

*Etnopsichiatria dei disturbi depressivi: un aggiornamento**

Piero Coppo

medico neuropsichiatra / docente di etnopsichiatria e di medicina sociale nella Università Ca' Foscari di Venezia / direttore della rivista "I Fogli di ORISS. Organizzazione interdisciplinare sviluppo e salute"

Mi sembra utile concorrere a un aggiornamento sul tema *depressione e melanconia* per una serie di motivi.

Il primo è che recentemente mi è capitato di leggere su alcuni quotidiani e giornali medici dei dati sull'uso degli antidepressivi e dei commenti a questo proposito insieme inquietanti e interessanti. Per esempio, "La Repubblica" dell'11 aprile 2003 cita i dati Federfarma secondo i quali in Italia nel 2002 sarebbero stati venduti 26,7 milioni di confezioni di antidepressivi con un incremento dell'1,2% rispetto al 2001. Il primato spetta a Toscana e Liguria e il consumo pro capite massimo è a Lucca con 1,09 confezioni all'anno per abitante ("La Repubblica", 11 marzo 2003, p. 27). Su un altro giornale, il mensile per i medici toscani a cura dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri di Firenze, ho letto, a firma di Adolfo Pazzagli, primario di Psicologia clinica dell'Università di Firenze, che «[...] un uso indiscriminato degli antidepressivi [...] è pericoloso e a rischio di un'utilizzazione tossicomane di tali sostanze» ("Toscana Medica", febbraio 2003, p. 7). Una simile affermazione potrebbe ancora essere letta nel quadro della storica polemica tra rappresentanti della via psicoterapeutica e quelli della via farmacoterapeutica; ma nello stesso giornale e nella stessa pagina si legge in un intervento di Carlo Manfredi, presidente dell'Ordine dei medici di Massa: «[l]'uso estensivo degli SSRI [farmaci antidepressivi inibitori della ricaptazione della serotonina, NdR] rischia di favorire lo sviluppo di una popolazione di persone incapaci di funzionare se non sotto l'influsso della sostanza, oggettivamente depauperate di una parte consistente delle risorse umane in una specie di grande esperimento di massa incontrollato e dagli esiti a lungo termine imprevedibili» (*ibidem*). Esiti imprevedibili, in particolare, secondo l'Autore, perché gli effetti sul lungo periodo di questi farmaci (prescritti per cicli di cura sempre più protratti) non possono esse-

re davvero conosciuti vista la loro recente introduzione sul mercato. Sembrerebbe dunque che stia emergendo una più generale perplessità, un dubbio su ciò che sta accadendo e ciò mi ha fatto sperare nella possibilità di un dibattito sulla questione che interessi anche i medici di base (i principali prescrittori di antidepressivi) i quali, forse troppo pressati dalle formazioni *ad hoc* appaltate dalle istituzioni pubbliche alle case farmaceutiche col nome di “educazione continua in medicina”, cominciano a volerci veder chiaro in ciò che in questo delicatissimo ambito viene loro quotidianamente proposto.

Da parte mia posso contribuire con una revisione del tema dal punto di vista etnopsichiatrico. Ho raccolto per questo la bibliografia più recente in merito, cercando anche nelle banche dati medico-psichiatriche attraverso parole-chiave variamente combinate tra loro: depressione, malinconia, epidemiologia, cultura, etnia, razza. Dall'imponente numero di lavori emersi, ho selezionato e letto quelli più recenti e a mio parere più interessanti. Una prima evidenza, che merita di essere segnalata, emerge dall'analisi di questa letteratura: nella stampa medico-psichiatrica anglosassone, e in particolare statunitense, i termini *ethnicity* e addirittura *race* sono utilizzati con disinvoltura in riferimento alle sempre più consistenti “minoranze culturali” presenti in quel Paese, senza tutti quei distinguo e timori che accompagnano, o proscrivono, l'uso di questi termini in Europa e in particolare in Italia. I lavori scelti si possono poi suddividere in due grandi gruppi: quelli che appartengono all'area della psichiatria culturale e quelli che appartengono all'area etnopsichiatrica. Distinguo la psichiatria culturale (nelle sue varianti: psichiatria trans-, inter- e cross-culturale) dall'etnopsichiatrica, perché considero la prima come una psichiatria che intende tradursi in tutte le lingue, rimanendo però pur sempre una psichiatria; e la seconda come il risultato del travaglio di quell'area delle discipline della psiche che ha accettato di confrontarsi seriamente e lealmente con altre discipline (per esempio antropologia, etnologia, sociologia), con altre visioni antropocosmologiche, con altri modelli dell'esserci-nel-mondo, con altri sistemi di presa in carico, cura e terapia. Da questo punto di vista, l'etnopsichiatrica non appartiene più all'area psichiatrica, non è un suo settore iper-specialistico, ma è un saper-fare inedito (la cui struttura portante è metodologica) cui concorre la psichiatria nel momento in cui, divenuta consapevole di essere il prodotto di un determinato divenire storico, si apre al confronto con altre discipline e altri sistemi, risultati di altre storie. La differenza tra la psichiatria culturale e l'etnopsichiatrica è anche segnalata dal loro diverso successo: la prima si integra più facilmente nei vari sistemi istituzionali (università, società di psichiatria, ecc.) di quanto possa farlo la seconda, che

