

Etnopsichiatria: un nome inquietante per una ricerca inquieta

Sergio Mollino, Roma

Introduzione

La disciplina etnopsichiatrica si è andata costituendo come riflessione interculturale e come pratica terapeutica poco dopo che si erano spente le terribili fiamme della seconda guerra mondiale. Gli astri le sono stati propizi e lo sono tuttora, almeno a giudicare dal grande favore incontrato e dall'interesse che l'argomento riesce a suscitare. Eppure la disciplina ha un nome non propriamente felice, anzi si potrebbe dire, per certe consonanze, addirittura inquietante.

Tutto quanto pertiene all'*etnico* richiama ogni sorta di efferatezza perpetrata negli ultimi sessant'anni, a partire dall'olocausto. Ogni volta, in nome *deWetnico*, sono stati adottati pretesti ideologici e pseudogiustificazioni nazionalistiche che hanno sempre avuto l'amaro sapore della favola di Fedro «Il lupo e l'agnello», tanto per essere metaforici. In virtù del diritto del più forte o delle armi, in nome del fanatismo più esaltato o della spietatezza dei signori della guerra, si è fatto di tutto e di più, del peggio. Basterebbe ricordare i vari genocidi di massa, gli eccidi di grandi e piccole dimensioni, gli stermini «intelligenti» (quella sorta di stupidità che è il crimine ragionato selettivamente) e quell'odioso fenomeno che viene inumana-mente chiamato «pulizia etnica».

Non migliore è la fama della Psichiatria, di cui ancora non

si sono dimenticati gli echi dei vari movimenti «ariti» (1), (1) A. Ballerini e B. Caillieri, da quello dell'anti-psichiatria, tanto per citarne uno sbaf/f^10, ?'.^T^^

Milano, Feltrinelli, 1996.

gliato, a quello della rivoluzione contro i manicomi, tanto per citarne uno giusto, ma riproposto - del tutto recentemente, come se fosse una cosa nuova di zecca - dopo 20 anni di inutili discussioni e di ignavie incredibili.

La Psichiatria, dunque, evoca un passato di reclusioni asilari, di sorveglianze e di punizioni per chiunque fosse «pericoloso a sé e ad altri», ancora denso di spettri inquietanti: la follia e la sua repressione. Ma come tutti sanno gli spettri ingenerano paure e le paure risvegliano mai sopiti istinti di segregazione di ogni «diversità». La bizzarra idea di costituire nella città di Roma il «Pronto intervento Psichiatrico», una sorta di *ronda di accalappia matti pronta* ad intervenire sul «territorio» con un numero telefonico da emergenze di ordine pubblico, dietro il falso obiettivo di «Pronto intervento Sanitario», è la testimonianza più recente di una coattiva tendenza a ripetere agiti fobici collettivi contro ciò che non si conosce (o non si vuole conoscere) e di cui, purtuttavia, si ha timore. Per tutte le urgenze mediche, da quando è stata istituita la Sanità Pubblica, è sempre bastata un'ambulanza attrezzata, con un medico preparato e un paio d'infermieri efficienti.

Ma lasciamo perdere questi ultimissimi, provinciali affanni dell'assistenza psichiatrica romana (estremamente bizantina e perifrastica da dieci anni in qua) e torniamo al tema dell'etnopsichiatria, oggetto della nostra riflessione. I termini etnico e psichiatrico non sono dunque affatto rassicuranti, allora perché tanto interesse, tanta curiosità, tante aspettative (anche cliniche) dagli sviluppi di questa ricerca?

Un nome esotico, una ricerca antica

Il Collega Piero Coppo, che a lungo ha lavorato in Mali e molto ha appreso dalla saggezza del popolo dogon, ci rasserena e ci spiega con semplicità il significato etimologico della definizione. «*Etnos* significa razza, tribù, stirpe, famiglia, ma anche provincia, territorio; indica la dimensione locale, particolare di una parte rispetto al tutto. *Psyche* è soffio vitale; *iatriá*, l'arte di prendersi cura. Si

(2) P. Coppo,
Etnopsichiatria, Milano, Il
Saggiatore, 1996.

tratta dunque della disciplina che pratica (e studia) l'arte del prendersi cura della 'psiche' in territori e gruppi umani definiti» (2).

