per cui, nella presenza sana, esiste solo come momento negato»³⁵⁵. Nella patologia, dunque, l'uomo decade in una sorta di *esistenza inautentica*, che non appare essere solo caratterizzata da una distanza fisica e mentale e dal disfacimento della propria identità; ma in cui anche gli oggetti, i rapporti e gli eventi assumono un nuovo grado di significato che sfugge però alla comprensione del malato. Il mondo interno e quello esterno divengono incomprensibili e velati di incertezza. De Martino allora fa leva sulla ricerca di strumenti culturali adeguati a comprendere l'altro: il pericolo della mancata comprensione di questa condizione esistenziale genererebbe una crisi del mondo, ovvero, la perdita di senso dell'intera umanità. Appare chiara l'analogia tra la crisi della presenza e la nascita della patologia mentale: entrambi i casi segnano un "prima" e un "dopo" culturali. La perdita di sé stessi si verifica come un efflusso dell'io nel mondo attraverso un processo che vede i significati interiori disgregarsi ed essere assorbiti da identità, la cui significazione si fonde nel rapporto tra mondo interiore ed esteriore. Il fondamento esistenziale perde l'asse provocando in questo modo un profondo senso di destabilizzazione dell'individuo coinvolto. In questo contesto psicopatologico, l'atto di immaginare la propria identità e il proprio corpo come qualcosa di continuo e unito appare complesso: il soggetto è

³⁵³ E. De Martino, *Mondo magico: prolegomeni a una storia del magismo*, Torino, Bollati Boringhieri, 1973, p. 73.

³⁵⁴ E. De Martino, *La fine del mondo*, op. cit., p. 18.

³⁵⁵ E. De Martino, *Morte e pianto rituale nel mondo antico*, op. cit., p. 25.

distaccato da sé stesso, e il suo essere-nel-mondo non incorpora più il suo mondo originario, ma lo spazio della presenza appare sempre più confuso e ridotto. Il mondo, essendo luogo di esistenza ed esperienza dell'individuo, subisce un collasso concomitante al crollo dell'individuo stesso: questo accade poiché l'esistenza dell'individuo implica l'esistenza dello stare al mondo.

Questa condizione viene analizzata nell'ultimo scritto incompleto di De Martino "*La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*", che l'autore stesso definisce come l'apocalisse psicopatologica, e si occupa di trattare dell'esempio del caso del giovane contadino bernese³⁵⁶. Quest'ultimo è soggetto ad una condizione delirante, descritta dagli psichiatri Alfred Storch e Caspar Kulenkampff come la conseguenza di eventi significativi³⁵⁷. In questo caso il cambiamento dell'ambiente domestico che rappresentava il centro della sua esistenza e del contesto circostante provoca un'improvvisa percezione del mondo inquietante per cui «le cose non sono più al posto giusto»³⁵⁸.

La perdita di familiarità e ovvietà con il contesto di riferimento viene seguita dalla percezione dell'estraneità e del caos del mondo, la cui perdita di senso dà inizio alla percezione della fine del mondo. L'individuo è sia complice di questa situazione, ma anche soggetto passivo di ciò, è responsabile sia di sé stesso che degli altri³⁵⁹. L'alterazione dell'ambiente di riferimento, infatti, sconvolge il rapporto anche con l'altro: questo viene visto negativamente, ma in realtà è il soggetto è in uno stato di isolamento patologico.

³⁵⁶ E. De Martino, *La fine del mondo, op. cit.*, p. 200. In questo studio sull'apocalisse psicopatologica, De Martino per illustrare i suoi concetti, cita il caso esemplare di un giovane contadino bernese. Questo giovane aveva vissuto sin dall'infanzia in una fattoria che subisce via a via significativi cambiamenti, in particolare con la rimozione di una grande quercia, nei pressi della casa, durante una ristrutturazione. La trasformazione radicale dell'ambiente domestico, centrato sulla casa e sui suoi dintorni, provoca un mutamento inquietante del mondo personale del ragazzo. Questa perdita della familiarità e della sicurezza ambientale portò inevitabilmente a un senso di estraneità del mondo e a una perdita di significato. Il giovane si sente sia vittima che artefice della sua crisi, attribuendosi una colpa radicale che assume proporzioni cosmiche, percependosi responsabile sia del proprio male sia della distruzione dell'intera umanità. Al disordine del suo ambiente naturale fu seguito uno sconvolgimento delle relazioni sociali: gli uomini appaiono ora divisi in "viventi" e "sprofondati", tutti ostili e "stranieri" nei suoi confronti. Questo crollo delle relazioni e del contesto familiare lo getta in una condizione di isolamento patologico, caratterizzata da una solitudine di dimensioni cosmiche.

³⁵⁷ E. De Martino, *La fine del mondo, op. cit.*, p. 201. Cfr. A. Storch, C. Kulenkampff, "Zum Verständnis Des Weltuntergangs bei den Schizophrenen", *Der Nervenarzt*, 21, 3 (1950), pp. 102-108.

³⁵⁸ Ivi, p. 200.

³⁵⁹ Questa dualità implica che l'individuo è responsabile della propria condizione ma anche delle dinamiche interpersonali che si sviluppano attorno a lui.

De Martino mette in relazione le apocalissi psicopatologiche e le apocalissi culturali considerandole come fenomeni apparentemente simili poiché condividono il momento della perdita di sé. L'autore però individua un tipo di crisi in cui viene a mancare il normale andamento, il quale prevede un apice della crisi in cui ha inizio il riscatto della stessa e la definisce «senza *eschaton*». Il rifiuto dell'ovvietà mondana – ovvero delle abitudini e convinzioni che rendono il mondo familiare – mostra il carattere patologico dell'apocalittica moderna e di conseguenza della crisi contemporanea. Quando l'individuo rifiuta queste certezze, emerge una condizione patologica che De Martino identifica come apocalittica: ciò non si riferisce solo alla fine del mondo in senso fisico, ma anche alla disgregazione dell'ordine simbolico e sociale che dà senso alla vita quotidiana. In questo modo si pone il nesso dialettico tra ciò che è normale e ciò che non lo è³⁶⁰. L'autore suggerisce infatti che «la follia costituisce una possibilità permanente contro di cui la mente sana è chiamata sempre di nuovo a combattere con la sua reale produttività culturale»³⁶¹ e dunque l'apocalittica moderna può contenere in sé elementi di crisi, ma – in quanto opera culturale – è anche un processo di reintegrazione. «le apocalissi culturali rischiodono mediatamente la operabilità del mondo»³⁶². Emerge quindi un tipo di apocalisse sostanzialmente diverso da quelli descritti da De Martino: un'apocalisse che si trova a metà strada tra l'assenza di *eschaton*, dove manca il momento del riscatto, e un'apocalisse che segue un percorso strutturato. In questo specifico caso, oltre al momento del riscatto, manca anche una crisi radicalmente vissuta.

L'integrazione o disintegrazione di un individuo nel proprio contesto storico-culturale dipende dalla sua capacità di utilizzare tecniche che permettano di andare oltre l'aspetto immediatamente materiale, trasformando così l'azione in qualcosa di significativo e orientato a un fine. L'ethos del trascendimento agisce come un criterio per stabilire se un'ideologia o un atteggiamento culturale consentono all'individuo di rimanere all'interno del contesto umano della storia o cadono in una ripetizione sterile e irrisolvibile, che può diventare patologica.

