

**INTERVISTA A  
ROSALBA TERRANOVA - CECCHINI**

*Maria Grazia Cucurachi (2)*

*Prima parte: Ci può illustrare il suo percorso umano e scientifico, la sua formazione ?*

Cresciuta in una famiglia di medici a Milano, per me la medicina era una via scontata, una via normale. Finito il liceo, la Facoltà di Medicina dell'Università milanese mi aspettava...

Ho intrapreso la mia pratica medica alla Clinica delle Malattie Nervose e Mentali seguendo – da subito – gli stimolanti ambiti di ricerca in psichiatria del Prof. Cazzullo. Ci dedicammo allo studio dei primi psicofarmaci, dei neurotrasmettitori e degli allucinogeni instaurando importanti collegamenti e confronti con l'Europa e gli Stati Uniti.

Nel 1961 conseguì la libera docenza in Clinica della Malattie Nervose Mentali: io e Adriana Guareschi, siamo state tra le prime donne. Allora si consideravano pericolosissimi i malati di mente e quindi di donne in psichiatria non ce n'erano.

Quando il Prof. Cazzullo realizzò la separazione della Neurologia dalla Psichiatria e avviò il lavoro a Milano della prima Cattedra italiana di Psichiatria, ebbi l'opportunità di una pratica di rapporto con i malati mentali e con i gruppi multidisciplinari di terapia basata sulle esperienze inglesi e statunitensi di "porte aperte", sull'organizzazione di "settore" della psichiatria francese, sul progetto di abolizione della coercizione assistenziale e dell'esclusione del malato mentale dal contesto sociale avviato da Franco Basaglia.

E' attraverso questa gravosa quanto affascinante relazione volta al riconoscimento dell'identità della persona, alla ricostruzione della storia di vita, al dare libertà e diritto all'espressione "diversa" che ebbi l'impressione dell'importanza dei parametri da aggiungere a quelli classici della psichiatria. Parametri che riguardavano l'esperienza del mondo fatta dal soggetto in un determinato contesto cifrato con riti, simboli, consuetudini e tradizioni trasmesse in famiglia e nelle istituzioni educative; in un determinato spazio concretizzato in paesaggi, architetture, strumenti, conformazioni urbane, oggetti della quotidianità lavorativa ed anche dell'innovazione tecnica e sociale, se se ne viene a contatto.

Avevo l'impressione di un cervello non solo substrato per immateriali elaborazioni reattive, conflittuali nel rapporto con l'inconscio, gli archetipi, le pulsioni; di un cervello non autoreferenziale e chiuso in buie caverne solipsistiche ma invece arricchito dall'esperienza, dalla registrazione di cose, fatti, scenari territoriali dovuta alle sue funzioni percettive.

Come modernamente ci dicono le neuroscienze, si realizza una "mappatura" del cervello derivata dal contatto degli uomini con il loro ambiente, in questo ambiente dove è depositata la cultura. L'azione circolare della cultura proviene senz'altro dall'elaborazione dell'Io, al quale le funzioni psichiche dell'uomo danno forma. La mente elabora dei modi di sopravvivere, dei modelli culturali di cui inonda l'ambiente e poi a feed-back questo ambiente a sua volta dà stimoli alle cellule cerebrali, le quali sviluppano un pensiero. Per questo le culture sono davvero cantieri aperti, come dice Francesco Remotti nel testo da lui curato *Forme di umanità*.

L'idea che la psiche dell'uomo fosse interattiva (possiamo usare questo termine oggi) con il contesto mi affascinava; avevo bisogno però di esperienza allargata ad altri contesti. Quello italiano lo avevo appreso dalle narrazioni di vita dei pazienti, delle loro famiglie, dei loro amici conterranei e dalla diuturna interazione con gli infermieri: era stato il primo stimolo al pensiero delle diversità culturali e alla rivalutazione scientifica del patri-

monio conoscitivo abituale per l'appartenenza ad una medesima nazionalità.

Io avevo in più un percorso di analisi antropologica nella comunità di Castrovalva, frazione di Anversa degli Abruzzi dove, nella casa di famiglia, portavo la nonna materna ogni estate e, soffermandomi qualche giorno, avevo potuto con la sua mediazione, imparare praticamente la metodologia dell'incontro con uomini di cultura diversa da quella milanese: una metodologia molto attenta ai tempi ed agli spazi di dialogo. Mi ero resa conto durante il "training" con la nonna, della necessità di informazione, di studio, di letture sulle tradizioni locali e sulla strutturazione, nei secoli, dei gruppi umani, in questo caso delle tribù italiche e delle loro diverse installazioni nel territorio. Una di queste installazioni è ben rappresentata da Castrovalva con riferimento culturale ai Marsi.