In ogni caso, al di là del significato inquietante che può evocare il nome di questa nuova disciplina, resta il fatto che essa delimita *un'area* dell'antropologia medica (in senso lato), aperta a qualsiasi forma di espressione di cultura, di sapere empirico, di saper-fare, di saper ascoltare, di comunicare nell'universo salute/malattia. Su questo terreno si muove una ricerca perennemente inquieta e rigorosa sulle pratiche terapeutiche tradizionali che mettono in crisi il nostro approccio «scientifico con la malattia».

L'etnopsichiatria è dunque uno spazio umano privilegiato delle aporie della salute che dall'umano, appunto, s'irradiano e che ad esso ritornano interrogandolo. In questo sito universale, in questa *koinè* dell'arte medica convergono modelli di comportamento, tradizioni antiche, teorie scientifiche, empirie popolari, consuetudini magiche e religiose, pratiche per la conservazione della salute, atti idonei alla prevenzione della malattia, prescrizioni ancestrali di come difendersi dall'angoscia della condizione umana e insegnamenti tramandati oralmente su come convivere con l'asprezza delle realtà di natura (3).

(3) R. Terranova-Cecchini,
«Etnopsichiatria», *Enciclopedia
Medica Italiana*, Firenze,
USES, 1978.

Nell'etnopsichiatria, con pari dignità, tutte queste soggettività categoriali del sapere medico parlano, discutono, si confrontano, si scambiano i propri segreti, si apprendono vicendevolmente, si scontrano dialetticamente, si verificano «sapientemente» interrogandosi sulla condizione umana, su come l'uomo-è-nel-mondo, su come egli-è-nel-mondo-con-l'altro. Questo è il senso profondo e il successo crescente della proposta etnopsichiatrica.

Non vi è dubbio che un sottile filo rosso lega e riconduce all'etnopsichiatria, quale punto d'incontro delle scienze umane, eventi catastrofici e dolorosi come le migrazioni di massa, le grandi carestie, le recessioni economiche, le persecuzioni razziali, la mancanza di lavoro, i conflitti mondiali e le condizioni postbelliche di recupero dell'umano devastato. Tali avvenimenti apocalittici, malgrado tutto, hanno consentito circolazioni culturali, nuove conoscenze, rivalutazioni inaspettate di tradizioni antiche, riutilizzazione di valori dimenticati.

La dislocazione degli uomini, nel bene o nel male, ha permesso grandi cambiamenti sociali e addirittura trasformazioni sostanziali di «paradigmi» scientifici, proprio perché ciascuno si è trascinato dietro la propria cultura. Col movimento dell'uomo si sono mosse anche le culture.

Brevi nutazioni storiche

Raccogliendo, nello specifico, l'anamnesi dell'etnopsichiatria, scopriamo che già ne esiste una «storica» e una «moderna», nonostante essa, nella formulazione che se ne fa attualmente, conti appena mezzo secolo di vita. Scopriamo ancora che l'etnopsichiatria nasce dalla ibridazione di varie tradizioni culturali con la psicoanalisi. Sappiamo inoltre che, del tutto recentemente, la materia è stata ripensata con i nuovi strumenti d'indagine dell'antropologia culturale e della psicopatologia antropofenomenologica.

