

IL TERRITORIO ATTUALE DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE E LA CLINICA TRANSCULTURALE

(GIÀ «METODOLOGIA DELL'ETNOPSICHIATRIA GENERALE E CLINICA»)

SERGIO ZORZETTO

Brescia, 19 novembre 2019

PROGETTO START 2.0

“SERVIZI SOCIO-SANITARI TRASVERSALI DI ACCOGLIENZA PER RICHIEDENTI ASILO E
TITOLARI DI PROTEZIONE INTERNAZIONALE”

Necessità di ripensare il concetto di TERRITORIO in salute mentale a oltre 40 anni dalla riforma dell'assistenza psichiatrica

→ **Ragioni interne alle discipline psi:**

- Es. Di Nicola (2019): a) ritiro progressivo del sostegno al movimento di psichiatria di comunità
b) ritorno alle cure ospedaliere e spostamento verso le carceri di una parte consistente del carico di cure psichiatriche

In generale, si registra spesso

- Una postura difensiva verso l'idea e la pratica del territorio
- il ritiro in una prassi ambulatoriale
- Una richiesta/imposizione (per via giuridica/amministrativa) di una funzione di controllo sociale a scapito della funzione di cura

→ **Ragioni sociopolitiche generali:**

- Il crollo del muro di Berlino non si è rivelato il simbolo festoso di una nuova e democratica globalizzazione, né di una generalizzata attitudine e mentalità cosmopolita.

Al contrario si è affermato un processo di frammentazione che ha innescato una divergenza degli assetti politici, ideologici, giuridici delle diverse regioni geopolitiche (Colombo, *La disunità del mondo*, 2010).

Il mondo si è ritrovato disunito, disarticolato, lungo linee geopolitiche che definiscono aree regionali con interessi e conflitti specifici, alimentati da logiche di sovranità e di imperio che spesso sconfinano nella violenza o comunque in effetti troppo spesso indesiderati e indesiderabili.

Il crollo dell'assetto bipolare ha prodotto → **mutamenti sociali, culturali e politici interstatali o globali:**

A) **migrazioni** di popoli in fuga, rappresentanti di una molteplicità culturale non unilateralmente disposta alla subalternità, ma purtuttavia vulnerata da violenze politiche diffuse (guerre, terrorismo...)

B) conflitti economici, politici ed eventualmente anche etnici e religiosi che si sono tradotti in **guerre e rivoluzioni** più o meno riuscite in alcune regioni geopolitiche (Nordafrica, medio oriente, africa occidentale) e in **terrorismo** che ha colpito globalmente o quasi (anche l'Europa, il Nordamerica e l'Asia).

C) questi fenomeni hanno accompagnato e ulteriormente sospinto un sentimento di **delusione verso le istanze cosmopolite e verso la globalizzazione nel suo insieme**. Quest'ultima si è rivelata essere, o comunque è stata percepita come contraddistinta: a) sul piano economico da un assetto fortemente classista e b) su quello giuridico-istituzionale da rischi di funzionamento a-democratico o addirittura anti-democratico.

Questi fenomeni interstatali e globali hanno prodotto o sono andati di pari passo con → **mutamenti sociali, culturali e politici interni agli stati.**

In particolare, per quanto ci riguarda, si è prodotto un **reflusso nazionalista** infiltrato da sentimenti di **paura** e da richieste diffuse di **sicurezza**. Queste richieste a loro volta hanno fomentato un incremento dei sistemi giuridici e istituzionali di **controllo sociale** generalizzato e un sentire diffuso di chiusura e **rifiuto dell'alterità**.

→ In questo clima è sempre più grande e più presente il rischio di sbilanciare l'azione dei clinici dal lato del controllo sociale, rispetto a quello della cura.

A fronte di questo scenario attuale, diventa interessante ritornare sul **contesto geopolitico** che ha rappresentato invece lo sfondo rispetto al quale si stagliavano il Movimento di contestazione dell'istituzione psichiatrica e poi la Legge di Riforma dell'assistenza psichiatrica (Legge 180) e complessivamente di istituzione del SSN (Legge 833/78).