si propone spesso come pungolo, stimolo destinato a sospendere le routine e attivare riflessioni critiche e innovazioni. Generando più domande che risposte, l'etnopsichiatria intralcia spesso le procedure codificate imponendo la centralità delle relazioni, e perciò suscita una comprensibile diffidenza in chi è interessato all'istituzione delle routine necessarie all'erogazione di prestazioni standardizzate e ripetitive (sia nei servizi sanitari che nell'istruzione). Dalla revisione della letteratura esaminata, credo sia legittimo trarre alcune conclusioni: anche se non sono ancora oggetto di consenso generale, mi sembrano tuttavia sufficientemente ben fondate da poter essere considerate almeno come ipotesi verosimili.

Superamento della diatriba sull'universalità delle forme depressive

Il periodo dell'opposizione tra chi sosteneva l'universalità della depressione e chi la negava mi sembra definitivamente tramontato. Questa opposizione, e le diatribe che ha generato, ha una lunga storia. Fu addirittura E. Kraepelin a pubblicare nel 1904 il primo articolo di psichiatria comparativa (*Vergleichende Psychiatrie*). Per ciò che riguarda la depressione, scriveva, riferendosi ai ricoverati nel manicomio di Buitenzorg a Giava: «[...] anche il quadro della psicosi maniaco-depressiva mostra alcune diversità. La più importante, è che la depressione franca è molto rara; quando è presente, è in generale mascherata e transitoria. Non sono mai espresse idee di peccato [...]» (KRAEPELIN E. 1996 [1904]: 197) Più tardi, medici e psichiatri coloniali (per esempio: CAZANOVE F. 1927) affermarono che la depressione non era presente tra le popolazioni nero-africane rurali; e questo perché la mente nera era più semplice, espressione di strutture cerebrali meno evolute. Il dolore morale era considerato una prerogativa riservata ai bianchi, cristiani, civilizzati e colti. Ancora nel 1956 T. A. Lambo poteva scrivere che non c'erano "depressioni psicotiche classiche" in Africa (LAMBO T. A. 1956), ma già nel 1960 dichiarò che c'erano molti maniaco-depressivi (LAMBO T. A. 1960). In una revisione della letteratura sull'argomento dal titolo *Il cambiamento del quadro dei disturbi depressivi in Africa. Un fatto o una moda diagnostica?*, R. Prince notava come tra gli articoli da lui recensiti relativi all'Africa, i 14 pubblicati prima del 1957 riferivano che quasi nessun caso di depressione era stato osservato; i 20 pubblicati tra il 1957 e il 1965 presentavano invece la depressione come un disturbo molto frequente (PRINCE R. 1968). Per introdurre subito un tema che mi pare centrale (quello del rapporto tra disturbo e dispositivi di cura), sottolineo che proprio nel 1951 fu scoperto il primo antidepressivo (l'iproniazide) e

nel 1957 l'imipramina, primo vero farmaco antidepressivo a larga diffusione. Il momento di queste scoperte coinciderebbe dunque esattamente col momento della "scoperta" della depressione in Africa.

Poi, altri Autori sostennero che fuori dall'Occidente la depressione era presente, ma mascherata da disturbi somatici e neurovegetativi senza causa organica (per l'Africa, si veda per esempio CAROTHERS J. C. 1951) o da altri disturbi psichici a sintomatologia del tutto differente (a proposito della corrispondenza tra "bouffées deliranti" e depressione mascherata, si veda per esempio HANCK Charles - COLOMB Henri - BOUSSAT Michel 1976). Fu poi J. Leff a sostenere che molte culture non occidentali non disponevano degli strumenti verbali per esprimere le emozioni; e che questo influenzava la sintomatologia psicopatologica (LEFF J. 1992 [1988]). Queste osservazioni e interpretazioni, che mettevano in relazione l'eventuale assenza di disturbi depressivi non, per esempio, con la presenza in quelle società di preziosi fattori di protezione ma con una difettualità neurologica, psicologica o culturale dei Neri, produssero come è naturale le reazioni indignate dei primi psichiatri africani. Sostenuti anche dal diffondersi nei loro paesi dei farmaci antidepressivi e della loro promozione, essi rivendicarono la capacità dei Neri-Africani di deprimersi proprio come i bianchi. Per esempio, al Simposio regionale su psichiatria e cultura organizzato dall'Associazione mondiale di psichiatria nel 1981 a Dakar (Senegal) e finanziato dai laboratori Janssen-Le Brun, Spécia e Squibb, una parte centrale fu dedicata a osservazioni di psichiatri africani sulle varie manifestazioni depressive (più o meno mascherate) in Africa (COLLIGNON R. cur. 1981). Sembrava dunque che, anche se con vari contorsionismi e abbassando sempre più il livello di coerenza epistemologica (fino a non essere più chiaro come e perché potessero essere chiamate depressive forme che apparivano in tutt'altro modo, in assenza di una teoria eziologica forte e condivisa), l'ambiente psichiatrico si fosse accordato nel sostenere che i disturbi depressivi sono universali e presenti anche là dove, forse per un difetto dei sistemi di osservazione, non sono ancora stati descritti. Tuttavia, alcuni contributi fuori dal coro riproponevano il problema epistemologico posto, per esempio, dal fatto che in molti sistemi culturali non esiste un termine equivalente a "depressione" (per esempio, BIBEAU G. 1981: 45-50) e che, applicando alla lettera gli strumenti di screening e diagnostici proposti da agenzie internazionali (come l'Organizzazione mondiale della sanità), non era in certi casi (anche con rilevazioni epidemiologiche di comunità metodologicamente accurate) rilevabile alcun caso di depressione (per esempio, COPPO P. 1984).