Abbastanza formata dunque alla presa in carico del parametro antropologico dell'individuo, cercai il contatto con culture e territori non occidentali usufruendo dell'attività delle Missioni religiose, non essendo all'epoca ancora istituito nell'ambito del Ministero per gli Affari Esteri il Dipartimento per la Cooperazione con i paesi in via di sviluppo, ovvero per la Cooperazione Internazionale. Certo la mia specializzazione in psichiatria non interessava l'aiuto sanitario al Terzo Mondo, ma il caso fortunato di un missionario gesuita in Madagascar medico neurologo che aveva colto il problema dei disturbi mentali e della necessità di aiuto anche in quel campo e che per questo chiedeva collaborazione ai laici, mi portò in quella regione: una grande isola nel Pacifico in cui si erano mescolate culture asiatiche, arabe, africane e che avevano subito la colonizzazione francese.

Lì a fianco del collega dott. Bernard Ratsifandrihamanana, direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Tananarive cominciai a utilizzare alcune tecniche proiettive che avevo usato in Italia: il test dell'albero di Koch e il test del mondo di Piaget, elaborato da Dalla Volta. Costatai che anche la cultura, il modo di pensare, la cosmogonia si proiettavano nei test carta-matita.

Commovente quando si diceva di disegnare il mondo e venivano disegnati dei quadrati con delle righe: “rappresentano le risaie”. Il mondo è la risaia; base della sopravvivenza e delle attività dei malgasci. Mi emozionava perché erano i primi segnali del fatto che il contesto agiva sulle cellule nervose dell'uomo e il pensiero produceva modelli culturali adatti alla sopravvivenza di quel luogo, che poteva dare riso. Poi la geofilosofia, recentemente conosciuta in Italia, mi ha ulteriormente spiegato questi processi.

Quando invece applicando il test di Koch a persone scolarizzate, venivano disegnati i pini, che non erano assolutamente conosciuti, capii cos'era l'acculturazione, l'entrata di questo corpo estraneo, come dice Wulff nel pensiero della gente. Mi rendevo conto dei meccanismi destrutturanti dell'acculturazione. Idem nel test del mondo, quando veniva disegnata la Francia come si insegnava a scuola. Era veramente struggente osservare lo sconvolgimento dei processi mentali dovuti alla colonizzazione e alla occidentalizzazione.

Nell'Ospedale psichiatrico avevo molto dialogo sia con il personale, sia con i miei colleghi, sia con gente comune delle famiglie dei malati. Avevo studiato la storia del Madagascar e qualche parola di malgascio. Questo è il primo modo per aprire un buon contatto con altri: dimostrare che tu hai dedicato tanto tempo tuo a studiare la loro storia, perché non ritieni che esista al mondo solo la tua cultura e la tua storia patria.

Non sapevo dove collocare concettualmente le pratiche che andavo imparando, le modalità di comprendere “l'altro” che stavo applicando, l'apporto dell'antropologia culturale di cui tanto si giovava il mio pensiero. Leggevo Claude Levi Strauss ed amici francesi mi prestarono i testi di Ottavio Mannoni sulla psicopatologia da colonizzazione. Fu il collega Ratsifandrihamanana a presentarmi infine l'ambito concettuale di cui avevo bisogno parlandomi della psichiatria transculturale.

Questa disciplina si andava diffondendo nei paesi decolonizzati e si cominciava a capire che la produzione di forme culturali della sopravvivenza in ogni ambito geo-

grafico, produceva pensieri differenti. La psichiatria transculturale era un po' anche una bandiera di riscossa del mondo colonizzato, dei suoi uomini, considerati cerebralmente inferiori, come ebbe a sottolineare nel 1954 Carothers.

Da Ratsifandrihamanana avevo appreso degli studi negli Stati Uniti: si stavano facendo delle riflessioni sul modo di pensare nelle culture, anche in relazione con patologie psichiatriche di occidentali. Andai a Washington al 3° Congresso della Associazione mondiale di psichiatria e fui presente all'inaugurazione della Sezione di Psichiatria Transculturale dell'Associazione.

Partecipai ai lavori di questa nuova sezione con due scritti: uno sull'epilessia dove sottolineavo il modello esplicativo dato dai malgasci a tale fenomenologia e l'inserimento di moderni apporti diagnostico-terapeutici senza traumatizzare la tradizione interpretativa che, rispettata, predispone all'accoglimento di opportune modalità di prevenzione, diagnosi e cura con ottimo risultato transculturale. L'altro affrontava il tema del pensiero paranoico in situazione transculturale particolare quale l'identità isolana malgascia che a contatto con altre culture esacerba l'interpretazione di minaccia, l'elaborazione di valori protettivi, l'affermazione di cosmogonie salvifiche.