La riforma dell'assistenza psichiatrica italiana, e più globalmente la critica alla psichiatria, si iscrivevano infatti nell'ordine bipolare e in un duplice senso.

Ci sembra importante approfondire questa duplice iscrizione:

- Da un lato, la riforma italiana ha alimentato – con un ruolo internazionalmente riconosciuto – un movimento globale di critica e di trasformazione delle prassi e dei luoghi della psichiatria;
- Dall'altro, e ancora di più, il conflitto bipolare globale ha riassunto quelli locali da cui è derivata la stessa riforma psichiatrica poi ricompresa nella costituzione del SSN:
 - sintesi progressiva «eccezionale»
 - vissuta come riforma di parte

Questo tuttavia significa che la riforma è espressione di un assetto valoriale, prima di tutto, e poi politico, sociale e anche economico che appare sfasato rispetto allo scenario attuale.

Basta confrontare quanto detto sopra con la paura e il bisogno di sicurezza – e quindi di controllo sociale – con quanto affermava un noto psicoanalista critico, esprimendo un sentire diffuso:

«In molti individui, sembra diminuito il bisogno di istituzioni di sicurezza, o per lo meno dell'aspetto di sicurezza delle istituzioni esistenti. Anche a livello personale: maggiore fluidità dei rapporti, non solcati, almeno a prima vista, dal segno del bisogno; nello stesso tempo, minore intensità [dei rapporti], intercambiabilità [dei partner]. Subentrano nuovi tipi di angoscia, relativi all'identità personale: angoscia di invischiamento, incollamento, agglutinazione; senso del possibile riassorbimento in un tutto indistinto e che tutto cancella; di qui nostalgia di un segno, di un'unicità che viene ricercata nei modi più disparati, spesso irrealizzanti. È in questo contesto che sorgono e si muovono i tentativi di contro-istituzioni programmaticamente liberanti; tentativi di comunità degerarchizzate, fluide, a vari livelli...». (Fachinelli, 1973, 28).

Se si analizza la riforma psichiatrica italiana da un punto di vista geopolitico → alleanza tra gli operatori di salute e la variegata, oltre che numerosa, popolazione dei pazienti psichiatrici. Tale alleanza si è iscritta nel conflitto sociale ancora attivo nella seconda metà del Novecento e tale concezione promuove una critica dei dispositivi istituzionali di controllo della malattia mentale, eretti a scopo autodifensivo da parte di una ***maggioranza deviante***.

Gli operatori si sono sforzati di assumere il punto di vista e di partire dalla condizione concreta del paziente psichiatrico: privo di diritti, senza nome né biografia perché coartato nella gabbia asilare.

La contestazione dell'istituzione totale si è associata ad una visione dell'**azione di cura come eliminazione (o, più realisticamente, riduzione) dei fattori psicopatogeni generali e specifici**: svantaggio economico, disuguaglianza sociale, vulnerabilità somatica, sanzione morale, stigma.

È stata proposta ai pazienti una forma specifica di **alleanza terapeutica** fondata su un progetto generale di salute mentale (culturale, politico e sociale) riguardante l'intera società (lavoro, giurisprudenza, istruzione).

Progressivamente, nel corso dell'applicazione della riforma, l'alleanza preconizzata è venuta meno: prima di tutto per **evaporazione del motore conflittuale bipolare**, e non per mancanza di interesse oggettivo nelle parti o per il venire meno della necessità tecnica di quella alleanza.

Sempre più ha (ri)preso piede nei servizi, tranne poche eccezioni, l'idea di un'**applicazione immediata e diretta del sapere e delle tecniche scientifiche** (o presunte tali): questa volta a livello ambulatoriale od ospedaliero-emergenziale e non più nel contesto asilare.