Credo che oggi si possa dire che l'opposizione tra universalismo e non universalismo dei fenomeni depressivi è nata da un equivoco, dalla non

distinzione tra la sofferenza che può diventare depressione (sofferenza che è certo genericamente umana) e la depressione stessa, intesa come oggetto culturale specifico, insieme originale e indissociabile costituito da quella sofferenza più il dispositivo teorico-pratico della psichiatria, sistema culturalmente specifico incaricato di trattarla (insieme che risulta da una storia particolare).

Confortato da contributi provenienti da gruppi di lavoro che abbinano l'approccio psichiatrico a quello etno-antropologico (KLEINMAN A. - GOOD B. J. 1985, BENEDEUCE R. - COLLIGNON R. cur. 1995, DECH H. cur. 1996) credo di potere, circa l'universalità o meno dei disturbi depressivi, sostenere ragionevolmente l'ipotesi seguente: *ciò che è universale non è la categoria della psichiatria ("disturbi depressivi") ma l'esperienza di una sofferenza sine materia che, quando esca dalla normalità (più per durata che per intensità) trova in Occidente⁽¹⁾ e nel contenitore nosografico "Disturbi Depressivi" una delle possibili forme e uno dei possibili destini. In altri contesti, forme e destini possono essere altri. Una simile ipotesi porta in primo piano la complessità delle dinamiche che legano la sofferenza genericamente umana al lavoro delle specifiche culture.*

La depressione come sindrome ordinata dalla cultura

Tra i meriti dell'antropologia medica e dell'etnopsichiatria c'è quello di aver dato risalto a una specifica funzione delle culture umane: la funzione patoplastica. Si tratta della dinamica, propria a tutte le culture, che predispone per la sofferenza umana generica forme specifiche: comunicabili, negoziabili e lavorabili nell'ambito di un contesto dato. Ogni cultura infatti allestisce, attraverso un complesso lavoro cui concorrono saper-fare laici ed esperti, dei contenitori, degli stampi in cui può essere versata la sofferenza di ciascuno. Altrove (COPPO P. 2003: 154) ho riassunto una generica "via della malattia", via nella quale l'"informazione culturale" (informazione: messa in forma) della sofferenza ha un ruolo centrale. Altri hanno ricostruito il processo storico che ha portato alla psicopatologia (come ambito disciplinare) e alla costituzione di alcune sue categorie (per esempio, SHORTER E. 1993 [1992]). Come è risaputo, è grazie alla funzione patoplastica che in specifici contesti si formano sindromi non presenti altrove: *culture bound syndrome* (CBS) appunto, sindromi modellate dalla cultura. S. Inglese e C. Peccarisi, che ne hanno fatto un inventario recensendone svariate decine (INGLESE S. - PECCARISI C. 1997), propongono di tradurre il termine inglese con "sindromi ordinate dalla cultura", dove "ordinate" è da intendere nel doppio senso di "messe in ordine" e "prescritte". La

psichiatria ha finora descritto come CBS fenomeni osservati in altre culture senza supporre (poiché tende a considerare i suoi oggetti “natural” e quindi universali) di essere interessata dalla stessa dinamica. È solo con il travaglio recente, e in particolare con l’apporto dell’etnopsichiatria e dell’antropologia medica⁽²⁾, che si è fatta strada l’ipotesi che alcune sindromi osservate in Occidente e considerate dalla psichiatria universali perché “natural”, e cioè biologicamente determinate, potrebbero essere considerate legate alla cultura.

Georges Devereux, per esempio, ha trattato la schizofrenia come “malattia etnica”:

«Considero la schizofrenia quasi incurabile, non perché essa sia dovuta a fattori organici, ma perché i suoi sintomi principali sono sistematicamente mantenuti in vita da taluni dei valori più caratteristici, più potenti – ma anche più insensati e disfunzionali – della nostra civiltà.» (DEVEREUX G. 1978 [1973, 1965]: 226).