Ciò che attrasse però la mia attenzione furono le relazioni americane e canadesi sulla psicopatologia degli italiani e altri europei emigrati; perché trovai la conferma della mia ipotesi di usare il parametro antropologico in qualsiasi intervento psichiatrico riconoscendo ad ogni individuo la sua appartenenza ad un pensiero culturale specifico che viene messo in gioco nelle relazioni umane e sociali. Negli incontri durante il Congresso ebbi conferma da molti ricercatori quali Gilles Bibeau, Ellen Corin, i coniugi Jilek, i Professori Prince e Wittkover ed altri, oggi punti di riferimento indiscussi per la disciplina transculturale, della possibilità che la psichiatria si avviasse ad un rinnovamento teorico e pratico di cifra transculturale, abbandonando lo stereotipo della "diversità" dei bianchi rispetto agli africani, agli asiatici, agli indiani ma scoprendo le diversità culturali tra i bianchi come tra gli asiatici, gli africani, gli indiani. La psichiatria occi-

dentale poteva essere forse semplicemente transculturale simile in ogni continente, con procedure relazionali rispettose dell'identità culturale, interpretazione dei disturbi attenta agli stili di pensiero locali o di storie di vita, formazione del personale alla conoscenza delle culture dei propri territori: cose che appaiono raccomandate nell'ultima edizione del DSM IV.

In Madagascar venni a conoscenza della Croix Marine, Società d'Aide à la Santé Mentale, un movimento per portare fuori dal Manicomio la cura del disturbo psichico. In Italia non c'era niente ancora: erano infatti gli anni 60. Mi fu di molto aiuto l'entrata nel movimento che in seguito aprì un'attività internazionale eleggendomi a "President d'honneur"; il Madagascar invece mi offrì l'onorificenza di Cavaliere della Repubblica Malgascia.

Nel '67 ritornai da Madagascar; non avevo mai pensato di rimanerci. Pensavo invece che, avendo acquisito i concetti di psichiatria transculturale, era molto più importante che stessi in Italia per sviluppare nuovi orizzonti di comprensione del malato psichico nella nostra società. Inoltre mi piaceva continuare la mia vita nella mia cultura.

Trovai l'azione di Franco Basaglia in grande fervore ed espansione e decisi di lasciare l'Università. Volevo andare in un Manicomio perché avevo vissuto l'esperienza del Manicomio a Ambohidriatrimo (Madagascar) e mi pareva estremamente interessante. Ritenevo di avere strumenti sufficienti e pratica per contribuire ad abbattere questo orrore istituzionale.

Parabiago, il Manicomio più piccolo di Milano, era l'ideale: cinquecento malati, con un solo medico e degli infermieri. Quando fui sollecitata ad occuparmene accettai.

Tra le motivazioni che mi hanno fatto maturare l'idea di lasciare l'Università, c'è stata anche la conoscenza, per me del tutto nuova, della povertà, della miseria, della mancanza di opportunità per la gente delle ex colonie e mi apparve più chiaramente l'uguale miseria dei malati mentali in Italia.

Il gruppo che si trasferì a Parabiago, era un gruppo di allievi del prof. Cazzullo. Era la prima volta che entravano in Manicomio dei medici con una formazione specifica in

Psichiatria e universitari. A Parabiago ho messo in atto le conoscenze della dinamica transculturale accumulate in Madagascar. Allora era l'epoca in cui Milano era piena di immigrati del sud Italia e nei Manicomi vi erano quasi tutti immigrati. Lì ho apprezzato i vecchi infermieri di Manicomio che venivano dalle regioni più povere e avevano un'esperienza che nessuno di noi aveva. Mi è balenata la consapevolezza che la cultura dell'infermiere poteva essere avvicinata alla cultura del paziente e quindi li facevo interagire dando molto spazio alla relazione culturalmente appropriata. Gli infermieri si sono sentiti valorizzati, partecipi a pieno titolo del lavoro terapeutico. Essi dipanavano la matassa dei ricordi dei pazienti e insieme camminavano lungo i sentieri delle varie regioni d'Italia, dove incontravano miti, leggende, usanze, rituali. Quindi il clima generale del Manicomio diventava estremamente più aperto e anche la possibilità di recupero era più intensa. Erano situazioni di totale deprivazione culturale, quelle della segregazione manicomiale a cui noi cercavamo di ovviare con l'attenzione alla provenienza del malato, alla conoscenza della enclave culturale e tradizionale di queste persone e di noi stessi.