³⁶⁰ Cfr, Ivi, p. 130.

³⁶¹ Ivi, p. 140.

³⁶² Ivi, p. 149.

4.3 Psicopatologia, transculturalità e immigrazione

Una delle caratteristiche della contemporaneità, riguarda la consapevolezza da parte dell'individuo di appartenere ad un contesto mondiale caratterizzato da una costante evoluzione e trasformazione, nonché dal cambiamento delle culture come un fenomeno pressoché inevitabile. La reciproca interazione tra culture e individui non solo influenza la nostra percezione del mondo, ma modella le nostre interazioni quotidiane e il processo attraverso il quale costruiamo le nostre identità. Questo intreccio di influenze culturali rappresenta l'elemento chiave per la comprensione dell'esperienza umana.

La riflessione contemporanea sulla cultura implica l'analisi di alcuni aspetti fondamentali quali: il cambiamento e l'adattamento da un lato, e la diversità³⁶³ e la complessità culturale³⁶⁴ dall'altro. La cultura e la contemporaneità sono strettamente interconnesse: esse evolvono e si trasformano attraverso interazioni ed esperienze sia individuali sia collettive. La cultura, infatti, essendo socialmente organizzata e acquisita, non è distribuita in modo omogeneo all'interno delle comunità, il che rende problematica una visione uniforme della sua organizzazione. Il secondo aspetto è collegato all'interconnessione globale contemporanea, che si presenta come estremamente complessa e diversificata, non suscettibile di reazioni univoche di approvazione o condanna.

Le molteplici sfaccettature della globalizzazione³⁶⁵ possono legittimamente indurre risposte diverse: talvolta analisi distaccate, altre volte stupore di fronte alla sua complessità, e in altri casi critiche. La comprensione dell'esperienza umana è implicata dal fatto che l'individuo prende parte al mondo attraverso la creazione di significati. Tale processo si manifesta attraverso l'esperienza, l'interpretazione, la contemplazione e l'immaginazione, le quali si caratterizzano per essere attività indispensabili per l'esistenza umana. L'importanza della creazione di significato nella vita umana si riflette in una vasta gamma di concetti quali le idee, il significato, l'informazione e la tradizione.

³⁶³ Cfr. U. Hannerz, *Transnational Connections: Culture, People, Places*, London, Routledge, 1996; trad.it. di R. Falcioni, *La diversità culturale*, Bologna, Il Mulino, 2001.

³⁶⁴ Cfr. U. Hannerz, *Cultural Complexity: Studies in the Social Organization of Meaning*, New York, Columbia University Press, 1992; trad. it. di S. Neirotti, *La complessità culturale: l'organizzazione sociale del significato*, ed. a cura di A. Bagnasco, Bologna, Il Mulino, 1998.

La contemporaneità si caratterizza per l'eterogeneità culturale, una condizione in cui, nonostante la consapevolezza delle differenze, l'altro viene spesso percepito come diverso e potenzialmente pericoloso. Questo fenomeno mette in luce come possa emergere la paura dell'altro, identificato come il *diverso*. Tale dinamica evidenzia l'importanza di comprendere i meccanismi attraverso i quali la diversità culturale può generare insicurezza e pregiudizio. La cultura non è concepita come un'entità isolata e autonoma, ma come una sfera interconnessa e dinamica: di conseguenza l'analisi è delineata da una società multiculturale.

La Multiculturalità³⁶⁶ significa la coesistenza di diverse culture all'interno di una società; gli individui "assorbono la cultura"³⁶⁷ e ciò riconducibile al fenomeno di acculturazione. Il termine acculturazione denota l'insieme delle trasformazioni che si verificano a seguito di incontri tra culture differenti: un individuo, un gruppo o una società assimilano progressivamente, facendole proprie, alcuni elementi di un'altra cultura in modo parziale, come nell'acquisizione graduale di usi e tradizioni esteri³⁶⁸.

Secondo la definizione classica di Robert Redfield, Ralph Linton e Melville J. Herskovitz³⁶⁹, l'acculturazione comprende quei fenomeni che emergono quando gruppi appartenenti a culture diverse entrano in contatto continuo e diretto, con conseguenti modifiche nella configurazione originaria della cultura di uno o di entrambi i gruppi. I cambiamenti derivanti dall'acculturazione interessano sia i sistemi culturali dei gruppi coinvolti, sia l'esperienza personale degli individui appartenenti a tali gruppi. Berry³⁷⁰ e i suoi collaboratori distinguono due livelli attraverso i quali si manifesta l'acculturazione. A livello collettivo, i cambiamenti riguardano la cultura dei gruppi in interazione; a livello

³⁶⁶ A Pintus., *Psicologia sociale e multiculturalità*, Roma, Carocci, 2008, pp. 18-19.

³⁶⁷ Ivi, pp. 56-59.

³⁶⁸ Le trasformazioni in atto nelle società contemporanee sono fortemente caratterizzate da una crescente interdipendenza tra le diverse regioni del mondo e tale cambiamento è strettamente legato allo sviluppo della tecnologia, dei sistemi di comunicazione e alla delocalizzazione internazionale della produzione industriale. Nei singoli contesti nazionali, questo ha portato a una crescente pressione del ruolo economico e politico da parte di organismi e attori economici internazionali. È in riferimento a tale processo di internazionalizzazione delle società che è stato introdotto il concetto di "globalizzazione", con l'intenzione di descrivere la costruzione del mondo come un'unità caratterizzata da una cultura globale parzialmente svincolata dai legami territoriali su scala locale. Tuttavia, a questo cambiamento non sono corrisposti né lo sviluppo di un sistema normativamente coeso e funzionalmente strutturato, né la perdita delle prerogative nazionali nell'elaborazione dei propri modelli di vita e nell'organizzazione delle attività produttive.

³⁶⁹ Cfr. R. Redfield, R. Linton, M. J. Herskovits, *Memorandum for the Study of Acculturation*, "American Anthropologist", 38(1), 1936, pp. 149-152.

³⁷⁰ Cfr. J. W. Berry, *Conceptual Approaches to Acculturation*, in K. Chun, P. Balls-Organista, G. Marin (eds.), *Acculturation*, Washington, APA Press, 2003, pp. 3-37.

individuale, i cambiamenti incidono sulla sfera psicologica degli individui. Questa distinzione è rilevante per due motivi principali. In primo luogo, i fenomeni descritti a ciascun livello sono significativamente differenti: a livello collettivo, l'attenzione è rivolta ai gruppi, alle culture e all'organizzazione sociale; a livello individuale, invece, i cambiamenti riguardano il concetto di sé, la percezione del mondo, gli atteggiamenti, i valori di riferimento, gli aspetti emotivi e i comportamenti. In secondo luogo, non tutti gli individui partecipano in modo uniforme ai cambiamenti che interessano i gruppi di appartenenza o i gruppi con cui interagiscono. Solo considerando entrambi i livelli di analisi è possibile comprendere le variazioni interindividuali che, all'interno dello stesso gruppo, spiegano i diversi gradi di adesione e partecipazione ai cambiamenti a livello sociale³⁷¹.