Fra i padri storici vengono giustamente annoverati personaggi mitteleuropei come George Devereux, etno-antropologo, musicologo, sociologo, psicoanalista, cui dobbiamo l'elaborazione di una *metodologia complementarista*, quella della «doppia lettura» dei fenomeni culturali (da lui medesimo verificati nelle etnie più disparate). Ma anche studiosi interdisciplinari del calibro di Ernesto De Martino, demo-etno-antropologo di estrazione storicista. Rimane famosa la sua ricerca con un gruppo multidisciplinare (psichiatri, psicologi, antropologi, coreuti, musicologi, glottologi, ecc.), per le osservazioni sul campo di fenomeni della tradizione popolare italiana. È lui a creare la dizione «Psichiatria culturale» per tale genere di osservazioni interdisciplinari.

A Henry B. M. Murphy dobbiamo la teorizzazione speculativa della scienza psicoanalitica nel campo della transculturalità (4). Ad Eric Wittkower dobbiamo la creazione del termine «psichiatria transculturale» e la fondazione della rivista *Transcultural Psychiatric Research Review* negli anni '50 (5).

Padri storici, nella pratica clinica, restano Maxwell Jones in Inghilterra con l'invenzione della Comunità Terapeutica per reduci di guerra. E ancora Lambo in Nigeria con i

(4) H. B. M. Murphy, «Depressione, credenze nella stregoneria e sviluppo del Super-io nelle società tradizionali», in R. Beneduce e R. Colignon (a cura di), *Il sorriso della volpe. Ideologie della morte, lutto e depressione in Africa*, Napoli, Liguori, 1985, pp. 115-136.

(5) E. D. Wittkower e R. Wintrob, «*Witchcraft in Libertà and its Psychiatric Implications*», in S. Lesse (a cura di), *An Evaluation of the Results of Psychotherapies*, Springfield Illinois, Charles C. Thomas, 1968; cfr. anche L. Frighi, «Psichiatria Transculturale», in *Psichiatria*, Torino, UTET, 1993.

suoi «Villaggi terapeutici». Henry Collomb a Dakar, in Senegal, e in Francia. Michele Risso, uno psichiatra psicoanalista, impianta parallelamente in Svizzera un sistema di lettura della patologia somatica dei lavoratori immigrati per lavoro dal meridione d'Italia, secondo una logica piena di riferimenti magico-rituali, ispirati con originalità alla lezione di Ernesto De Martino. Anche Risso, senza rendersene pienamente conto, applica una tecnica complementarista molto simile a quella di Devereux.

Dati recenti

Oggi la riflessione teorica etnopsichiatrica continua in tutto il mondo anche sotto la spinta delle correnti migratorie.

Come già si è fatto cenno, non vi è dubbio che un elemento nuovo nel dibattito è stato aggiunto dall'introduzione del punto di vista antropofenomenologico, giunto indirettamente all'etnopsichiatria attraverso la lunga strada della psichiatria sociale di derivazione strettamente anglosassone.

Sugli orizzonti etnopsichiatrici ed antropologici medici extraeuropei non ci soffermeremo, limitandoci a citare l'esistenza di scuole importanti come quella canadese, quella nordamericana, quella messicana, quella africana, e quella australiana, fra le più rappresentative. In Europa l'etnopsichiatria clinica vede attualmente operare due scuole prestigiose che usano concezioni differenti: quella parigina di Tobie Nathan (6) e quella londinese di Roland Littlewood (7). In Italia il panorama attuale dell'etnopsichiatria, almeno quella (in verità limitata) che si pratica in quei luoghi istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che si chiamano Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), è frastagliato ma abbastanza compatto. La sua compattezza consiste non tanto nell'applicazione di una metodologia univoca di trattamenti clinici e neppure in una visione uniforme nell'impostazione dei problemi teorici di fondo (che attraversano vivacemente le tematizzazioni etnopsichiatriche mondiali), ma piuttosto nella convinzione di pochi studiosi lungimiranti che la questione vada posta

(6) T. Nathan, *Principi di etno-psicoanalisi*, introduzione e traduzione di Salvatore Inglese, Torino, Bollati Boringhieri, 1996.
(7) R. Littlewood e M. Lipsedge, *Aliens and Alienists. Eth-nic Minorities and Psychiatry*, London, Unwin, 1989.

con urgenza e con pieno diritto a livello di Sanità Pubblica.