Verificavo ogni giorno quale leva di promozione della salute rappresentasse la consapevolezza da parte degli operatori che l'individuo che avevi davanti e che dispiegava deliri, dissociazioni, comportamenti aggressivi o depressivi, al di là di questi epifenomeni, aveva tutto il suo materiale conoscitivo esperienziale. Ed era lì che dovevamo andare a pescare le opportunità per far sì che i malati ritornassero a vibrare insieme al mondo. Certamente il loro disturbo era molto difficile da inserire nelle dinamiche della società e su questo riflettevamo. Ma i riferimenti forti ai Diritti Umani, le politiche di liberazione dallo stigma, lo stesso femminismo portando alla ribalta la diversità, hanno dato un'importante avanzamento alle pratiche comunitarie. Noi abbiamo agito nel sociale facendo leva sulla diversità, abbiamo imparato che ogni individuo è diverso. Stando con i malati nel territorio, diveniva sempre più chiara questa idea di diversità, e questo lavoro nel sociale affinché la diversità fosse

patrimonio di tutti. L'esplicitazione della diversità è continuata fino ad arrivare ad oggi dove la riflessione sulla diversità serve al dibattito sugli immigrati stranieri. Ma se il ragionamento sulla diversità viene spostato sullo straniero, non ha nessuna capacità di penetrare nel pensiero scientifico e quindi non ha capacità di rottura degli schemi di una psichiatria occidentale che deve confrontarsi stabilmente con i processi transculturali (tecnologici, scientifici, ideologici ecc.) in atto nella nostra società.

Nel Manicomio di Parabiago, in qualità di vice-direttore potei diffondere l'idea di capire qual è il background culturale del malato, e l'identità di persone che erano lì da cinque, dieci, venti anni. E come sottolinea Devereux erano molto "sani", perché avevano saputo adattarsi alle leggi di un recinto; questo però aveva cancellato le singole identità. Quindi nel lavoro di *reubicación*, come dicono gli spagnoli (cioè di reinserimento nelle comunità) abbiamo imparato a rimettere insieme i pezzi di una identità squarciata dagli elettroshock, dalla reclusione manicomiale e andando con loro nel loro territorio, nei paesi dell'hinterland milanese, abbiamo imparato le sottoculture di questi posti. Abbiamo imparato a parlare con loro in un modo culturalmente appropriato per loro. Questo ha dato un grande sviluppo alle loro potenzialità e una migliore possibilità di presentarsi al mondo.

Operare in questo modo era una continua conferma, un continuo apprendimento della potenza psicodinamica del parametro cultura.

Chiuso il Manicomio scelsi di stare all'Ospedale "L. Sacco" come Primario e aprimmo i primi letti nell'Ospedale Civile. Divenne ancora più importante la funzione dei Servizi nel territorio, quindi aumentò la nostra competenza nell'incrementare la contrattualità relazionale del paziente, la lotta politica per i diritti del malato, la lotta col Servizio Sanitario perché si occupasse anche della Psichiatria.

L'approfondimento delle mie ricerche in psichiatria transculturale continuava con due importanti iniziative: una era la creazione dell'Associazione "Gruppo per le Relazioni

Transculturali” per la cooperazione internazionale in psichiatria, che mi permetteva di mantenere il contatto operativo con comunità non occidentali e di formare sul campo molti operatori dei Servizi psico-sociali distaccati come “cooperanti” nei paesi in via di sviluppo. La seconda iniziativa fu di discutere con Marcello Cesa-Bianchi, direttore dell’Istituto di Psicologia dell’Università di Milano, della necessità di consolidare il lavoro teorico sull’esperienza transculturale. Lavorai intensamente con il suo allievo Fausto Massimini da tempo ricercatore su “esperienza interiore e contesto” e capo-scuola del gruppo italiano per lo studio della psicologia transculturale in collaborazione con il Department of Behavioral Sciences di Chicago diretto da M. Csikszentmihalyi. Ne facevano parte tra gli altri Paolo Inghilleri e Antonella Delle Fave oggi importanti docenti della materia.