La questione, che rende sempre limitata la “psichiatria biologica” (così come le varie correnti psicologiche e psicoterapeutiche), è che **la cura** – e quindi i servizi di salute mentale – **non è meramente il luogo di applicazione di un sapere** o di una tecnica o di uno strumento scientifici, ma è anche il **luogo dove si verifica la pertinenza di quello stesso sapere**, di quella tecnica o di quello strumento per le persone a cui sarebbero destinati.

I clinici – ed in generale gli operatori della salute mentale – si ritrovano in qualche misura ad essere il luogo di contatto e di **mediazione fra scienza e società**, anche quando il malato è incontrato nella sua singolarità. Tale singolarità è del tutto apparente, perché in ogni momento (prima, durante e dopo l’incontro clinico) rinvia a, ed è in connessione con, le dimensioni ambientali, relazionali, sociali e culturali dell’esistenza.

La mediazione è operata nei due sensi:

1) **la prima direzione è quella che va dalla scienza alla società**

2) ma mediazione vuol dire anche permettere un **flusso inverso che dalla società torna alla scienza.**

→ **argomento di autorità** (scientifica) relativa alla **natura della malattia.**

→ Ogni natura della malattia è sintonica al, e incorporata nel, **contesto attrezzato per dispiegarla, permetterne l'apparizione ed eventualmente cercare di curarla:** laboratorio, setting psicoterapeutico o riabilitativo, ecc.

Ciascuno di questi contesti tecnici implica sempre un processo di semplificazione: cioè la riduzione delle variabili da considerare.

Qualche cosa viene pertanto lasciato inevitabilmente fuori: :

- la biologia,
- le relazioni familiari disfunzionali,
- gli interessi legittimi degli utenti e delle famiglie eventualmente riuniti in gruppi di pressione,
- le culture dei pazienti più o meno divergenti dalla *weltanschauung* scientifica.

Queste diverse forze sociali e culturali – sia che rimangano informali, sia che si diano forme organizzative formalizzate – non solo si traducono (negativamente) in **resistenze alla scienza** e ai suoi metodi (e quindi alla cura); ma anche si possono manifestare in modo positivo come **interlocutori in cerca di un ascolto** (è il caso ad esempio delle associazioni di utenti e familiari) oppure come concezioni della malattia e della cura che attivano **ricorsi ad altre terapeutiche**, sia in modo alternativo sia in modo parallelo.

Se si prosegue la riflessione sul rapporto Servizi di salute mentale/Territorio, rispetto al periodo della Riforma, si può osservare che non solo è mutato il contesto geopolitico locale e globale in cui si iscrive quel rapporto, ma anche che:

→ Il territorio attuale dei servizi di salute mentale è ulteriormente complicato dalla moltiplicazione dell'**eterogeneità culturale** in conseguenza dei processi migratori transnazionali.

→ È ulteriormente stratificato dalla diffusione dei **mondi virtuali** nei cui ambiti si sviluppano e maturano nuove emergenze psicosociali.

La mediazione comporta la presa in considerazione del “resto” che la scienza non aveva preso in considerazione inizialmente o escluso intenzionalmente, e che opera sia “negativamente” sia “positivamente”. Soprattutto occorre verificare se questo resto non è solo un’accozzaglia di elementi sparsi ma si incardina più o meno coerentemente in specifici **mondi**: mondi di cui occorre individuare l’organizzazione e le logiche di funzionamento.

In salute mentale, siamo abituati a cercare di ricondurre nuovamente quei resti ai **mondi biologici** o ai **mondi interni** (indipendentemente dalla corrente psicologica adottata), al più ai **mondi relazionali** dei piccoli gruppi (sistema familiare).

Sempre più bisogna imparare a considerare i **mondi collettivi**:

- quelli che provengono dall'altrove (con le migrazioni): **mondi culturali**

→ **Etnopsichiatria**

- quelli prodotti dalla storia collettiva (con le violenze politiche): **mondi della tortura**

Psicologia geopolitica clinica

- quelli che provengono – per così dire – dal futuro: **mondi virtuali.**

→ **Metodologia a venire**

Sviluppi organizzativi per i servizi di salute mentale

→ Convocare altre discipline e altri professionisti nel lavoro terapeutico-assistenziale

→ Sviluppare metodologie della co-evoluzione fra servizi, pazienti e contesto sociale allargato

**ELEMENTI PER UNA CLINICA TRANSCULTURALE
NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE**

→ Elementi che prestrutturano l'incontro, producendo un taglio particolare che articola gli attori di questo medesimo incontro.