È opportuno richiamare un concetto consolidato, sebbene non recentissimo, per affrontare adeguatamente la complessità della contemporaneità: ovvero quello di *transculturalità*³⁷². Si tratta di un termine che deriva dal termine inglese "cross-cultural" ed è utilizzato per descrivere l'interazione tra culture diverse al fine di enfatizzare il confronto e l'intersazione dei vari sistemi culturali. Per tradurre questo concetto in italiano, si è coniato il termine "transculturale", derivato dalla combinazione dei termini "trans" e "cultural". La natura di questo concetto è interdisciplinare poiché è stato ampiamente impiegato in più discipline come quelle rappresentate dalle scienze umane per delineare l'influenza reciproca di tale fenomeno sui comportamenti umani.

Il concetto di transculturalità implica un fenomeno di oltre passaggio delle barriere culturali: di fronte all'introduzione di questi termini diviene utile domandarsi se la cultura abbia una propria marginalità. La risposta sembrerebbe positiva nella misura in cui la cultura si configura come una zona di confine, un'area di incertezza diagnostica che può

³⁷¹ A Pintus., *Psicologia sociale e multiculturalità*, op. cit., pp. 56-57. Occorre specificare che, mentre l'acculturazione riguarda i cambiamenti indotti dal contatto con culture diverse, l'inculturazione e la socializzazione sono tipi di apprendimento mediante i quali vengono trasmessi i valori, le norme, gli atteggiamenti e i comportamenti caratteristici di un gruppo ai suoi nuovi membri, mettendo gli individui in relazione con i loro contesti culturali primari. Nonostante le somiglianze concettuali, Segall e collaboratori (M. H. Segall, P. R. Dasen, J. W. Berry, Y. H. Poortinga, *Human Behavior in Global Perspective: An Introduction to Cross-Cultural Psychology*, Boston, Allyn and Bacon, 1999) sottolineano che la differenza principale tra questi processi di apprendimento risiede nell'enfasi posta sull'uno o sull'altro aspetto: l'inculturazione si riferisce al processo di trasmissione culturale da una generazione all'altra e riguarda l'apprendimento dei contenuti conoscitivi ritenuti necessari all'interno di un determinato contesto culturale. Sebbene l'inculturazione possa implicare una certa consapevolezza di ciò che deve essere appreso, è principalmente un processo di apprendimento involontario, di cui le persone non sono necessariamente consapevoli.

³⁷² [Transculturale - Clinica | SPI \(spiweb.it\)](#) (ultima data consultazione 20/07/2024)

evolvere in una crisi nosografica. Pertanto, la transculturalità si riferisce a tutto ciò che trascende le specificità delle singole culture. Le culture non si attraversano³⁷³ autonomamente esse devono essere mediate dai soggetti che le incarnano. L'approccio transculturale vede l'individuo come portatore di un'identità culturale o meglio, come una mente formata secondo le norme della cultura di appartenenza e tramandata dalla comunità. Questo approccio promuove una consapevolezza critica e riflessiva del proprio atteggiamento verso l'esperienza della diversità.

La contemporaneità sottolinea il peso delle questioni transculturali poiché questa è fortemente caratterizzata dal fenomeno dell'immigrazione: ciò rappresenta un ambito di indagine straordinariamente ricco di spunti e interrogativi per l'Igiene Mentale Transculturale³⁷⁴, l'antropologia e l'etnopsichiatria. I percorsi migratori, sia storici che contemporanei, sono frequentemente considerati come dei laboratori naturali per l'analisi dei comportamenti, delle reazioni e degli adattamenti individuali nel contesto dell'interazione e del conflitto tra culture differenti.

Nel XIX secolo, si assiste a un rinnovato interesse per la correlazione tra migrazione e malattia mentale, con lo sviluppo di modelli specifici per analizzare tale relazione³⁷⁵. Tuttavia, questo nuovo approccio non è esente da precedenti storici. Infatti, un modello analogo, quello della nostalgia-malattia, aveva cominciato a emergere in Europa durante le guerre di religione. In questo contesto, la nostalgia viene assimilata a una condizione organica e la persona nostalgica viene considerata come affetta da una malattia vera e propria. La malattia stessa viene interpretata come una manifestazione di un disagio iniziale, mentre il desiderio di ritorno alla patria è visto come una mancanza rispetto a un ideale normativo di salute. Le sofferenze causate dalla nostalgia-malattia sono dunque occultate e non si riconosce che tali sofferenze derivano da condizioni imposte da circostanze specifiche, che si rivelano particolarmente intollerabili, specialmente per coloro che hanno lasciato la loro casa per necessità piuttosto che per scelta. Questo modello patologico si ripropone con una notevole coerenza anche in periodi più recenti. A partire dalla seconda metà del XIX secolo, medici e psichiatri negli Stati Uniti

³⁷³ G. Bartocci, *Psicopatologia, cultura e pensiero magico, op. cit.*, p. 73.

³⁷⁴ Ivi, pp. 28-42. L'Igiene Mentale Transculturale è un campo di studio che si occupa di comprendere e gestire i problemi di salute mentale all'interno di diversi contesti culturali: la disciplina, infatti, riconosce che le problematiche relative alla salute mentale non sono universali e necessitano di conseguenza di un approccio che tenga conto delle specificità culturali.

³⁷⁵ Cfr. V. De Micco, *Passaggi di confine. Etnopsichiatria e migrazioni*, Napoli, Liguori, 1993, p. 44.

osservano un'alta incidenza di disturbi psichici tra gli immigrati. Questo fenomeno conferma il modello patologico anche in terra americana.

La psicopatologia associata alla migrazione, si sviluppa e si consolida durante le successive ondate migratorie nell'America del Nord fino ai primi decenni del XX secolo³⁷⁶. Gli immigrati, prevalentemente occupati come manodopera non qualificata di origine contadina, affluiscono in massa nei centri industriali del mercato globale: la loro presenza suscita reazioni aggressive e timori nell'opinione pubblica, che si intrecciano con le ideologie eugenetiche e il darwinismo sociale, alimentando istanze restrizioniste e patologizzanti. In quel periodo si verifica un'intensa attività di verifica del nesso tra malattia mentale e migrazione di massa, con una proliferazione delle statistiche sui ricoveri psichiatrici finalizzate a dimostrare la presunta vulnerabilità psichica degli immigrati. Questi ultimi vengono considerati come un gruppo ad alto rischio e, per lungo tempo, sono stati riportati in rapporti scientifici, discorsi pubblici e dibattiti come potenziali malati mentali, portatori di degenerazione, criminalità e follia. La loro presunta vulnerabilità alla malattia mentale è spesso attribuita a fattori ereditari o razziali: infatti, uno stigma biologico di inferiorità innata viene esteso anche ai gruppi sociali poveri, noti come classi pericolose. Un parziale cambiamento di prospettiva si manifesta solo negli anni precedenti la Seconda Guerra Mondiale. Durante il New Deal, il clima sociale evolve e la regolamentazione dell'immigrazione è gestita attraverso i Quota Act. In questo contesto, emerge che gli immigrati non sono più vulnerabili alla malattia mentale rispetto agli autoctoni, e i ricoveri psichiatrici negli ospedali mostrano una frequenza maggiore