Per ciò che riguarda la depressione, G. Obeyesekere, un antropologo che ha lavorato in Sri Lanka, ha scritto:

«La mia tesi è che ciò che è chiamato depressione in Occidente è una serie di affetti dolorosi che hanno a che fare con la tristezza e sono determinati da varie condizioni precedenti – genetiche, socioculturali e psicologiche. Questi affetti esistono nella società occidentale in una condizione di relativo disancoramento (*free-floating*): non sono ancorati a una ideologia e quindi sono identificabili e riconducibili all’etichetta di malattia. Ma questo non è necessariamente il caso in altre società dove questi affetti non sono disancorati ma invece sono inclusi, inglobati (*locked*) in modo intrinseco in sbocchi esistenziali e catene di significato culturali e filosofici più ampi.» (OBEYSEKERE G. 1985: 134-135).

La depressione (intesa come sindrome psicopatologica) sarebbe dunque ciò che la società occidentale fa di quella serie di affetti dolorosi che hanno a che fare con la tristezza, che sono nelle società moderne e alto-moderne inglobate (*locked*) nei sistemi medico-psichiatrici, ma che in altre culture lo sono in sistemi culturali e filosofici non medici. In altri termini, ciò che noi chiamiamo “depressione” sarebbe uno stampo culturale specifico, prodottosi nella storia dell’Occidente; una categoria in cui trova posto la sofferenza umana quando divenga eccessiva (soprattutto per durata).

In effetti, diversi fatti confermano questa ipotesi.

Il termine “depressione” compare in Europa attorno al 1920, come risultato di un lungo processo dove si confusero, agli inizi del ’900, l’evoluzione del concetto di melanconia (elaborato soprattutto da medici, filosofi, chierici e artisti) e le nozioni neuropsichiatriche attorno al tema della stanchezza, perdita di iniziativa, tristezza senza causa apparente (sindrome definita di

volta in volta nell'800 come irritazione o neurastenia spinale; nel '900 come neurastenia). In nessun altro sistema, laico o esperto, si trova un concetto analogo: non, per esempio, nell'Ayurveda (RAO A. V. 2000) e neppure, come abbiamo visto, nei sistemi sapienti africani.

L'apparizione e la diffusione della depressione in Europa è stata ben descritta da diversi Autori (per esempio, LÓPEZ PIÑERO J. M. 1983, SHORTER E. 1993 [1992]). H. B. M. Murphy dal canto suo descrive così la comparsa e la diffusione alla fine del '700 in Inghilterra della "malattia inglese" (che per molti aspetti corrispondeva alla forma moderna della depressione), e le condizioni che la favorirono.

«Perché avrebbe dovuto esserci una associazione in quell'epoca tra società inglese e depressione e perché avrebbe dovuto prodursi quel cambiamento nella sintomatologia illustrato nelle descrizioni di Burton e Baxter e che in seguito si diffuse in gran parte dell'Europa? Se si considera che il periodo durante il quale in Inghilterra c'era un eccesso di questo disturbo va dai tempi elisabettiani fino circa al 1750, allora ci troviamo precisamente nel posto e nel periodo che storici e sociologi hanno identificato come il più importante per il sorgere del capitalismo e l'avvento della rivoluzione industriale. Per giunta, l'autore che ci ha dato la prima descrizione reale del cambiamento sintomatologico, Baxter, è anche colui che Max Weber cita regolarmente come un'autorità e un leader nell'ambito delle nuove posizioni del cristianesimo verso l'accumulazione del capitale e la lotta per il successo in questo mondo. Potrebbe essere dunque un'ipotesi di lavoro ragionevole pensare che possa esserci una connessione tra le forze nella società inglese che hanno contribuito al sorgere del capitalismo e quelle che hanno contribuito al cambiamento del carattere e della frequenza della melanconia. Tenendo presente le teorie attuali che riguardano l'origine dei disturbi affettivi, vengono in mente tre di queste forze o movimenti. Il primo è il protestantesimo, che porta con sé non soltanto il nuovo atteggiamento verso la competizione individuale sottolineata da Weber, ma una nuova relazione, più consapevole e potenziale veicolo di colpa, tra uomo e Dio. Il secondo è il cambiamento nelle modalità di allevamento della prole descritto da Philippe Ariès, che portava non soltanto a una maggiore enfasi sul modellamento del futuro adulto ma anche a una più importante relazione tra genitori e bambini. Il terzo è il significativo incremento della mobilità geografica e l'individualismo economico elettivo, che ha portato a una riduzione dei legami sociali stretti e quindi delle sorgenti di sostegno emotivo, qualcosa che potrebbe essere simile a uno svezamento.