Parole per indicare l'altro: ciascuna ricomprende in sé una serie di denotazioni e di connotazioni in ragione del contesto storico in cui è divenuta dominante e che si sono tradotte in specifiche letture teoriche e cliniche.

A sua volta **la storia dei termini** in voga determina un sommarsi e un differenziarsi delle connotazioni, una loro stratificazione.

1) IMMIGRATO:

- qualcuno che viene dall'altrove e giunge da noi.
- biografia individuale (e collettiva) è strutturata intorno ad **UN viaggio** con destinazione, che assume un valore strutturale e definitivo per la vita della persona, dei suoi ascendenti e della sua discendenza. Alla fine l'immigrato è colui che resta.
- il **viaggio è bifocale e unidirezionale**: c'è il "là" e il "qui" e si va dall'uno all'altro. Sono ammessi due versi possibili lungo la medesima direzione: l'andata e il ritorno (anche questo in qualche modo definitivo).
- **bipartizioni**: autoctoni/allogeni, cittadini/non cittadini; stanziali/ nomadi, ecc.

- La parola rinvia ad una **relazione particolare con la terra** (di partenza e di approdo): **effrazione dei confini statali**:

→ **Oggi** (soprattutto, ma non solo): effrazione dei confini delle società di accoglienza, cioè nel punto finale del movimento; le società di destinazione si vivono come invase/predate. Da questo punto di vista risulta evidente la fragile posizione degli immigrati come **meteci moderni**, che suscitano reazioni in funzione “... del criterio dominante, quello della loro utilità economica per la città. La necessità economica resta una passarella – o uno schermo – fra xenofobia e cosmopolitismo” (Kristeva, 1990, p. 52)

→ **In passato:** effrazione dei confini delle comunità di partenza, cioè nel momento inaugurale del movimento.

Lenin (1913): "... [il capitalismo] ha creato un tipo particolare di migrazione di popoli. I paesi che si sviluppano industrialmente in fretta, introducendo più macchine e soppiantando i paesi arretrati nel mercato mondiale, elevano il salario al di sopra della media e attirano gli operai salariati di quei paesi... il capitalismo avanzato li assorbe violentemente nel suo vortice, li strappa dalle località sperdute, li fa partecipare al movimento storico mondiale, li mette faccia a faccia con la possente, unita classe internazionale degli industriali" (cit. In Balibar, 1976, p. 200)

2) **MIGRANTE** (emigrante/immigrante)

- Più che essere in viaggio, il migrante è in **movimento**. Un movimento che al limite è indefinito nella durata e nella destinazione. La mèta è sempre altrove, sempre più lontano dall'origine:

→ in questo senso può essere appreso dall'autoctono come “straniero temporaneamente presente”,

Ma da altri punti di vista (non autoctoni) può essere visto come:

→ Soggetto a **continui strappi** da parte della logica del capitale da ogni nuovo luogo che immagina come destinazione o come sosta

→ Soggetto che **rivendica un diritto originario**

allo spostamento, all'attraversamento dei confini; che contesta le barriere che si oppongono al movimento.