La necessità di prevedere a breve scadenza per il futuro italiano il peso dell'interculturalità e del meticcio nell'area salute/malattia sembra essere cogente e costringe a lavorare e a riflettere contemporaneamente. Forse si è già perso del tempo e non si sono colte molte opportunità preziose. Probabilmente ha fatto difetto quello che in gergo sportivo viene chiamato «*timing*».

Limitando lo sguardo a livello di Aziende Sanitarie Locali (ASL), va segnalato il lavoro di Salvatore Inglese al DSM di Catanzaro, quello di Giuseppe Cardamone al DSM di Prato, quello di Roberto Beneduce al DSM di Torino, quello di Dama, Esposito e Arcella al DSM di Napoli, quello di Virginia De Micco al DSM di Caserta e naturalmente il nostro presso il DSM dell'ASL B di Roma, cui collaborano volontariamente due antropologi di valore (Pino Schirripa e Chiara Mellina).

In un certo senso si tratta di attività pionieristiche non sempre facilitate dalle condizioni ambientali, ma la competenza, la preparazione, l'informazione e la capacità lavorativa di questi nuovi «pionieri» è fuori discussione. Essi sono adusi a fare etnopsichiatria mentre mangiano giornalmente il pane amaro della psichiatria pesante nei DSM della sanità mutilata; oppure *al di fuori dell'orario di servizio*, come si dice nel gergo burocratico delle Aziende dei tagli della salute.

Fortunatamente dietro l'entusiasmo e il generoso impegno di questi giovani Colleghi vi è il consiglio, il sostegno prezioso e la competenza di maestri sapienti come Luigi Frighi, Delia Frigessi, Piero Coppo, Tullio Seppilli, Rosalba Terranova-Cecchini e Vittorio Lanternari, ai quali va tributato un doveroso riconoscimento.

Il centro di Torre Spaccata

Per quanto riguarda direttamente il nostro gruppo che opera da circa 20 anni in via di Torre Spaccata 157, possiamo essere più precisi. Sorto in origine come «Osservatorio e Centro psicoterapeutico» per i problemi dei nostri emigrati di ritorno in difficoltà psico-psichiatrica

S. Mellina, *Psicopatologia
i migranti*. Roma, Giorgio
mbardo, 1992.

e per il reinserimento degli Italiani nati da matrimoni misti in quel territorio d'oltremare che fu «l'Impero dell'Africa Orientale Italiana» (impropriamente scambiati per «extra-comunitari»), si è trasformato - a partire dalla metà dagli anni '80 - in un laboratorio interculturale di proposte terapeutiche etnopsichiatriche per immigrati extraeuropei e, più in generale, per stranieri in cerca di lavoro, con problemi psicopatologici (8).

Vari motivi strutturali, legati soprattutto alla carenza di personale e alle croniche difficoltà finanziarie dei Servizi territoriali delle ex USL, ora aziendalizzate, hanno impedito che il nostro Centro per lo studio dell'etnopsichiatria e delle patologie legate alle migrazioni fosse visibile e valutato, a livello romano, in tutta la sua importanza. A riprova che *nemo profeta in patria*, il nostro lavoro è molto conosciuto e apprezzato sia in Italia che all'estero. Il territorio su cui insiste il nostro ambulatorio psichiatrico di via di Torre Spaccata si trova in Vili Circoscrizione nella periferia sud-est di Roma. La sua estensione è di 113 Km quadrati e i suoi abitanti censiti al 1991 erano di 178.671 unità. Numerose sono le comunità di immigrati, i gruppi Rom e la popolazione è mediamente la più giovane in assoluto di tutte le altre Circoscrizioni della Capitale. Il numero di pazienti immigrati che si rivolge al nostro presidio è dell'ordine dello 0,005% rispetto alla totalità dei frequentatori psichiatrici del nostro DSM, che comprende anche un altro presidio territoriale a via delle Canapiglie 50. Alcune richieste di consulenza etnopsichiatrica affluiscono dall'ospedale di zona Villa Irma e, raramente, da altre strutture sanitarie romane.