Ognuno di questi cambiamenti o forze difficilmente, da solo, avrebbe potuto produrre sia l'aumento della melanconia che il cambiamento nella sua sintomatologia che qui ci interessa; ma insieme potrebbero aver avuto un tale effetto. [...] Un quarto fattore indipendente dal capitalismo che potrebbe aver influenzato la sintomatologia di cui ci occupiamo è la diffusione delle idee cartesiane circa il dualismo mente-corpo, cosa che rese sempre più difficile attribuire tormenti spirituali o mentali a cause fisiche e portò la

gente a cercare nelle loro menti piuttosto che nei loro corpi la causa della melanconia.

Ci sono dunque parecchi interessanti segnali di possibili connessioni tra disturbi affettivi e forze socioculturali in questa storia, ma non c'è una causa sola alla quale si possano attribuire i cambiamenti nella frequenza e nella sintomatologia della depressione» (MURPHY H.B.M. 1982: 119).

Le connessioni tra religione e la forma moderna della depressione sono state sottolineate anche da E. Pewzner-Apeloig (PEWZNER-APELOIG E. 2000 [1992]), che, applicando alla cultura europea le stesse metodiche usate in etnopsichiatria nei confronti di altre culture, dimostra come la religione, insieme agli altri grandi sistemi culturali, lascia in ciascun umano un'impronta specifica e permanente, modellando in particolare l'espressione del malessere. Lo sviluppo dell'interiorità psicologica e dell'idea di peccato, e quindi di colpa, è andato di pari passo con l'organizzarsi delle grandi religioni dell'Occidente: quella ellenica, quella ebraica e quella cristiana; ma è soprattutto quest'ultima ad aver portato a compimento l'installazione del senso del peccato e della colpa nel cuore stesso dell'interiorità dell'individuo, facendone la caratteristica squisitamente umana, quella che dovrebbe fondare l'essere umano generico. A sua volta, la teoria psicanalitica, proponendo come snodo cruciale il sentimento di colpa edipico, ha finito col formalizzare, e "naturalizzare" dandole così una veste "scientifica", questa modalità di esserci-nel-mondo.

Infine, nella costituzione dello specifico conglomerato costituito in Occidente dall'insieme della sofferenza e del sistema che la tratta, un ruolo importante, messo in luce in particolare da P. Pignarre, spetterebbe alle interazioni tra la fabbricazione dei rimedi (in questo caso i farmaci antidepressivi) e la costituzione di gruppi statistici di pazienti che corrispondano alla loro azione (PIGNARRE P. 2000). Le modalità di fabbricazione e disponibilità di farmaci sintomatici avrebbe quindi certamente contribuito a estendere, confermare ed esportare l'uso della categoria nosografica, definitasi anche a partire dalla loro azione.

Contributi dall'area della psichiatria culturale

Sono disponibili nella recente letteratura numerosissimi contributi rivolti a definire in vari gruppi umani la quantità dei disturbi depressivi (rilevati attraverso i comuni strumenti diagnostici standardizzati) e le loro variazioni sintomatiche, nonché a identificare eventuali fattori di protezione o rischio attivi nelle diverse situazioni. In alcuni casi è stata indagata anche

l'adesione o la recalcitranza dei pazienti nei confronti delle terapie psichiatriche più comuni (farmacoterapia e *counseling*). Una buona parte degli studi pubblicati riguarda minoranze etniche che vivono in Nord America (USA e Canada). In generale, risulta che le forme depressive rilevate dagli strumenti diagnostici della psichiatria variano per frequenza nei vari campioni; frequenza correlata con la presenza o meno di fattori di protezione e/o di rischio. Riassumo brevemente alcuni di questi lavori. Per esempio, uno studio su lavoratori agricoli immigrati dal Messico negli USA (HOVEY J. D. - MAGAÑA C.G. 2002) si è proposto di definire i tassi di prevalenza⁽³⁾ di ansia e depressione; di esplorare la relazione tra stress acculturativo, ansia e depressione; di esaminare le variabili che possono meglio predire ansia e depressione. Nel gruppo esaminato (75 persone, 38 donne e 37 uomini), usando strumenti diagnostici standardizzati (*Center for epidemiologic studies depression scale, CES-D*, per la depressione; per l'ansia, la scala del *Personal assessment inventory*), sono stati registrati livelli di depressione e ansia elevati. Gli individui che vivevano un più alto "stress acculturativo" (misurato con la *SAFE Scale*) avevano i punteggi più alti nelle scale della depressione e dell'ansia. Problemi familiari, basso supporto sociale, bassa autostima, disaccordo sulla decisione di migrare, alti livelli di scolarizzazione, alti livelli di stress acculturativo e alti livelli di ansia erano associati con alti livelli di depressione in modo statisticamente significativo.