Confronto immigrato/migrante:

A) differenze:

- Differenze tecnologiche (nei trasporti e nelle comunicazioni)
- Problema della perdita della cultura di origine vs. Problema dell'ibridazione (e della metamorfosi)
- Irreversibilità del viaggio/reversibilità (transitoria) del movimento
- Territorializzazione e radicamento/deterritorializzazione permanente
- Perdita dei contatti/connettività

B) **comunanze** (più o meno ampie):

- Il viaggio e il movimento verso il nuovo espongono alla forza dirompente dello sconosciuto e dell'estraneo, del non comprensibile e pertanto dell'inquietante: **shock culturale** (brevissimo termine) e **stress acculturativo** (medio/lungo termine);
- Questo "nuovo" può opporsi, fare ostacolo e contro di esso possono infrangersi le aspettative e le speranze che hanno motivato e alimentato il viaggio/movimento: **goal striving stress** (breve-medio termine);

- Il viaggio/movimento verso il nuovo implicano sempre delle perdite: di coloro da cui il migrante si separa, del mondo che abbandona: **dimensione nostalgica e luttuosa** che accompagna, affianca e attraversa la (im)migrazione, gettando un'ombra cupa sul nuovo e richiamando dolorosamente l'immigrato/migrante alla sua casa (cfr., Frigessi Castelnovo e Riso, 1982).
- Figure cliniche prototipiche: **sinistrosi e schizofrenia** → approfondimento successivo

3) RICHIEDENTE ASILO/RIFUGIATO

- Passaggio dal quadro di riferimento economico a quello giuridico
- Iter per il riconoscimento dello status giuridico
- Rispetto alle precedenti figure sociali si aggiunge un ulteriore elemento: l'obbligo alla **fuga** dal proprio paese e la conseguente dimensione di vittima
 - diverse accezioni possibili dell'obbligo e diversi gradi possibili di obbligo
 - Il mondo di origine non richiama a sé nostalgicamente, ma insegue e “morde”
Impossibilità del rientro per tempi imprecisati (es. Siria, Yemen) e comunque sua interdizione giuridica.
- figura clinica prototipica: PTSD (eventualmente nella sua versione di PTSD Complesso → psicosi traumatica)

Confronto (im)migrante/richiedente asilo e rifugiato

A) differenze:

- Dimensione istituzionale dell'accoglienza:

* Identificazione/irregolarità

* Dichiarazione identitaria (pubblica)

* Acculturazione nell'ambito della forma campo → **territorio frontaliero**

dell'accoglienza (campo):

° Dentro questo territorio si confinano, sono confinati e comunque vivono i popoli in fuga: **non è un territorio di ascrizione**, ma di confinamento (in gradi diversi a seconda delle situazioni) o di auto-confinamento

→ Obiettivo: riterritorializzazione (blocco/smorzamento dei flussi)

→ Riterritorializzazione ottenuta per via:

-Coercitiva

-Dissuasiva (impossibilità o difficoltà ad essere assistiti o trovare lavoro fuori dai campi, es. Kenya. Italia: requisito residenza)

-Seduttiva/persuasiva (protezione, resettlement, benefit, ecc.)

→ A), b) e c) sono i classici strumenti attraverso cui si esercita il **controllo sociale**

° Attraverso questo territorio questi popoli circolano in modo regolato e secondo direzioni diverse (sud-sud o sud-nord, soprattutto; anche quando il «nord» è a sud come nel caso dell'australia), in tal modo definiscono un territorio multiculturale e altamente conflittuale. I modi in cui si danno questi conflitti possono però presentare notevoli sorprese:

° Si pone allora il problema di comprendere quali siano le **caratteristiche** di questo territorio di frontiera e quali modi di esistenza si diano al suo interno

Analizzando le situazioni protratte di rifugio la letteratura evidenzia alcuni caratteri governamentali dei “campi”:

→ sospensione del tempo (oppure tempo dell’attesa)

→ sottoposizione ad una relazione umanitaria e filantropica come strategia di sopravvivenza

→ perdita degli statuti sociali precedenti (statuti familiari, lavorativi, sociali, ecc.) E difficoltà a ricostituirne di simili

→ omogeneizzazione e depoliticizzazione delle situazioni individuali e collettive tramite il processo di categorizzazione come rifugiato → annullamento delle differenze culturali e politiche (Malkki, 1996; Gyndman e Giles, 2011)

→ ingaggio delle persone nel sistema legale internazionale, benché eventualmente alienati più o meno intensamente da quello nazionale del paese in cui si trovano (Holzer, 2013)