L'esiguità della richiesta numerica non corrisponde affatto alla complessità della risposta e all'importanza dell'esperienza interculturale. Le poche persone che si sono rivolte a noi negli ultimi 10 anni (dell'ordine di poco meno di un centinaio) ci hanno messo in contatto con una molteplicità di culture di vari continenti: Asia centrale ed estremo orientale, vicino e medio Oriente, Europa orientale, Africa bianca e nera, America (nord, centro e sud), Oceania, isole atlantiche, del Pacifico e dell'Oceano Indiano. Abbiamo potuto contare fino a 25 nazioni e almeno 38 etnie diverse.

La formazione

Da sempre il nostro servizio ha prestato particolare attenzione all'interculturalità, per il tramite delle tematiche migratorie (9). Dunque da sempre i nostri operatori della salute mentale (9) s. Meiiina, *La nostalgia* si sono allenati a fare distinzione fra la loro propria cultura e ^{9,8,veneziana} quella degli altri. Da sempre essi si sono abituati a relativizzare i propri modelli terapeutici nell'area della salute/malattia con modelli altri, proprio per non scambiare l'alienità mentale per ciò che invece pertiene all'alterità culturale.

Da sempre prima di domandarci «Come si cura questo?», ci siamo interrogati sul «Cosa significa questo? Cosa ci vuoi comunicare veramente questo comportamento, questa condotta, questa richiesta?».

Un aiuto prezioso, quanto insperato, ci è venuto dall'Assessorato alla Formazione della Regione Lazio che con un opportuno finanziamento *ad hoc* ci ha consentito di svolgere nei locali di Torre Spaccata (complesso ex-ENAOLI) un Corso obbligatorio biennale (1995-96) per operatori della salute mentale intitolato «Capire il disturbo mentale della persona immigrata». Ad esso hanno partecipato 20 operatori interni, 20 esterni, 28 uditori provenienti non solo dall'area sanitaria (Consultori, Servizio materno infantile, ecc.), ma anche da quella del Tribunale per le adozioni, dell'Università (Facoltà di Sociologia, Psicologia, Antropologia), dell'Associazionismo e del Volontariato, per un totale di 68 unità.

Per tutta la durata del Corso si sono avvicendati, sotto la direzione di chi scrive, ben 40 docenti di fama indiscussa per complessive 36 giornate di studio (22 nel primo anno e 14 nella seconda annualità). Le riunioni formative si sono articolate in lezioni magistrali, seminari, discussione di casi clinici e incontri di supervisione. Ci piace qui ricordare con affettuoso rispetto la partecipazione appassionata vivace e stimolante del Prof. Alfonso Maria di Noia recentemente scomparso.

Accoglimento e ascolto

All'interno del dibattito etnopsichiatrico e su quello più vasto dei servizi di accoglimento per soggetti immigrati

con disturbi psichiatrici, esiste un dualismo forte e assolutamente giustificato. Vi è chi da un lato propone servizi autonomi, separati e specializzati di etnopsichiatria o di trattamento per immigrati in difficoltà psico-psichiatrica con accesso diretto. Dall'altro, invece, vi è chi propone un accoglimento indistinto dal resto della popolazione che si rivolge agli ambulatori psichiatrici. Dunque solo in un secondo tempo verrebbero elaborate risposte e proposte terapeutiche differenziate.

Noi abbiamo sempre rigorosamente optato per questa seconda soluzione, ma a tutt'oggi va riconosciuto che non esiste «una soluzione giusta». Entrambe le posizioni metodologiche sono giustificate e condivisibili, anche se la polemica tra i due opposti punti di vista è, fra gli addetti ai lavori, molto vivace.