Un altro studio (WHITBECK Les B. - McMORRIS Barbara J. - HOYT Dan R. - STUBBEN Jerry D. - LAFRAMBOISE Teresa 2002) cerca di chiarire, a partire dal dato ormai acquisito che gli Indiani Americani adulti soffrono di disturbi depressivi con frequenze di varie volte superiori (4/6 volte) a quelle rilevate negli adulti della popolazione generale, quali siano i fattori associati con i disturbi depressivi in un gruppo di 287 adulti nativi residenti in tre diverse riserve dell'Upper Midwest (regione dei grandi laghi, USA). In generale, i fattori predittivi dei punteggi più alti nella scala per la depressione (sempre la CES-D) erano gli stessi osservati in USA e in Europa nella popolazione generale: esperienze infantili di rifiuto genitoriale, difficoltà economiche, eventi di vita negativi; mentre il supporto sociale agiva come fattore di protezione. Lo studio tuttavia ha messo in luce tre fattori specifici in questa popolazione: la "discriminazione percepita" raddoppia la possibilità di un alto punteggio per la depressione; la partecipazione a pratiche tradizionali (cerimonie, attività artigianali di gruppo ma anche individuali come la lavorazione delle pelli, la decorazione con perline, la pesca con l'arpione, eccetera) agisce come fattore di protezione (riduzione per ogni unità di aumento del 29% delle probabilità di eccedere il *cut-off* della CES-D); c'è una interazione importante tra l'effetto della discriminazione

percepita e quello della partecipazione alle pratiche tradizionali (gli individui con legami culturali più deboli sono più suscettibili agli effetti negativi della discriminazione percepita). Gli Autori si interrogano sulle ragioni dell'efficacia protettiva delle pratiche tradizionali (che non sempre richiedono affiliazione e neppure, spesso, vengono svolte collettivamente) e sulla eventuale azione di un altro fattore non esplorato in questo contesto ma conosciuto per altri studi: il "cordoglio storico" (*historical grief*) che affligge i popoli in via di sparizione.

In generale gli studi esaminati disegnano un ricco ventaglio di fattori che possono, insieme, configurare i tratti delle situazioni più esposte al rischio depressivo e di quelle protette (Tab. I).

Tab. I
PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO E PROTEZIONE

| Fattori di rischio |
|---|
| Deprivazione economica (PATEL V. - RODRIGUES M. - DE SOUZA N. 2002) |
| Perdita di controllo sulla situazione lavorativa (KOPP M.S. - SKRABSKI A. - SZEDMÁK S. 2000) |
| Scarso Supporto Sociale (KOPP M.S. - SKRABSKI A. - SZEDMÁK S. 2000) |
| Scarso Capitale Sociale (CAUGHY M.O. - O'CAMPO P.J. - MUNTANER C. 2003) |
| Problemi familiari (HOVEY J.D. - MAGAÑA C.G. 2002) |
| Infanzie abusate, non protette, non accolte (WHITBECK Les B. - MCMORRIS Barbara J. - HOYT Dan R. - STUBBEN Jerry D. - LAFRAMBOISE Teresa 2002) |
| Non sostegno da parte del partner e sesso del neonato (per Depressione post-partum) (PATEL V. - RODRIGUES M. - DE SOUZA N. 2002) |
| Perdita dei nessi tra individuo e società (WILLIS Leigh A. - COOMBS David W. - COCKERHAM William C. - FRISON Sonia L. 2002) |
| Bassa Autostima (HOVEY J.D. - MAGAÑA C.G. 2002) |
| Discriminazione Percepita (WHITBECK Les B. - MCMORRIS Barbara J. - HOYT Dan R. - STUBBEN Jerry D. - LAFRAMBOISE Teresa 2002) |
| <i>Emotion-focused coping</i> (NOH S. - KASPAR V. 2003) |
| Ostilità dell'ambiente (KOPP M.S. - SKRABSKI A. - SZEDMÁK S. 2000) |
| Stress acculturativo (HOVEY J.D. - MAGAÑA C.G. 2002) |
| Basso <i>Communal-Mastery</i> (HOBFOLL S.E. - JACKSON A. - HOBFOLL I. 2002) |
| Strategia di integrazione culturale (doppio binario) invece di assimilazione adattativa, non deculturante (OH Y. - KOESKE G.F. - SALES E. 2002) |
| Lutto storico: appartenere a un popolo in estinzione (WHITBECK Les B. - MCMORRIS Barbara J. - HOYT Dan R. - STUBBEN Jerry D. - LAFRAMBOISE Teresa 2002) |

segue tabella

| Fattori di protezione |
|---|
| <i>Problem-focused coping</i> (NOH S. - KASPAR V. 2003) |
| Alto <i>Communal-Mastery</i> (più attivo del <i>Self-Mastery</i>) (HOBFOLL S.E. - JACKSON A. - HOBFOLL I. 2002) |
| Alto Supporto Sociale (KOPP M.S. - SKRABSKI A. - SZEDMÁK S. 2000) |
| <i>Self-Mastery</i> (HOBFOLL Stevan E. - JACKSON Anita - HOBFOLL Ivonne - PIERCE Charles A. - YOUNG Sara 2002) |
| Alta autostima (HOVEY J.D. - MAGAÑA C.G. 2002) |
| Identificazione culturale e pratiche culturali (WHITBECK Les B. - MCMORRIS Barbara J. - HOYT Dan R. - STUBBEN Jerry D. - LAFRAMBOISE Teresa 2002) |
| Pratiche tradizionali (cerimonie, uso della lingua, attività tradizionali: perline, riso, pesca con arpione, cerimonie, raccolta di bacche, caccia, giochi tribali, confezione di coperte, conca di pelli, ecc.) (WHITBECK Les B. - MCMORRIS Barbara J. - HOYT Dan R. - STUBBEN Jerry D. - LAFRAMBOISE Teresa 2002) |
| Continuità Culturale (CHANDLER M.J. - LALONDE C. 1998) |