* Fattori che causano/che sono connessi/che acquiscono ricorsivamente le problematiche di salute mentale nel regime di frontiera dell'accoglienza:

° **A livello individuale:**

- Passivizzazione e instaurazione di una **dipendenza assistenziale**
- Attesa** dei vari gradi di riconoscimento o meno della protezione internazionale
- Separazione dal/perdita del/conflittualità con il **sistema familiare** di provenienza
- Processi di **marginalizzazione** e devianza (uso sostanze, inserimento in circuiti di sfruttamento, ecc.)
- Rottura con/impossibilità di assumere le **funzioni/ruoli culturali previste/i**
- Venir meno di sistemi di protezione specifici (es. Abiku/nit ku bon...)
- Attacco acculturativo ai legami familiari e comunitari di provenienza

° **A livello familiare:**

- Crisi dei ruoli: maschile/femminile; genitori/figli
- Crisi dei processi di inculturazione
- Trasmissione transgenerazionale del trauma

→ I campi funzionano come macchine biopolitiche volte alla realizzazione di una specifica antropopoiesi, una volta che chi vi entra è trasformato in una vittima singolare in cerca di aiuto e senza passato (culturale, politico)

- **Diversa “collocazione” e natura del trauma:** nel migrante il trauma è alla fine del viaggio, mentre nel rifugiato è all’inizio.

* Nel migrante si tratta di un processo traumatico repentino o strisciante, derivante dalla perdita del quadro di riferimento culturale (Nathan, 1988). Questo processo traumatico riconosce due momenti: il primo determina la perdita e il secondo innesca la sintomatologia. Il secondo momento del trauma può essere provocato da un incidente sul luogo di lavoro (→sinistrosi), dalla nascita di un figlio, oppure dalla morte di un familiare, ma comunque in terra «straniera».

* Nei richiedenti asilo e rifugiati, invece, il trauma è prodotto da una **violenza intenzionale iniziale**. Le violenze in genere si prolungano, si reiterano o si sommano ad altre, ma è il trauma iniziale a costituire immediatamente e direttamente un attacco all'identità e al legame con la cultura di appartenenza della persona (Sironi, 1999; Nathan, 2012)

B) comunanze:

- Shock culturale /goal striving stress / stress acculturativo/nostalgia

4) STRANIERO

- Figura in sé (colui che viene dall'altrove, che ha altre lingue – barbaro –, altri modi di fare costumi e valori, altre divinità. Soprattutto colui che ha uno statuto sociale che si colloca fra il cittadino e lo schiavo) ma anche qualità trasversale alle altre figure descritte
- Si pone il problema della **natura simile o dissimile** dello straniero:

- Problema della “base” a partire dalla quale costruire la relazione con lo straniero:
 - * COMUNANZE (=con-simile) vs. DIFFERENZE (=altro)
 - **Grecia** antica
 - **Kristeva** (1990): comparsa della prospettiva universalistica con l’avvento del cristianesimo

 - *Lo straniero è al contempo e ambigualmente **altro** e **consimile**:
 - Nel relazionarmi a lui cerco la comune essenza, le somiglianze
 - Oppure cerco le differenze: le diverse logiche, le diverse essenze...

- * **Articolazione fra altro/simile e ostilità/ospitalità:** non si respinge lo straniero solo in quanto altro, né si accoglie solo in quanto simile. Si può accogliere proprio perché altro da sé e respingerlo nonostante sia simile o proprio perché gli si impone di essere simile → si tratta in ogni caso di movimenti, di richieste e di offerte, di auspici e di ingiunzioni possibili:
- ° far diventare l'altro simile vs. garantire la sua alterità
 - ° metamorfosi dell'altro nell'uno come condizione *sine qua non* dell'incontro vs. metamorfosi dell'uno e dell'altro come esito imprevisto dell'incontro
 - ° ricercare nell'altro ciò che unisce vs ricerca ciò che distingue
 - ° rispettare la sua differenza vs. svilirla e stigmatizzarla.