In quel periodo si gettarono le basi teoriche per la definizione dell’Io Culturale e del concetto di “Culturotipo”. Oltre agli apporti dell’antropologia riguardanti l’identità etnica, la trasmissione delle tradizioni, la produzione culturale umana e la sua ragion d’essere legata alla sopravvivenza della specie. Lo studio della psicologia del comportamento metteva in luce il *flow* ovvero l’attivazione della motivazione, dell’attenzione, del senso di sicurezza e controllo delle situazioni nel rapporto sintonico tra esperienza interiore - dove l’esperienza culturale ha ruolo costitutivo - e le opportunità del contesto. Anche gli stadi di *peak experience* ovvero di massimo benessere in una situazione, già descritti da Maslow, si rivelavano connessi al bagaglio di modelli culturali interiorizzati dal soggetto. Integrando le nostre analisi con quelle di altri ricercatori arrivammo a formulare la struttura dell’Io Culturale partendo dai concetti esposti da Ibrahim Sow psichiatra africano da me a lungo studiato. L’Io Culturale insomma compendia lo sviluppo psichico connesso ai sistemi trascendentali e valoriali trasmessi dal gruppo famiglia e dal gruppo comunitario: sistemi provenienti da un ordinamento del mondo attuatosi nei millenni e trasfuso continuamente nelle generazioni dunque fortemente inte-

riorizzato, “sostanza ancestrale” come dice Sow del nucleo centrale dell’Io: inconscio ordinato, non minaccioso e caotico come nella teoria freudiana.

Queste riflessioni e linee per l’avanzamento delle teorie psicodinamiche furono la base di incontri con Mariella Pandolfi ora alla McGill University di Montreal, con Tobie Nathan e di nuovo con Gilles Bibeau e Ellen Corin. La connessione intensa con i colleghi francesi dell’Union Internationale mi favorì nel reperire testi non tradotti in italiano: oltre a quelli di Sow soprattutto quelli di Devereux (solo parzialmente tradotto negli anni ‘70) e mi permise frequenti incontri con psichiatri algerini e tunisini che mi introdussero al pensiero di Franz Fanon (sui disturbi psichici provocati dalla dominazione coloniale), con psichiatri latino-americani ed africani. Conobbi personalmente i professori nigeriani Lambo e Asuni attivi all’OMS ed Henry Collomb, professore a Marsiglia e operante in Senegal attraverso accordi di collaborazione tra le due università. Questi colleghi realizzarono le prime forme di psichiatria transculturale nell’organizzazione dei servizi nazionali per la salute mentale. Collomb nel suo lavoro all’Ospedale di Fann, divenuto famoso, inserì per primo i guaritori tradizionali nell’équipe diagnostico-terapeutiche ospedaliere ed itineranti nel territorio. All’incontro con lui devo molto del mio obiettivo volto a concretizzare sempre operativamente la teoria transculturale. Vorrei sottolineare come di tutti questi incontri quello con Devereux fu per me fondamentale per l’indicazione chiarissima da lui data circa l’uso in psicoterapia della teoria della cultura: “lo psicoterapeuta ...che si fonda sulla propria conoscenza della Cultura in sé e delle categorie culturali universali, fa psicoterapia transculturale”. Ho riprodotto le sue parole che si possono leggere nel testo edito in Italia solo nel 1978 (l’edizione originale è del 1970) e oggi introvabile perché implicano l’apertura alla formazione antropologica dell’operatore, riferita non alla etnologia ovvero allo studio dei gruppi etnici stranieri, bensì alla scienza antropologica che dimostra il legame costitutivo della psiche umana con il mondo dei valori.

Un altro grande debito di riconoscenza lo devo a Gianna Devoti, maestra di yoga in Milano, e ad Ella Maillart, studiosa svizzera di filosofie asiatiche, che mi introdussero in tale dimensione culturale.

Imparai molto sull'equilibrio mentale che può dare il Buddismo e acquisii la pratica hatayoga, che ho poi esercitato con i pazienti nel territorio in quello che si chiama oggi Centro Psicosociale e che io avevo denominato Centro di Promozione Riabilitativa. L'allocuzione "promozione riabilitativa" significava che non si imponeva una via di salute ma la si promuoveva con relazioni ed ambienti adatti e che il Centro non era un luogo di passaggio superficiale, o di parcheggio infinito ma un luogo dotato di senso terapeutico assoluto.

*Seconda Parte: Ci può indicare le sue principali iniziative in Italia per lo sviluppo della psichiatria transculturale?*

Ero abbastanza sicura, dopo trent'anni di lavoro sul campo, della mia competenza transculturale. L'ascoltare a Washington i colleghi americani e canadesi che parlavano di noi italiani, dal punto di vista della psichiatria transculturale e di tutte le popolazioni europee emigrate negli Stati Uniti e in Canada mi aveva dato subito l'indicazione dell'uso della scienza transculturale per la comprensione delle persone senza distinzione di razza. Degli italiani veniva detto del loro attaccamento alla madre, dello loro paranoie di avvelenamento, e deliri di veneficio. Ciò era stato già evidenziato da Michele Risso, che assieme a W. Böker nel volume *Sortilegio e delirio* trattò dei disturbi psichici degli italiani in Svizzera; primi lavori la cui base era la pionieristica ricerca di Ernesto de Martino che riflettevano sul rapporto tra cultura e personalità e su come reagiva la personalità culturale nelle contingenze della vita. I viaggi, le migrazioni, i mutamenti socio-tecnologici sempre più frequenti hanno poi continuato e continuano a far emergere il nesso tra sofferenza mentale e modelli culturali introiettati e parte indistruttibile, "sostanza

ancestrale” dell’esperienza soggettiva.