Alcuni dei fattori citati richiedono una spiegazione, essendo stati introdotti di recente in questo ambito di ricerche. Il *supporto sociale* viene misurato con vari strumenti già da tempo in psichiatria; si tratta del numero di persone di cui possiamo fidarci e che potremmo interpellare in caso di aiuto. Il *capitale sociale* consiste invece nelle norme di fiducia, reciprocità e implicazione nel benessere della comunità; è il sentimento che i membri di un gruppo hanno di appartenenza, dell'importanza di ciascuno per l'altro e per il gruppo; è la convinzione che i bisogni dei singoli possano trovare una soluzione migliore se vengono affrontati collettivamente. Anche il capitale sociale viene misurato con strumenti; nello studio citato (CAUGHY M. O. - O'CAMPO P.J. - MUNTANER C. 2003) lo strumento utilizzato è la scala del *Parental psychological sense of Community* (Psoc). La *discriminazione percepita*, misurabile con una apposita scala (NOH S. - KASPAR V. 2003: 234) riguarda l'esperienza di essere stati discriminati per via dell'appartenenza a un determinato gruppo: essere stati per esempio trattati per questo rudemente, insultati, picchiati, offesi, respinti da negozi o ristoranti, esclusi o ignorati manifestamente, sottoposti ad attese inutili o a umiliazioni. L' *Emotion focusing coping* e il *Problem focusing coping* sono due diversi stili di risposta alla *discriminazione percepita*. In un caso si reagisce con accettazione passiva o con azioni per dimenticare (una partita a videogiochi, immergersi nella televisione, isolarsi per gridare o piangere); nell'altro con azioni di contrasto appropriate: proteste dirette e tentativi di far cambiare posizione a chi offende, denunce alle autorità o ai media, discussioni in famiglia e con amici. *Self mastery* è stato definito come la convinzione che

l'individuo ha di poter superare gli ostacoli e far fronte alle circostanze basandosi solo sul suo proprio sforzo; mentre *Communal mastery* è il sentimento che gli individui hanno di poter superare le difficoltà e le sfide della vita perché sono interconnessi in una rete sociale fitta e attiva.

In un articolo dove si analizzano i fattori di rischio e protezione non per la depressione ma per il suicidio giovanile tra i nativi canadesi, M. J. Chandler e C. Lalonde introducono la nozione di *continuità culturale* misurata in base alla presenza o meno di alcuni indicatori: la proprietà della terra, il controllo della comunità su scuola e sanità, la partecipazione ai servizi di polizia e di pompieri, la presenza o meno sul territorio di un luogo o un edificio dove poter svolgere attività connesse con la cultura di origine (musica, cerimonie, attività artigianali, ecc.). Là dove tutti gli indicatori di continuità culturale erano presenti, gli Autori hanno rilevato un tasso di suicidi giovanili nullo o in ogni caso molto inferiore rispetto ai gruppi dove gli indicatori di continuità erano assenti. Gli Autori ipotizzano dunque che la continuità culturale costituisca un supporto a quella del Sé, e che cioè nei passaggi critici dell'esistenza di ciascuno (adolescenza, migrazione, eventi negativi, ecc.) la continuità culturale si costituisca in una sorta di rete di sicurezza collettiva che consente, a chi cade, di rialzarsi e riprendere il cammino.

Da più parti viene inoltre sottolineato l'aspetto patogenetico della *deculturazione*; soltanto se si danno le condizioni (modalità e tempi) per un'*acculturazione non deculturalizzante* il processo si risolve in un arricchimento delle individualità e dei gruppi coinvolti e non in una loro fragilizzazione. Per ciò che riguarda la migrazione (in questo caso specifico, quella coreana in Usa) la questione centrale sarebbe dunque: «Come possono gli immigrati essere progressivamente e profondamente coinvolti e immersi nella cultura che li ospita, adottarne la lingua e stringere relazioni con la gente, pur non abbandonando le pratiche culturali tradizionali, i valori e il nucleo identitario etnico?» (OH Y. - KOESKE G. F. - SALES E. 2002: 522). Molti anni prima, e riferendosi proprio ai disturbi depressivi e al suicidio, altri Autori avevano segnalato lo stesso problema ma su scala molto più vasta: «La vera profilassi sarebbe dunque quella di evitare la deculturazione senza opporsi al necessario progresso tecnico. Ora, quello che l'Occidente apporta all'Africa, accanto all'aiuto tecnico, è proprio una aggressione culturale senza precedenti» (COLLOMB H. - COLLIGNON R. 1995 [1974]: 108).