³⁷⁶Ivi, pp. 46-48. Occorre specificare che questa discussione si sviluppa negli anni 30 del '900 con contributi rilevanti da parte dello psichiatra americano Benjamin Malzberg (*Internal Migration and Mental Disease Among the White Population of New York State, 1960-1961*, "International Journal of Social Psychiatry", 13(3), 1967, pp. 184-191) e dello psichiatra norvegese Johan C. Odegaard (*Immigration and insanity: A Study of Mental Disease Among the Norwegian-born Population in Minnesota*, Copenhagen, Levin & Munksgaard, 1932). Mediante analisi statistiche, Malzberg evidenzia che fattori sociali e ambientali quali la distribuzione geografica, la durata della residenza e lo status economico sono determinanti nel tasso di ricoveri psichiatrici. La sua critica al riduzionismo biologico prevalente nell'epidemiologia psichiatrica delle migrazioni contribuisce a compromettere l'immagine dell'immigrato alienato. Malzberg osserva che i migranti interni, collocati in posizioni socioeconomiche inferiori, tendono a occupare un numero maggiore di letti negli ospedali psichiatrici negli Stati Uniti. Diversamente, Odegaard, studiando il contesto norvegese, (escludendo Oslo), rileva come i migranti interni mostrino tassi di ricoveri psichiatrici inferiori. Odegaard interpreta questo fenomeno come indicativo di condizioni più favorevoli per i migranti interni rispetto agli immigrati provenienti dall'Europa verso gli Stati Uniti. Egli considera la migrazione interna come un'opportunità di avanzamento sociale ed economico, con un impatto relativamente ridotto sul disagio mentale, a differenza della condizione di sradicamento vissuta dagli immigrati internazionali. Il confronto tra le osservazioni di Malzberg e Odegaard sfida la visione predominante del rapporto tra disagio psichico e migrazione, sottolineando la complessità e la variabilità degli effetti della migrazione sulla salute mentale e richiedendo una rivalutazione dei modelli teorici esistenti.

tra gli autoctoni e, in particolare, tra gli immigrati interni, piuttosto che tra gli immigrati stessi.

L'ipotesi di una coincidenza tra caratteristiche etniche e malattie mentali vacilla con l'espansione e la diversificazione del concetto di migrazione, che ora include una varietà di spostamenti, tra cui quelli dalle campagne alle città, dalle ex colonie ai paesi sviluppati, le migrazioni transoceaniche, interne, e le esperienze di dislocazione vissute da rifugiati e superstiti dei campi di concentramento.

Un aspetto centrale di questi processi migratori è l'abbandono della terra d'origine, che comporta non solo una perdita geografica, ma anche una significativa amputazione antropologica e un potenziale smarrimento dell'identità culturale. Francois Fleury descrive l'immigrato come un'entità immersa in una condizione di *incertezza temporale*³⁷⁷, per il quale, il luogo dell'origine rappresenta un elemento costante dell'esistenza, al di là dei confini temporali.

L'immigrato si trova di fronte a dinamiche complesse tra presenza e assenza, tra l'identità di origine e quella acquisita: questo conflitto sia interiore che esteriore si manifesta a partire dal corpo dell'individuo. Le esperienze migratorie³⁷⁸, sono spesso caratterizzate da una serie di difficoltà e conflitti derivanti dall'incontro tra la cultura originaria e quella del nuovo contesto: molti migranti si trovano in una condizione di precarietà e disorientamento, bloccati a metà strada nel processo di transizione culturale. Il senso di nostalgia per la terra natale e la consapevolezza dell'impossibilità di un ritorno contribuiscono a un'esperienza complessa di disagio psichico e di senso di insufficienza personale. Il mondo di origine non fornisce una protezione adeguata contro le disillusioni e le difficoltà del nuovo ambiente. Questo fenomeno evidenzia come la realtà dell'accoglienza e le sfide del transito culturale contribuiscano a una condizione di disagio profondo e persistente per i migranti.

L'esperienza migratoria comporta una serie di sfide, tra cui l'adattamento a un nuovo contesto culturale, il confronto con la perdita della propria rete di supporto sociale, e l'esperienza di marginalizzazione o discriminazione. Questi fattori, combinati con le difficoltà legate alla migrazione stessa, come la separazione dalla famiglia, l'incertezza

³⁷⁷ Cfr. F. Fleury, *A guida d'introduzione: del provvisorio e del permanente nella migrazione*, "A.M. Antropologia medica", numero speciale: *Migrazione e Salute Mentale in Europa*, 4, 1988, pp. 3-4.

³⁷⁸ G. Bartocci, *Psicopatologia, cultura e pensiero magico*, op. cit., p. 333.

economica e le differenze linguistico-culturali, possono esacerbare il rischio di sviluppare disturbi psicopatologici.

Pertanto, è fondamentale considerare questi aspetti nell'ambito delle pratiche cliniche e delle politiche di salute mentale per garantire un intervento adeguato e sensibile alle specifiche esigenze di questa fascia della popolazione. L'immigrato, quale soggetto dei discorsi quotidiani e delle molteplici narrazioni che lo riguardano, rappresenta una costruzione sociologica complessa, un prodotto dei rapporti di dominazione sociale³⁷⁹. Nel modello patologico, caratterizzato da una notevole resistenza e durezza, l'alterità dell'immigrato è percepita attraverso un rischio, rappresentata come una minaccia tangibile alla salute della società di accoglienza. Gli immigrati vengono visti come portatori di malattie fisiche e psichiche che minacciano e contaminano in modo fantasmatico l'equilibrio e l'ordine sociale della comunità ospitante. Le condizioni e le situazioni legate all'immigrazione, anche quelle, che non rientrano primariamente nel campo della medicina, ricevono tuttavia risposte che ne medicalizzano la natura. Tale medicalizzazione tende a occultare gli aspetti di lacerazione, conflitto e contraddizione che caratterizzano l'esperienza migratoria, nonché i sentimenti di assenza, perdita di radici e senso, e le difficoltà nelle relazioni sociali che sostanziano la vulnerabilità dell'immigrato. Questo modello patologico, persistente e capace di riemergere sempre sotto forme nuove, sembra riflettere soprattutto nel caso dell'Italia nonostante la recente visibilità del processo, ha messo in discussione molte teorie precedentemente accettate come definitive.

Questo approfondimento del concetto di immigrazione porta a una revisione critica delle teorie tradizionali, come quelle basate sugli influssi culturali, l'acculturazione e lo shock culturale³⁸⁰. Il modello patologico classico dell'immigrazione, che associava malattia mentale a caratteristiche etniche, si dimostra inadeguato di fronte alla migrazione interna, che diventa un banco di prova per tale modello. La discussione scientifica attuale sul rapporto tra migrazione interna e malattia mentale sfida il predominio del modello etnocentrico, inserendosi in una ricca serie di nuove metodologie di indagine e ricerche che esaminano la differenza tra contesti urbani e rurali, la distribuzione del disagio nelle

³⁷⁹ Cfr. V. De Micco, *Passaggi di confine. Etnopsichiatria e migrazioni*, op. cit., p. 44.

³⁸⁰ Ivi, p. 48. Lo shock culturale è una reazione psicologica che le persone possono sperimentare quando si trovano a vivere in una cultura diversa dalla propria: questo fenomeno è caratterizzato da un senso di disorientamento, confusione e stress causato dall'incontro con usanze, valori, comportamenti e norme sociali che differiscono significativamente da quelli propri della cultura di appartenenza.

aree urbane e l'influenza della mobilità e della stratificazione sociale sulla manifestazione e diffusione dei disturbi psichici.