Potrei sintetizzare in sette punti le iniziative che con molti colleghi, collaboratori, cultori della scienza transculturale spesso anche cari amici, a mio parere, sono stati intraprese.

1) La ricerca con la Scuola di Massimini che ha dato spunti nuovi all’interpretazione della psicodinamica e all’aggiornamento degli interventi psichiatrici e psicoterapeutici per il carattere transculturale impresso alla metodologia.

2) Il contributo al dibattito sul “come” incontrare gli stranieri nei loro territori (aiuti umanitari, cooperazione) o nel nostro paese, contributo che si inserisce nella linea di intervento aperta da Piero Coppo, Giuseppe Cardamone, Salvatore Inglese, Roberto Beneduce, ed altri; tra i sociologi, da Mara Tognetti Bordogna; tra le Università, da Roma con Frighi, Reda e Ciani, da Cagliari con Rudas, da Catania con Rapisarda per citare solo dei precursori nell’applicazione del ragionamento transculturale, tra i quali un contributo sia informativo che applicativo peculiare si deve ad Alfredo Ancora.

3) Il fatto di sostenere la “rete” fra questi studiosi e molti altri ben noti come Bartocci attualmente Presidente, nella Associazione Mondiale di Psichiatria, della Sezione di Psichiatria Transculturale, Jaria, Bernardi, Signorini, Lanternari, Seppilli, Marazzi, Lombardi-Satriani, Remotti, Rovera, psichiatri e antropologi tutti che hanno formato Scuole di riferimento attorno alla ricerca transculturale.

4) La pratica nella cooperazione con i paesi in via di sviluppo. Il mio impegno nella cooperazione nacque al rientro da Madagascar. In Madagascar avevo visto quotidianamente l’azione di acculturazione delle Missioni e dei tecnici dello sviluppo occidentali che recideva i legami con i rituali, gli dei, la visione del lavoro, del matrimonio, dei figli e in una parola, con i costrutti culturali propri della regione. E ho visto il disagio identitario che queste azioni colonizzatrici portavano. Questi esseri umani erano assolutamente su due fronti nella loro stessa terra, terra invasa da simboli, da significati e da culture materiali straniere. E ho capito che le loro menti erano certamente pena-

lizzate, private di potenzialità, private di volontà e fantasia. Potevo capire poiché io stessa ero stata in posizione di sofferenza culturale: tutta la giornata, tutti i giorni, per mesi, parlare con visioni del mondo così diverse e ascoltarle, impararle.

Quando si creò il Dipartimento della Cooperazione al Ministero Affari Esteri mi chiamarono a collaborare, sapendo della mia esperienza. Accettai, con i miei amici, di fare progetti di Cooperazione per la Salute Mentale, oggi Luciano Carrino ha portato a livelli egregi tale attività. Occuparsi di Salute Mentale nelle Nazioni a nuova indipendenza, voleva dire occuparsi delle menti dei suoi cittadini snaturate dagli anni di colonizzazione. Si trattava anche di fare un lavoro con colleghi di questi paesi che erano a loro volta acculturati e mimavano lo psichiatra alla francese o all'inglese. Più importante di tutto era formare i nostri colleghi, gli infermieri, gli assistenti sociali, gli psicologi, e questa formazione non poteva che avvenire attraverso una testimonianza nostra. Il concetto di pericolosità del malato mentale era ancora più elevato in quei paesi in quanto la manicomizzazione era un effetto della colonizzazione. I malati di mente circolavano indisturbati nella comunità prima delle colonizzazioni. Erano i "folli erranti" o i posseduti da divinità; talvolta erano importanti riferimenti della comunità, talaltra erano i "diversi" ma con diritto di cittadinanza e con comportamenti conosciuti, delineati dal sistema culturale stesso. I popoli liberati avevano perso questo punto di vista: si trattava solo di ricostruire una modalità culturale.