I punti centrali restano comunque i seguenti. Marcare le differenze significa ghettizzare il diverso oppure riconoscere il diritto alla diversità? Distinguere significa discriminare o rispettare le etnie altrui? L'assimilazione è il percorso migliore verso l'integrazione o siamo invece nel campo di un'acculturazione violenta? La nostra scelta è stata motivata, oltre che dal fatto di evitare possibili discriminazioni (difficile esserne immuni in quanto le diversità sono evidenti), principalmente sulla base di alcune semplici considerazioni.

In Italia con i provvedimenti per la salute degli immigrati, contrariamente ad altre Nazioni, siamo appena agli inizi. Nel nostro paese, patria storicamente indiscussa delle Signorie e dei Comuni, esistono già diversità etniche e geopolitiche tra Nord, Centro e Sud che non hanno certo bisogno di essere moltiplicate. L'etnocentrismo più esasperato dei padroni di casa è altrettanto pericoloso quanto il relativismo assoluto (sempre dei medesimi padroni di casa) che finisce nel confondersi con l'indistinzione del tutto.

Questo è un punto nodale di tutte le acculturazioni (anche mediche) e cercare il giusto equilibrio è già un'impresa non facile. L'ascolto, così come la comunicazione, vanno operati selettivamente, cercando - attraverso un linguaggio convenzionale in cui il gesto vale quanto la parola (italiana o straniera) o la mimica del volto - di centrare la richiesta effettiva dell'altro.

Sapere, saper-fare, saper-fare-bene (o comunque al meglio) nell'universo della salute è indispensabile. Saper ascoltare è prudente e saggio. Comunicare biunivocamente e nella giusta direzione diviene professionalizzazione «dell'arte-della-cura» nell'area salute/malattia. Ma proprio qui ci s'imbatta sempre in molti imprevisti (la mutualità intersoggettiva, per esempio) i quali comportano di norma un certo margine di errore. Tale margine di fallacia va tenuto costantemente presente in situazioni di incontro con *V alterila e l'alienità dell'attenta*.

Il campo, lo spazio dell'incontro non va mai circoscritto, ma al contrario deve essere aperto al maggior numero di interlocutori possibili, sia dalla parte degli operatori che dalla parte dell'etnia dei fruitori del servizio. Ai primi compete la continua ritaratura dei loro modelli culturali e terapeutici, ai secondi va consentita l'espressione dei loro valori tradizionali, medici e non medici, congiuntamente al dovuto rispetto verso i medesimi.

Tecniche d'ingaggio

L'intercettazione della sofferenza del paziente immigrato è impresa non sempre facile per motivi ovvi e meno ovvi. A volte si ha a che fare con soggetti irregolari o clandestini che temono il rimpatrio più che la perdita della loro salute. Altre volte succede che l'immigrato si rivolga al Servizio perché non ha a disposizione un proprio guaritore tradizionale. Può accadere anche che l'immigrato extraeuropeo proponga un modello di lettura del proprio disturbo secondo una cultura medica colonizzatrice di marca occidentale (anglofona, francofona, latina) che ha subito nel suo paese. Egli vi crede perché vi è stato educato o vi è stato abituato, ma allo stesso tempo ne dubita perché nel suo profondo è possibile che emergano i valori della cultura tradizionale, vale a dire quella dei suoi antenati.

Capita spesso che un Africano sia condotto al Servizio da parenti o amici che raccontano le stranezze del proprio protetto, mentre il paziente resta muto ed estraneo al dialogo. Questa è una tipica situazione che ricorda molto da vicino i comportamenti autistici dei nostri pazienti autoctoni. È vero autismo quello di una persona che si trova

immersa in un paese nuovo, probabilmente ostile, dove si parla un linguaggio non suo e dove vigono regole che lui non conosce?