Il dibattito odierno sul rapporto tra psicopatologia, cultura e immigrazione enfatizza il cambiamento culturale come una crisi della propria identità e di tutto ciò che stato incorporato nella cultura d'origine. La mancanza di riconoscimento della patologia e di conseguenza dell'atto di sradicamento culturale – che include perciò la perdita del senso del mondo dell'individuo – non riconosce la dignità di questa vulnerabilità. Il modello patologico, nella sua accezione più medicalizzante, ha conosciuto recentemente una certa attenuazione, ma nonostante le buone intenzioni degli studiosi, i suoi elementi costitutivi fondamentali – quali il disconoscimento dei conflitti, dello sfruttamento e dell'emarginazione – rimangono paradossalmente intatti.

In Italia, in particolare, le ripercussioni di tali dibattiti, che spesso trascendono l'ambito accademico e influenzano l'opinione pubblica, la legislazione e le politiche migratorie, sono state relativamente contenute.

Una riflessione più sistematica su questi temi è emersa solo negli anni Sessanta, in concomitanza con le problematiche derivanti dalle migrazioni interne verso il nord industriale³⁸¹. Il primo convegno³⁸² rilevante si è tenuto a Milano nel 1963, in merito a immigrazione, lavoro e patologia mentale, e il successivo a Varese nel 1974 sulla psicodinamica e sociodinamica della migrazione interna. Le date di questi convegni sono significativamente: il convegno milanese si è svolto nel periodo di massima intensità della migrazione dal Mezzogiorno, mentre quello di Varese ha avuto luogo quando i flussi migratori interni cominciavano a diminuire, permettendo una prima valutazione del fenomeno. Esaminando oggi le relazioni e gli interventi presentati in questi convegni, si nota una continua oscillazione tra l'adesione a teorie che considerano la migrazione come un fenomeno patologico e morboso – seguendo una visione riduzionistica simile a quella di Odegaard – approcci alternativi che non rilevano differenze sostanziali tra la psicopatologia dei migranti meridionali e quella degli autoctoni. Un contributo originale e innovativo in questo contesto è quello di Michele Risso³⁸³, che, insieme a Wolfgang

³⁸¹ Ivi, p. 47.

³⁸² Ibid.

³⁸³ M. Risso e W. Boeker, *Sortilegio e delirio. Psicopatologia delle migrazioni in prospettiva transculturale*, a cura di V. Lanternari, V. De Micco e G. Cardamone, trad. it. di V. De Micco, Napoli, Liguori, 2a éd. 2000 (ed.orig. *Verhexungswahn*, Basel, Karger, 1964). Cfr. <https://www.spiweb.it/la-ricerca/ricerca/trauma-migratorio/> (ultima data di consultazione 21/07/2024)

Böker, ha realizzato uno studio in lingua tedesca sugli stati deliranti riscontrati tra i lavoratori meridionali italiani emigrati in Svizzera tedesca negli anni Sessanta.

Gli autori attribuiscono tali stati deliranti al conflitto tra il mondo culturale di appartenenza, caratterizzato da elementi magici, e la società elvetica prevalentemente razionalista e tecnologica. L'analisi dei casi evidenzia la persistenza e la vitalità dei meccanismi di adattamento e resistenza culturale, offrendo una lettura che sfida le spiegazioni prevalentemente medicalizzanti e riduzionistiche del disagio psichico tra i migranti. Tale contributo rappresenta un'importante innovazione nella comprensione del fenomeno migratorio, inserendo la riflessione su migrazione e psichiatria in una prospettiva antropologica. Risso, adottando la teoria del culture shock, si avvale di un paradigma avanzato e flessibile che contrasta il modello biologizzante prevalente, rappresentato dalla teoria del migrante alienato di Odegaard.

Il concetto di culture shock, sviluppato negli anni Sessanta, emerge come una risposta alla naturalizzazione del sociale che caratterizzava le teorie precedenti. Questa teoria, inizialmente elaborata in contesti coloniali dove gli scontri tra sistemi simbolici e culturali erano accentuati, è stata assimilata dalle scienze sociali e ha offerto una nuova prospettiva sul disagio psichico degli immigrati. La nozione di shock culturale enfatizza le difficoltà e i conflitti derivanti dall'incontro tra norme, valori e comportamenti di tradizioni diverse, nonché l'adattamento a contesti di urbanizzazione e modernizzazione. Tuttavia, nel tempo, tale concetto ha subito un ridimensionamento significativo e ha ricevuto sostanziali critiche³⁸⁴.

Oggi, tale concetto è stato incorporato sotto forme aggiornate e sofisticate all'ambito del concetto di "stress socio-culturale". Riviste come la "International Migration Review" hanno dedicato numeri speciali alla salute, analizzando il rapporto tra cultura, stress e disturbi psicologici tra gli immigrati. Il recupero psicopatologico contemporaneo, che associa lo shock culturale ai disturbi mentali, non sorprende in un contesto europeo dove il determinismo culturale sta sostituendo quello biologico. Questo spostamento verso un neo-razzismo, o razzismo culturalista, riflette una visione della società attuale che cerca di spiegare le disuguaglianze culturali come intrinsecamente determinate e immutabili. In tale schema, il culture shock, reinterpretato come stress socioculturale, funge da strumento per restaurare e aggiornare il vecchio rapporto tra migrazione e disturbi

³⁸⁴ Ibid.

mentali, rafforzando la narrazione di differenze culturali inconciliabili e perpetuando l'idea che sussista una disuguaglianza essenziale tra culture. Il concetto di shock culturale, insomma, rischia di essere riciclato come stress associato a eventi di vita negativi come la migrazione e di venire riutilizzato in una visione patologica delle subculture, fungendo come strumento di inferiorizzazione delle minoranze etniche. Tuttavia, è importante sottolineare che in Italia, e in altre realtà internazionali, sono emerse delle posizioni fortemente critiche e delle riflessioni alternative. L'incontro tra le scienze umane, l'antropologia medica e l'etnopsichiatria ha portato a una lettura diversa della malattia dell'immigrato, riconoscendo che i sintomi etnici possono essere interpretati come espressione di modelli culturali alternativi. Nonostante ciò, il modello patologico dell'immigrazione continua a manifestarsi in diverse forme: di fronte a ciò, si auspica una continua analisi che non ricada in modelli riduzionistici ma sappia sottolineare la dimensione esistenziale dell'uomo.

CONCLUSIONE

Il lavoro condotto in questo elaborato ha illustrato l'approccio etnopsichiatrico e quello della fenomenologia culturale attraverso lo studio della teoria e della pratica clinica nella ricerca psicopatologica contemporanea. Comprendere le dinamiche complesse insite tra cultura, individuo e malattia non solo arricchisce la nostra conoscenza teorica, ma promuove anche un trattamento più empatico ed efficace dei disturbi mentali, rispettando e valorizzando la diversità culturale delle esperienze umane.

Questo lavoro ha permesso di dimostrare la differenza di atteggiamento delle varie teorie nei confronti delle differenti culture e la diversità di sviluppo di sindromi culturali sia in Oriente che in Occidente. La prospettiva adottata si pone in modo critico al determinismo biologico: l'attenzione della ricerca che si è cercato di mettere in luce si rivolge sempre maggiormente al concetto del sé, del corpo, della persona e all'esperienza che l'individuo fa della malattia.