Il lavoro di cooperazione, da un lato era un impegno politico, solidale con l'uomo; dall'altro era anche una grandissima fonte di studio e di ricerca. Formando i cooperanti alla comprensione delle personalità culturali contribuivamo anche alla formazione transculturale di operatori italiani che avrebbero utilizzato e diffuso al rientro, nei loro servizi.

Algeria, Nicaragua, Guatemala furono i Progetti di cooperazione più impegnativi anche come numero di cooperanti impiegati e collaboratori (come Piero Coppo, Benedetto Saraceno, Marco De Luca).

Credo sia interessante descrivere brevemente ciò che il G.R.T. realizzò in Guatemala. Lì facemmo quello che si chiama un Progetto Integrato di Salute, organizzato per settori: Educazione, Produzione e Salute. Nel Settore Salute noi volevamo raggiungere l'obiettivo di mettere assieme medicina ufficiale e tradizionale e arrivare ad aprire ambulatori con i guaritori. Abbiamo fatto ben due Congressi all'Ospedale con i guaritori, i medici e noi. Cercavamo di tenere il contatto tra i due mondi quello accademico e quello dei guaritori.

Attivammo collegamenti con l'Istituto indigenista e la linguista Bruna Radelli dell'Università in Messico. Nelle scuole rafforzavamo l'identità maya-quichè con l'apprendimento a leggere e scrivere la lingua quichè in genere solo parlata. Riproponemmo anche la matematica maya. Nel settore produzione costruimmo con le donne linee di semplici produzioni alimentari. Rosalba Piazza dell'Università di Catania coordinò tutto il progetto. Facevamo dei seminari con i guaritori; loro ci informavano dell'epidemiologia e del loro modo di curare e noi spiegavamo le nostre conoscenze scientifiche. In questo scambio i guaritori accettavano alcune nostre idee sulle malattie gravi, e noi tutto il loro sistema terapeutico utilissimo per le piccole malattie comuni e curabili. Abbiamo rilevato come la prevenzione - e fu in occasione dell'epidemia di colera - fosse davvero efficace se attuata dai guaritori piuttosto che da esperti occidentali del tutto incomprensibili alla popolazione.

In Madagascar avevo già avuto dei contatti con la medicina tradizionale. Mi sono interessata, per esempio, alle scarificazioni con applicazione di sostanze vegetali per la cura dell'epilessia e ho cominciato a conoscere questo tipo di medicina, di cura: ero interessata a questo sapere e non l'avevo stigmatizzato d'amblée. Negli anni '60 e '70 questa medicina era sconosciuta: come dicono i latino-americani era "medicina escondida" la medicina nascosta, perché proibita a tutti i livelli.

Scoprii che la medicina tradizionale ha dei sistemi organizzativi che sono quelli che oggi l'OMS raccomanda: salute per tutti vuol dire ricorrere ai saperi della comunità.

Le medicine tradizionali hanno un “Sistema di Servizi” basato sul concetto che il medico sia raggiungibile dalla popolazione. In ogni villaggio almeno un membro della comunità si dedica alla cura delle malattie attraverso la conoscenza delle Piante Medicinali o con esperienze complesse come quelle dello sciamanesimo. Ospedali ed Ambulatori ad indirizzo scientifico occidentale sono molto disagiati da raggiungere per una popolazione disseminata nella Regione e priva di strade carrozzabili; inoltre la loro gestione è spesso troppo costosa per i Governi locali e in definitiva la loro efficacia è molto limitata sia dal punto di vista tecnologico che farmacoterapeutico.

5) La disponibilità a seguire tesi di laurea, di specialità, di diploma, se gli studenti erano interessati a illustrare i processi transculturali delle tematiche oggetto di elaborazione delle loro tesi.

6) La creazione della Fondazione Cecchini Pace (dedicata al fisiologo milanese Ambrogio Cecchini, mio padre ed a sua moglie Amalia Pace). All’interno della Fondazione vi è una parte importante, l’Istituto Transculturale per la Salute che, come da Statuto deve sviluppare ricerca, metodi ai aiuti alla persona, formazione e interventi per la promozione del benessere fisico e psichico attraverso il sapere transculturale. Assicurando che la “mission”, chiaramente esplicitata come promozione della salute, avvenga in modo continuamente aggiornato come la scienza transculturale impone. La Fondazione offre un luogo di scambio pratico e scientifico con il mondo degli studiosi attenti all’impatto della modernizzazione e della globalizzazione sulle energie psichiche dell’uomo in termini di psicologia, di sociologia, antropologia, medicina dai passaggi da una cultura ad un’altra che avvengono con sofferenza, come per gli anziani, con difficoltà di identità come nei giovani, con ricerca spesso impegnativa di nuove appartenenze come per il mondo femminile e quello professionale. E’ quindi un laboratorio sempre aperto, sempre in evoluzione, sempre capace di puntualizzazioni perché accoglie le voci, il pensiero di tanti studiosi dell’esperienza transculturale,

della gente comune, delle persone che vivono il disagio del nomadismo referenziale imposto dalla cultura della surmodernità, come ha denominato Marc Augè l'aspetto esistenziale del tempo presente. La Fondazione è anche occasione di incontro con un sapere ancora nuovo che è per ora raro da reperire nelle aree educative e formative della società italiana e, come abbiamo constatato, interessa giovani ricercatori e professionisti.