**CIASCUNA DELLE FIGURE CONSIDERATE RINVIA AD UNA SPECIFICA
CLINICA TRANSCULTURALE**

A) Clinica del migrante

- Migrante come **forza-lavoro: corpo assoggettato al dispotismo economico**
- **alterità (economica = povertà) del migrante**

→ La **piega sinistrosica** si avvia in seguito ad un incidente tipicamente avvenuto dopo anni dall'espatrio ed in connessione con altri eventi che hanno significato o sancito una perdita interna della dimensione culturale originaria: nascite, morti...

Caratteristiche della sinistrosi:

- corpo dolorante, ipocondriaco, astenico e tendenzialmente in procinto di morire (sfondo depressivo)
- Rivendicatività delirante a fini di indennizzo ma ancor più affinché sia pubblicamente e scientificamente riconosciuto il danno subito a fronte della squalifica medica a simulatore o malato mentale.

Si riconosce la sinistrosi come un processo di soggettivazione (cioè identitario) nell'ambito dei dispositivi medici, giuridici e assicurativi, una volta che il trauma (incedente sul lavoro) sancisce la perdita del quadro culturale di riferimento interno, oltre che del suo valore economico per la famiglia.

B) Clinica del richiedente asilo/rifugiato

Il richiedente asilo è parte individuale di una **soggettività collettiva esposta a processi traumatici**, esterni e cumulativi, nel paese di provenienza, in quelli di transito e di destinazione temporanea o protratta. La configurazione prototipica della sua sofferenza, condivisa da una massa crescente di persone, diventa il ***disturbo da stress post-traumatico***.

C) Clinica dello straniero

Il dispositivo clinico etnopsichiatrico di Nathan ha messo in evidenza realtà diverse e cioè altre verità che si costituiscono a partire dai mondi originari, una volta che questi vengono convocati. Tali verità riguardo la sofferenza patita, chiamano in causa altre eziologie (influenza di esseri invisibili, stregoneria, ecc.) ed altre tecniche di intervento terapeutico. Chiamano in causa, cioè, altri dispositivi che implicano e producono **processi di soggettivazione alternativi**, ovvero: identità alternative delle persone (es., paziente vs adepto di culti a possessione), verità alternative sulla natura della sofferenza (eziologia, collocazione del male), ecc.

Nel modello della sofferenza culturalmente caratterizzata descritto da T. Nathan, l'evento traumatico produce l'incontro con esseri e forze culturali la cui azione rende conto della sintomatologia osservata

Caratteristiche: CBS (possessione, attacco stregonesco, stregoneria antropofagica, ecc.)

→ CBS vs Culture Change Syndrome soprattutto nei giovani (es. Anoressia nervosa, mutismo elettivo)

La clinica dello straniero presuppone un preciso posizionamento che prevede:

- Di prendere in considerazione il fatto che la dislocazione di grandi gruppi umani costituisce un **fenomeno sociologico e geopolitico generale** da cui scaturisce un **problema epistemologico** pervasivo: insieme agli individui si spostano anche intere e composite visioni del mondo, le quali creano tensioni culturali nel punto-momento di interazione fra popoli autoctoni e allogeni

- Di considerare che la risoluzione di queste tensioni prevede solo soluzioni locali e singolari che dipendono dallo specifico dispositivo interattivo che si è in grado di approntare. Ogni volta, il risultato finale dipende da:

* **Chi** è stato convocato dal dispositivo (i soggetti e i gruppi interessati, ma anche le loro teorie e gli esseri invisibili verso cui esprimono forme di attaccamento) → chi convocare

* Dalla precisazione della **cosa** rispetto alla quale bisogna intendersi → natura dell'oggetto problematico per ogni attore convocato

* Dall'individuazione di **come** poter raggiungere un accordo → metodo di interazione

- Le scelte relative al chi, al cosa e al come devono essere tali da far emergere ciò che produce le qualità singolari e modali della persona incontrata. Le scelte operate cioè devono essere in grado di far emergere gli attaccamenti a lingue, a valori, a psicologie, a mondi invisibili con gli specifici e molteplici esseri che li popolano. Tutto ciò permette di incontrare l'altro concreto e le sue molteplici determinazioni.