Tuttavia anche se si usano tutte le possibili accortezze e le sottigliezze dell'intercultura, può accadere che il paziente, dopo uno o due colloqui, sparisca. La frustrazione dell'operatore va messa nel conto delle ferite narcisistiche, ma non necessariamente bisogna pensare ad un insuccesso o che l'intervento sia stato inutile.

Resta in ogni caso l'amarezza di aver profuso tanto impegno e tanta fatica professionale senza avere un immediato riscontro valutabile, sia in termini negativi che in termini positivi. È appunto questo abbandono inaspettato che talvolta ci ha fatto esclamare: «Ma come si fa con questi? In fondo è gente di passaggio!».

Sì, forse l'Italia è solo una tappa del viaggio migratorio, ma una tappa importante che segnerà l'imprinting dell'interculturalità nella futura «società meticcica» dell'Occidente.

In queste situazioni di stallo una buona soluzione può essere quella della visita domiciliare. L'operatore non aspetta in ambulatorio il paziente immigrato, ma va a conoscerlo dentro casa, sotto casa (sempre ne avesse una). Va nel territorio dove l'immigrato dimora dopo il lavoro.

L'operatore della salute mentale scoprirà, quasi certamente, che nelle periferie urbane e suburbane delle grandi metropoli dove il paziente immigrato vive, non è completamente solo. È probabile che sia circondato da connazionali coi quali, l'operatore, potrà negoziare, parlamentare, conoscere molto della etnia del *suo* paziente, senza recarsi in Asia, in Africa o nei reconditi villaggi da cui proviene. Potrà anche sorprendersi, l'operatore della salute mentale, d'incontrare un «concorrente»: il guaritore tradizionale. Ma questa piccola escursione nelle giungle periferiche delle nostre città, potrà valere un aggancio terapeutico, una prevenzione, un atto sanitario, anche minimale, di incalcolabile valore etnopsichiatrico.

// negoziato terapeutico

Nel nostro piccolo gruppo di lavoro si alternano 2 psichiatri, 1 psicologo, 1 sociologo, 1 assistente sociale, 3 infermieri e

2 antropologi volontari. I Colleghi dell'area sanitaria (medici e psicologi) sono prevalentemente di formazione relazionale, uno di estrazione psicoanalitica; i restanti hanno una formazione d'impronta fortemente sociologica ad esclusione degli antropologi. Un etnopsichiatra del Servizio (Alfredo Ancora) collabora stabilmente con noi da anni, su invio diretto di casi per terapie relazionali, di cui è coordinatore al presidio di via delle Canapiglie 50. Ebbene, con un simile gruppo così eterogeneo di terapeuti non si è mai dovuto discutere su quale delle tecniche psicoterapeutiche dovesse essere applicata in via elettiva per ciascun progetto terapeutico. Il fatto più singolare è che questo progetto terapeutico non può mai essere dato per definitivo e neppure le tecniche possono essere stabilmente predefinite. Tutto va continuamente rinegoziato con tutte le variabili culturali subentranti del soggetto preso in carico e del suo gruppo etnico di sostegno.

Queste variabili terapeutiche e culturali affiorano insidiosamente come trabocchetti durante tutto il percorso di cambiamento terapeutico. Ciò che ne risulta, può apparire, a prima vista, un modello anomalo di trattamento psicoterapeutico. Esso è contemporaneamente estemporaneo, mutevole, artigianale, interrotto, ripreso, accidentato, selvaggio e domestico ma con forti prese: le maniglie della medicina transculturale, quelle occidentali e quelle altrui.

Certo siamo ben lontani dal rigorismo metodologico di Devereux, dai nitidi modelli di lettura psicoanalitica della transculturalità proposti da Henry Murphy, ma forse in questo momento iniziale, con queste risorse per la salute e con questa goffaggine italiana verso il problema immigrati, almeno a Roma, ci sembra che il nostro girovagare per il territorio e il nostro *saper-fare* in un setting da inventare ogni volta, sia l'unica etnopsichiatria possibile, povera ma non pauperistica, attuabile in un servizio pubblico.