7) Anche la scrittura di molti testi apparsi in Riviste inglesi, francesi, latino-americane e italiane, o come relazioni a congressi che riproponevano l'analisi transculturale delle situazioni umane e i metodi per applicarla sono iniziative tese allo sviluppo del dibattito sugli aspetti problematici della sofferenza culturale nei momenti di passaggio da tradizioni antiche a dinamicità nuove. Due testi, uno con Inghilleri "Avanzamenti in psicologia transculturale" e uno con Tognetti Bordogna "Migrare" editi da F. Angeli compendiano le proposte di adeguamento delle scienze umane alla dinamicità e mobilità dei contesti di vita che obbligano all'attraversamento di molti, diversi scenari. Due voci dell'Enciclopedia Medica Italiana, la voce "etnopsichiatria" la voce "psichiatria transculturale" espongono sinteticamente le due discipline sulle quali ancor oggi vi sono evidenti fraintendimenti. Posso ricordare anche il primo testo italiano del 1972 chiestomi da Frighi per il suo volume di Igiene Mentale dove esponevo la possibilità di usare la teoria e prassi transculturale nei Servizi di Salute Mentale.

*Terza parte: come vede lo sviluppo futuro della psichiatria transculturale?*

Vorrei precisare che non solo di psichiatria si tratta bensì di tutto il sistema metodologico delle scienze. Non c'è solo una psichiatria transculturale ma c'è una metodologia transculturale. Questa si definisce come capacità del ricercatore o del professionista a vedere nel soggetto/soggetti di studio o d'intervento il legame timico e noetico con una serie di valori generali variabili

e riconducibili al territorio, ai valori spirituali, ai valori microsociali e macrosociali.

Come stiamo vedendo giorno dopo giorno, la dinamica della cultura nell'individuo e nel sociale, mi sembra proprio il tema del terzo millennio. Succederà che la gente si renderà conto, già un po' se ne rende conto, di come è impossibile vivere senza identità, senza appartenenze, senza visioni del mondo e simboli condivisi. Ora, con la globalizzazione, un simbolo emergente a New York domani può essere diffuso tra di noi; questo è il meccanismo nella società di oggi. La condivisione di un simbolo è ben altro tuttavia. E la gente sta soffrendo moltissimo: aumentano le malattie mentali e tutte le malattie sono più aggressive per la caduta di reazioni psicoimmunobiologiche negli individui che la società tecnologica priva di identità. Infatti c'è un'enorme paura, una diffusa e strisciante perdita di appartenenza, una enorme mancanza di appigli per vivere completamente la vita fisica e psichica, ma psichica soprattutto, e quindi la gente soffre, sviluppa tumore, AIDS, crisi di panico, tossicodipendenze ed altre malattie un tempo meno aggressive. La patologia è cambiata rapidamente e grandemente, sia la patologia fisica che la patologia psichica: è tempo di chiedersene il perché. L'epidemiologia ha a che fare anche con l'attacco all'identità degli uomini. I cittadini stanno trovando nei loro cervelli le millenarie modalità per sopravvivere che sono quelle di strutturare appartenenze. Si sviluppano la geofilosofia, i sistemi spirituali New-Next Age, i localismi, che dicono: sì globalizzazione, ma rimaniamo noi stessi. Per cui paradossalmente accanto a Bill Gates, che apre le autostrade informatiche virtuali, c'è la città che ritrova le sue tradizioni, i suoi simboli, i suoi riti. Ogni gruppo geoculturale (felice termine utilizzato da Mara Tognetti Bordogna) rivisita le sue tradizioni, i suoi cibi e i suoi sistemi di produzione. E questa è la forza del cervello umano che sa che deve contare soprattutto sulla funzione del pensiero culturale. Ogni scienza dovrà aggiornarsi e diventare una scienza transculturale capace di essere utile alle mille diversità del mondo.

NOTE: 2 Antropologa, Istituto Transculturale per la Salute – Fondazione Cecchini Pace, Milano