Se in passato la disciplina etnopsichiatrica operava all'interno di universi simbolici caratterizzati da pratiche culturali relativamente omogenee, focalizzandosi su categorie diagnostiche e percorsi terapeutici specifici, oggi si osserva un significativo cambio di direzione, con un crescente spostamento dell'attenzione sull'esistenza dell'individuo. L'essere umano, in questo modo, è analizzato sia nella sua dimensione ontologica che fenomenologica. Sorgono in questa prospettiva non solo tendenze epistemologiche legate all'*antropologia medica*, che mettono a fuoco le dinamiche attorno al discorso medico sulla malattia e sul potere sociale; ma anche prospettive rappresentate dall'*antropologia metapsichiatrica*, la quale rivaluta il rapporto tra psiche e cultura. Si crea in questa direzione un'analisi più approfondita, di carattere ontologico, sull'essere umano, un'analisi che comprende ad un tempo una riflessione sull'esperienza corporea, sulla sofferenza e sul dolore come condizione umana e dalla rivalutazione degli stati di esperienza.

Anche l'interpretazione delle istituzioni nel mondo contemporaneo non è più vista come ciò che legittima la malattia, ma per lo più come i fattori che contribuiscono lo sviluppo delle malattie. Destabilizzando il paradigma tradizionale della biologia, la ricerca contemporanea rivolge l'attenzione non solo alle differenze culturali e ai sistemi simbolici insiti in esse ma anche ai fenomeni che provocano le diverse forme di

destabilizzazione dell'essere umano come i fenomeni della tortura, delle violenze politiche e della migrazione. Tali eventi sono visti come esperienze collettive attraversate dalla storia e dalle specificità culturali, dei fenomeni che devono essere solo l'inizio di un processo interpretativo più ampio. Da questo punto di vista l'incontro, tra il paziente e il clinico non può limitarsi a riconoscere e accettare la diversità culturale del linguaggio, del sintomo o delle interpretazioni magico-religiose della malattia senza coglierne realmente il vero significato. Nonostante la medicina occidentale tenda a considerare la sofferenza umana come un problema tecnico da risolvere, oggi persiste una maggiore sensibilità per gli aspetti culturali nella clinica psichiatrica. Tuttavia, questo primo livello di comprensione culturale è solo l'inizio.

L'atteggiamento della fenomenologia culturale appare provocatorio sia nei confronti della medicina che dell'antropologia culturale, poiché non considera la malattia soltanto come il risultato di un agente naturale o soprannaturale, sebbene essa sia iscritta nell'universo simbolico che le conferisce significato. L'essere umano, infatti, partecipa alla malattia, ma non può essere soltanto limitato a questo. Per questa ragione la fenomenologia culturale richiede un'analisi dell'uomo che non si limiti a distinguere ciò che è sano da ciò che è malato, ma che esami, invece, il modo in cui l'individuo interagisce e si muove nella cultura nella quale è inserito.

In questo contesto problematico, analisi si è rivolta al fenomeno della migrazione. Lo spostamento geografico coinvolge infatti l'individuo in modo tale da ripensare alla sua presenza non solo nella cultura, ma anche nel mondo. Questa riflessione, seppur di carattere sociopolitico, coinvolge la psicopatologia in quanto questa si occupa della psiche dell'altro anche da un punto di vista socioculturale.

Oggi tale dibattito rientra nell'agenda della ricerca come una questione urgente, in quanto il fenomeno della globalizzazione e la maggiore facilità di spostamento degli individui tra paesi e continenti hanno contribuito a dare una nuova connotazione al concetto di straniero. Sebbene la migrazione non sia un fenomeno nuovo, essa stimola una vera indagine sull'esistenza umana: ciò che permane di fronte ad una serie di cambiamenti geografici, infatti, è l'identità umana vista sempre come costruito biologico e culturale. In Italia, in modo particolare, questo fenomeno si è verificato recentemente fino a diventare un elemento strutturale della società. Il processo di avvicinamento a una nuova

cultura è stato reso possibile grazie ai processi di acculturazione e adattamento che hanno permesso di sviluppare un'identità etnica.

L'immigrazione è percepita come un fattore che genera la malattia: l'evento migratorio è particolarmente complesso perché coinvolge l'individuo e il suo gruppo di appartenenza, la terra d'origine e quella di accoglienza. Questo non può essere compreso semplicemente spostando l'attenzione delle categorie diagnostiche psichiatriche a quelle più esotiche, né interpretando la sofferenza solo come riflesso di forze politiche e socioeconomiche esterne. Ogni processo migratorio lascia nell'individuo ferite che appartengono a una storia incerta, che agiscono nella sua memoria alternandone la propria identità. Il corpo è il primo a risentire di ciò, poiché serba scritta ogni esperienza vissuta. Il corpo culturale malato, seppur prova a resistere al dolore, narra sempre qualcosa: si frammenta ma lascia nel tempo e nello spazio la propria sofferenza attraverso metafore culturali e comportamenti che eccedono la normalità. Anche il linguaggio, nel contesto della malattia, muta: si passa da un linguaggio privato ad uno sociale che perde la capacità di silenzio e trasforma la sofferenza in qualcosa di comunicabile. Si auspica di accogliere sempre di più un modello di fenomenologia culturale che sappia analizzare il corpo come il centro dell'esperienza umana e che superi le separazioni dualistiche tra mente e corpo. Il corpo diviene soggetto vivente, senziente, culturale e soprattutto elemento intermediario tra individuo e mondo sociale. La comprensione del mondo e dell'individuo è legittimata dalla percezione incarnata, la quale non solo permette di vedere il corpo come luogo e pratiche, ma dove avviene il pieno sviluppo culturale dell'individuo. Se l'individuo si situa nel mondo attraverso il corpo, allora la comprensione dello stesso è possibile proprio a partire da tutto ciò che incarna quest'ultimo. Il corpo allora assume un triplice significato, diviene fisico, simbolico e culturale. L'immigrazione e la fenomenologia culturale sono profondamente interconnesse poiché entrambe trattano della trasformazione e della percezione delle esperienze umane in contesti culturali specifici. L'immigrazione implica un cambiamento significativo per l'individuo di fronte a nuove realtà culturali e la fenomenologia culturale offre una lente per esplorare come i migranti vivono e interpretano questi cambiamenti, concentrandosi sulle esperienze soggettive e sui significati che attribuiscono alle nuove realtà.

Attraverso questo approccio, possiamo comprendere meglio come i migranti negoziano la loro identità, affrontano il dolore e la nostalgia per la cultura d'origine, e

come si adattano alle norme e ai valori della società ospitante. La fenomenologia culturale aiuta a svelare le modalità attraverso cui i vissuti degli immigrati sono radicati nelle loro esperienze culturali e nelle loro pratiche quotidiane, offrendo così una visione più profonda delle complessità dell'integrazione e delle dinamiche interculturali.