L'invito dell'etnopsichiatria a tutto il sistema di accoglienza e ai servizi sanitari deputati alla cura di richiedenti asilo e rifugiati è quello di non stigmatizzare, svilire o rimuovere il **sentimento di “appartenenza a”**, nel mentre si prefiggono di promuovere il riconoscimento del diritto alla protezione e l'integrazione sociale e di perseguire finalità terapeutiche.

Complessivamente, le cliniche di queste figure sociali mostrano come esse possano essere viste anche come espressione delle **dinamiche del contatto fra culture**, che prevedono una serie variegata di processi/esiti:

John W. Berry sottolinea i seguenti esiti del contatto fra culture:

- **Integrazione:** il gruppo non dominante instaura e mantiene relazioni con la cultura dominante e allo stesso tempo mantiene la propria identità culturale;
- **Assimilazione:** il gruppo non dominante instaura e mantiene relazioni con la cultura dominante ma perde la propria identità culturale;
- **Separazione:** il gruppo non dominante evita o non riesce ad instaurare relazioni con la cultura dominante e mantiene la propria identità culturale;
- **Marginalizzazione:** il gruppo non dominante evita o non riesce ad instaurare relazioni con la cultura dominante e perde la propria identità culturale.

Georges Devereux distingue diverse tipologie di **acculturazione antagonista**:

- *Isolamento difensivo* (parziale o totale), ad esempio tramite l'abolizione del contatto sociale
- *Adozione di mezzi nuovi al fine di conseguire fini esistenti* (mimetismo)
- *Acculturazione negativa dissociativa* (elaborazione di complessi culturali deliberatamente in disaccordo o in opposizione con la cultura del gruppo esterno: il gruppo A crea items culturali nuovi che deliberatamente derivano – sono l'inverso – dalle tecniche di vita del gruppo B, da cui il primo vuole dissociarsi).

L'acculturazione dissociativa può realizzarsi per mezzo di tecniche distinte

A) *regressione*

B) *differenziazione*

C) *negazione*

LE FIGURE PRESE IN ESAME, CON LE CONNOTAZIONI CHE IMPLICANO, LE PROBLEMATICHE A CUI SI ASSOCIANO O A CUI SONO STATE ASSOCIATE, LE REAZIONI CHE SUSCITANO A LIVELLO INDIVIDUALE E COLLETTIVO E I DISPOSITIVI ISTITUZIONALI A CUI SI ACCOPPIANO, SI STRATIFICANO NELL'INCONTRO CON L'ALTRO. QUESTO INCONTRO È PRESTRUTTURATO DA TUTTI QUESTI ASPETTI CHE SI È CERCATO DI METTERE IN EVIDENZA (OLTRE CHE DA TUTTI GLI ALTRI COMUNQUE PRESENTI IN OGNI INTERAZIONE CLINICA: ETÀ, GENERE, CLASSE SOCIALE, ECC.).

In parte, ogni clinico, ogni operatore, attualizza alcune delle denotazioni, delle connotazioni e delle reazioni evidenziate sulla base delle proprie disposizioni e posizionamenti personali. D'altra parte, ciò che viene attualizzato travalica queste disposizioni e questi posizionamenti poiché prodotto da dimensioni sovraordinate:

- teorie e metodologie di riferimento del clinico
- Collocazione istituzionale
- Funzionamenti interistituzionali complessivi intorno ai richiedenti asilo e rifugiati
- Clima politico e sociale generale

Etica dell'incontro con l'altro da una prospettiva etnopsichiatrica:

- 1) l'altro come straniero
- 2) collocazione istituzionale
- 3) posizionamento professionale e disciplinare

→ Problema: riproduzione tecnica della postura epistemica