In conclusione, è fondamentale sottolineare l'urgenza di sviluppare una profonda sensibilità culturale e un rispettoso riconoscimento dell'identità etnica altrui, un riconoscimento che sappia comprendere l'essere umano a partire dalla sua propria esistenza.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. *Per un dizionario enciclopedico di Antropologia medica*, “AM, Rivista della società italiana di antropologia medica”, 8, 15-16, ottobre 2003, pp. 473-503.
<https://www.amantropologiamedica.unipg.it/index.php/am/article/view/175>
(Consultato: 6 agosto 2024).
- AA.VV. “Rivista Internazionale di Relazioni Interculturali”, 36, 4, luglio 2012, pp. 472-485.
- Angelini P., *Ernesto De Martino*, Roma, Carocci, 2008.
- Aguglia E. Signorelli M.S., Pollicino C., Arcidiacono E., Petralia A., *Il fenomeno dell'hikikomori: cultural bound o quadro psicopatologico emergente?*, “Giornale Italiano di Psicopatologia”, 16, 2010; pp. 157-164.
- Bartocci G., *Psicopatologia, cultura e pensiero magico*, Napoli, Liguori, 1990.
- Beneduce R., *Mente, persona, cultura. Materiali di etnopsicologia*, Torino, L'Harmattan Italia, 1999.
- Beneduce R., *Breve dizionario di etnopsichiatria*, Roma, Carocci, 2008.
- Berlincioni Petrella V., *Etnopsichiatria, etnopsicoanalisi*, Milano, CIS, 2002.
- Berry, J. W., *Conceptual approaches to Acculturation*, in K. Chun, P. Balls-Organista, G. Marin (eds.), *Acculturation*. Washington, APA Press, 2003.
- Bisson J., Andrew, M., *Psychological Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)*, “Cochrane Database System Review”, 18(3), 2007: doi: 10.1002/14651858.CD003388.pub3
- Bourdieu P., *Sociologie générale*, vol. I. *Cours au Collège de France (1981-1983). Habitus - Champ*, Paris, Seuil, 2019; trad. it. a cura di C. Pizzo, *Sistema, habitus, campo. Sociologia generale*, vol. II, Milano, Mimesis, 2015.
- Coppo P., *Etnopsichiatria dei disturbi depressivi: un aggiornamento*, “AM Rivista della Società italiana di antropologia medica”, 15-16, ottobre 2003.

<https://www.amantropologiamedica.unipg.it/index.php/am/article/view/173>
(Consultato: 6 agosto 2024).

Coppo P., *Le ragioni degli altri. Etnopsichiatria, etnopsicoterapie*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2013.

Coppo P., *Le ragioni del dolore, l' etnopsichiatria della depressione*, Torino, Bollati Boringhieri, 2005.

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

Corin E. E., *Facts and Meaning in Psychiatry. An Anthropological Approach to the Lifeworld of Schizophrenics*, "Culture, Medicine and Psychiatry", 14(2), 1990, pp. 153-188.

Crozier I., *Introduction: Pow Meng Yap and the Culture-Bound Syndromes*, "History of Psychiatry", 29, 3, 2018, pp. 363-385.

Csordas Th. J., *Embodiment and Cultural Phenomenology*, in G. Weiss, F. H. Haber (a cura di), *Perspectives on Embodiment. The Intersections of Nature and Culture*, London, Routledge, 1999, p. 143-162; trad. it. di Claudia Mattalucci-Yılmaz, *Incorporazione e fenomenologia culturale*, "Antropologia", 3 (2003), pp. 19-42.

De Martino E., *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*, Torino, Bollati Boringhieri, 1948.

De Martino E., *Morte e pianto rituale nel mondo antico: dal lamento pagano al pianto di Maria*, Torino, Bollati Boringhieri, 1958.

De Martino E., *Sud e Magia*, Milano, Feltrinelli, 1959; nuova ed. a cura di M. Massenzio e F. Dei, Torino, Einaudi, 2024.

De Martino E., *Apocalissi culturali e apocalissi psicopatologiche*, "Nuovi Argomenti", LXIX-LXXI, 1964, pp. 105-141.

De Martino E., *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Torino, Einaudi, 1977; a cura di C. Gallini, Einaudi, Torino, 2002; nuova ed. a cura di G. Charuty, D. Fabre e M. Massenzio, Torino, Einaudi, 2019.

- De Micco V., *Passaggi di confine. Etnopsichiatria e migrazioni*, Napoli, Liguori, 1993.
- Del Vecchio Good, M.-J., Brodwin, P. E., *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*, Berkeley, Los Angeles, Oxford, University of California Press, 1994.
- Devereux G., *Essais d'etnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard, 1970; ed. italiana a cura di S. Inglese, trad. di G. Bartolomei, *Saggi di etnopsichiatria generale*, Roma, Armando, 2007.
- Ellenberger H F, *Ethnopsychiatry*, a cura di Emmanuel Delille, trad. dal fr. di J. Kaplansky, Montreal, McGill-Queens University Press, 2020.
- Felaj S. e Giargia M, *Filosofia e follia. Percorsi tra il XVI e XVIII secolo*, Milano, Mimesis, 2012.
- Ferraz M. S. A., *Perception et culture chez Merleau-Ponty*, "Philosophiques", 35(2), 2008, pp. 297-316.
- Field M., *Search for Security: An Ethno-psychiatric Study of Rural Ghana*, London, Faber and Faber, 1960.
- Fimiani M., *Marcel Mauss e il pensiero dell'origine*, Napoli, Guida, 1984.
- Fleury F., *A guisa d'introduzione: del provvisorio e del permanente nella migrazione*, "A.M. Antropologia medica", numero speciale: *Migrazione e Salute Mentale in Europa*, (4luglio), 1988, pp. 3-4.
- Freud S., "*Trauer und Melancholie*" (1917), trad. it. *Lutto e melanconia*, in *Opere complete di Sigmund Freud*, vol. 8, Torino, Boringhieri, 1980.
- Foucault M., *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon, 1961; trad. it. di F. Ferrucci, *Storia della follia nell'età classica*, nuova ed. a cura di M. Galzigna, Milano, Rizzoli, 2011.
- Ganucci Cancellieri U., Pacciolla A., *L'inquadramento culturale nel DSM-5®*, "Ricerca di senso. Analisi esistenziale e logoterapia frankliana", 15(1), 2017, pp. 5-25.
- Good B. J, *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994; trad. it. a cura di S. Ferraresi, *Narrare*

- la malattia: lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Milano, Einaudi, 2006.
- Hannerz U., *Cultural Complexity: Studies in the Social Organization of Meaning*, New York, Columbia University Press, 1992; trad. it. di S. Neirotti, *La complessità culturale: l'organizzazione sociale del significato*, ed. a cura di A. Bagnasco, Bologna, Il Mulino, 1998.
- Hannerz U., *Transnational Connections: Culture, People, Places*, London, Routledge, 1996; trad. it. di R. Falcioni, *La diversità culturale*, Bologna, Il Mulino, 2001.
- Husserl E., *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie*, vol. II, *Phänomenologische Untersuchungen zur Konstitution*, a cura di M. Biemel, La Haye, Martinus Nijhoff, 1952; trad. it. a cura di E. Filippini, *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*, vol. II: *Ricerche fenomenologiche sopra la costituzione*, Torino, Einaudi, 1976.
- Husserl E., *Logische Untersuchungen*, Halle, Niemeyer, 1900-1901; trad. it. a cura di G. Piana, *Ricerche logiche*, Milano Il Saggiatore, 1968.
- Jenkins J.H., Barrett R.J., eds., *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity: The Edge of Experience*, Cambridge, Cambridge University Press, 2004.
- Le Breton D., *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, 2006; trad. it. di R. Capovino, *Antropologia del dolore*, Milano, Meltemi, 2016.
- Malzberg B., *Internal Migration and Mental Disease Among the White Population of New York State, 1960-1961*, *International Journal of Social Psychiatry*, 13(3), 1967, pp. 184-191.
- Mauss M., *Les techniques du corps*, "Journal de Psychologie", 32(3-4), 1936; trad. it. e cura di M. Fusachi, *Le tecniche del corpo*, Pisa, ETS, 2018. Melchiorre V., *Corpo e persona*, Genova, Marietti, 1987.
- Merleau-Ponty M., *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 1945; trad. it di A. Bonomi, *Fenomenologia della percezione*, Milano, Bompiani, 2018.
- Mora G., *Il male pugliese. Etnopsichiatria storica del tarantismo*, Lecce, Besa mucii, 2023.

- Natoli S., *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*, Milano, Feltrinelli, 2001.
- Odegaard J. C., *Immigration and Insanity: A Study of Mental Disease Among the Norwegian-born Population in Minnesota*, Copenhagen, Levin & Munksgaard, 1932.
- Parsons T., *La struttura dell'azione sociale. Uno studio di teoria sociale con particolare riferimento a un gruppo di autori europei recenti*. Vol. I e II, Meltemi, 2021.
- Pintus A., *Psicologia sociale e multiculturalità*, Roma, Carocci, 2008.
- Pizza G., *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Roma, Carocci editore, 2005.
- Rabinbach A., *The Human Motor: Energy, Fatigue, and the Origins of Modernity*, New York, BasicBooks, 1990.
- Rasini V., *Il fatale privilegio di essere uomini. Sensi e corpo in Helmuth Plessner*, "Studi di estetica", anno XLIV, IV serie, 1, 2016, pp. 149-166.
- Redfield R., Linton R., Herskovits M., *Memorandum for the Study of Acculturation*, "American Anthropologist", 38(1), 1936, pp. 149-152.
- Risso M., Boeker W., *Verhexungswahn*, Basel, Karger, 1964; trad. it. di V. De Micco, *Sortilegio e delirio. Psicopatologia delle migrazioni in prospettiva transculturale*, a cura di V. Lanternari, V. De Micco e G. Cardamone, Napoli, Liguori, 2a éd. 2000.
- Rosmini A., *Nuovo saggio sull'origine delle idee*, vol. II, sez. V, p. V, c. III, art. IV, Celuc, Milano, 1972.
- Scarry E., *The Body in Pain: The Making and Unmaking of the World*, New York, Oxford University Press, 1987; trad. it. di G. Bettini, *La sofferenza del corpo. La distruzione e la costruzione del mondo*, Bologna, Il Mulino, 1990.
- Simons R. C., Hughes C., *The Culture-bound Syndromes: Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*, Dordrecht; Boston, D. Reidel, 1985.

- Thornton, T., *Cross-cultural Psychiatry and Validity in DSM-5*, in R. White, S. Jain, D.M.R. Orr, U. Read (eds) *The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health*, London, Palgrave Macmillan, 2017, pp. 51-69.
- Vanzago L., *Merleau-Ponty*, Roma, Carocci, 2012.
- Vanzago, L., *Feeling and Experiencing Pain. A Comparison Between Different Conceptual Models*, “Humana.Mente Journal of Philosophical Studies”, 31, 2016, pp. 135-150.
- Vanzago L., *Metamorfosi. La questione dell’espressione nella filosofia di Merleau-Ponty*, “Lebenswelt”, 9, 2016, pp. 31-47.
- Vanzago L., *L’esperienza del dolore tra filosofia e neuroscienze*, Istituto Lombardo (Rend. Lettere) 155, 2021, pp. 3-12.
- Vanzago L. (a cura di), *The Experience of Pain. Epistemological, Hermeneutical and Ontological Aspects*, “Discipline filosofiche”, 32(1), 2022.
- Waldenfels B., *Grundmotive einer Phänomenologie des Fremden*, Frankfurt a. M., Suhrkamp, 2006; trad. it. di F. Menga, *La fenomenologia dell’estraneo*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2008.
- Wittgenstein L., *Philosophical Investigations*, ed. E. Anscombe, Oxford, Blackwell, 1953; trad. it. a cura di M. Trinchero, Torino, Einaudi, 1974.
- Zborowski M., *Componenti culturali nella risposta al dolore*, in Maccaro G.A., Martinelli A, (a cura di), *Sociologia della medicina*, Milano, Feltrinelli, 1977, pp. 108-126.

SITOGRAFIA

[APA_DSM_Cultural-Concepts-in-DSM-5.pdf \(psychiatry.org\)](#) (ultima data di consultazione 14/08/2024)

Transculturale - Clinica | SPI (spiweb.it) (ultima data consultazione 20/07/2024)

Trauma migratorio | SPI (spiweb.it) (ultima data di consultazione 21/07/2024)

Ringraziamenti

Desidero ringraziare innanzitutto la relatrice di questa tesi, la professoressa Elisabetta Giovanna Basso, per la gentilezza, l'attenzione e la disponibilità dimostratami durante il lavoro di stesura. La ringrazio soprattutto per avermi permesso di scoprire il mondo della psicopatologia fenomenologica, motivo di crescita personale e accademica.

Ringrazio i miei genitori, per l'amore e per l'infinita pazienza. Grazie per avermi preso per la mano il primo giorno di scuola ed esserci sempre stati: ho sempre saputo da che parte voltarmi. Siete le mie radici, il mio cielo, tutti i miei valori più belli e tutto questo senza di voi non sarebbe stato possibile. Non smetterò mai di ringraziarvi per avermi spinto a scegliere la mia strada, a seguire le mie inclinazioni ed a non affidarmi alle risposte semplici. Grazie per aver condiviso con me questo bellissimo sogno. Spero sempre di rendervi orgogliosi di me come lo sono io di avere due genitori come voi.

Grazie mamma per essere la mia complice e la mia roccia. Grazie per la dolcezza e l'amore infinito che mi dai: sei per me motivazione e conforto. Sei unica e sei sempre stata per me la prima in tutto, ricarica della mia anima quando ero spenta e il mio posto sicuro. Ti ringrazio soprattutto perché hai fatto sempre di tutto per me senza mai dimostrare stanchezza, ma sempre e solo entusiasmo. Spero di diventare come te.

Grazie papà perché fin da piccola mi hai insegnato che "l'elefante si mangia un pezzo alla volta". Grazie per avermi insegnato a godermi ogni passo, ogni sensazione e di essere sempre curiosa. Grazie a te ho capito che il giudizio degli altri è soltanto il punto di partenza per dimostrare il proprio valore.

Alla mia fedelissima Mia, instancabile compagna di studi.

Ai miei zii Laura e Mauro, siete il mio esempio di forza, vi voglio tanto bene.

A Gericca, la mia migliore amica e la mia spalla destra da dieci anni a questa parte. Grazie per essere cresciuta con me, per come sei con me e per canticchiare insieme sempre le canzoni più belle. Grazie perché in tutti questi anni ci siamo dimostrate tutto e non potrei desiderare amica migliore di te. “Ora e allora e quando sarà”.

A Giada, la mia sorellina fuorisede. Grazie per aver reso unico questo percorso, per la camera 22, per i sogni che ci abbiamo racchiuso, per le nostre risate, i nostri incoraggiamenti, per la grinta e per come abbiamo sempre contato sempre l'una sull'altra. Grazie per avermi letta dentro e per essere così speciale per me.

A Sara, alla tua sincerità e alla tua genuinità, sei stata una scoperta preziosa in questi anni.

Ad Anna, da sempre la mia confidente più preziosa.

Infine, ringrazio Luciano per avermi insegnato che sono sempre i sogni a dare forma al mondo.