Infine, e uscendo dalla discussione sui fattori di protezione e rischio, in una revisione dei recenti sviluppi dell'analisi degli aspetti psicosociali del-

la depressione, T. Harris (HARRIS T. 2001) segnala due tipi di eventi che risultano giocare un ruolo di primo piano nel precipitare l'esordio depressivo o la sua remissione. I primi sono definiti di *humiliation/entrapement* (H/E): eventi cioè segnati da "umiliazione e intrappolamento", dove una perdita significativa (di una persona cara, di oggetti, di idee o di un ruolo) si accompagna a un vissuto di vergogna o umiliazione al quale non si può reagire (un licenziamento subito per bancarotta della ditta sarebbe, per esempio, meno efficace nell'indurre depressione di un licenziamento *ad personam*). I secondi, che precedono la remissione dei sintomi depressivi, sono definiti come *fresh start experience* (FSE): si tratta di eventi anche casuali ma che avviano un'esperienza nuova (come la risposta positiva, improvvisa e ormai inaspettata a una vecchia richiesta di impiego; un incontro che inaugura una nuova relazione o ne riattiva inaspettatamente una sospesa; l'inizio di una psicoterapia; ecc.).

Altre vie di elaborazione della stessa sofferenza: contributi dall'area etnopsichiatrica

In etnopsichiatria, ma ben prima in antropologia, si è posta la questione di come possano essere tradotte da una lingua all'altra parole di cui non esistano immediati corrispondenti. Per esempio, "depressione" è immediatamente tradotta in lingue vicine con *dépression*, *depression*, ecc.; ma non trova corrispondenti in lingue lontane (per esempio africane o asiatiche). Davanti a questa evidenza, la psichiatria culturale, per restare fedele al postulato della "naturalità" dell'oggetto "depressione" può solo concludere o che in quelle culture la cosa esiste ma non è riconosciuta (per mancanza di *insight*, linguaggio o altro), o che esiste e vi appare mascherata da altro (per esempio turbe somatiche, *bouffée* deliranti) oppure che non esiste (per esempio per insufficiente sviluppo della dimensione morale dell'esperienza di quegli umani). Un simile approccio è però tautologico, tende a ridurre l'altro al già conosciuto. C'è invece un altro modo di confrontarsi con l'impossibilità della traduzione immediata, ben più generativo di conoscenza e rispettoso dell'alterità, ma più laborioso e complesso. Ernesto de Martino, che l'aveva praticato nella sua pratica etnografica, così lo descrive:

«[l']etnografo è chiamato [...] ad esercitare una *epoché* etnografica che consiste nell'inaugurare, sotto lo stimolo dell'incontro con determinati comportamenti culturali alieni, un confronto sistematico ed esplicito tra la storia di cui questi comportamenti sono documento e la storia culturale occidentale

che è sedimentata nelle categorie dell'etnografo impiegato per osservarli, descriverli e interpretarli: questa duplice tematizzazione della propria storia e della storia aliena è condotta nel proposito di raggiungere quel fondo universalmente umano in cui il "proprio" e l'"alieno" sono sorpresi come due possibilità storiche di essere uomo, quel fondo, dunque, a partire dal quale anche "noi" avremmo potuto imboccare la strada che conduce all'umanità aliena che ci sta davanti nello scandalo iniziale dell'incontro etnografico. Il questo senso l'incontro etnografico costituisce l'occasione per il più radicale esame di coscienza che sia possibile all'uomo occidentale» (DE MARTINO E. 2002 [1977]: 390-391).

E altrove:

«Per una completa storicizzazione delle civiltà dei popoli illetterati noi dovremmo quindi poter riportare alla memoria proprio l'antichissima scelta culturale nella quale ci dividemmo imboccando cammini diversi, e dovremmo successivamente risalire il processo indipendente che ne è seguito, sino alla situazione attuale, etnograficamente osservabile [...]» (DE MARTINO E. 2000 [1975, 1958]: 11, nota 8).

Anche gli antropologi che hanno lavorato per superare i limiti dell'epidemiologia medica in vista di una "epidemiologia antropologica" propongono un analogo approccio.

«Il progetto comparativo transculturale non è possibile che a condizione di restituire in un primo tempo il senso originario che ogni cultura assegna all'amore, alla depressione e a ogni elemento della vita. Se non siamo autorizzati a imporre dall'esterno i nostri propri valori, categorie e idee, l'unica soluzione che ci rimane è di penetrare in una cultura specifica e render conto del punto di vista originale che questa cultura si fa dei fenomeni che ho appena indicato. L'impresa transculturale non può riposare in definitiva che sulla base di numerosi lavori intraculturali sistematici e completi.» (BIBEAU G. 1981: 42).

Per queste vie appaiono le diverse configurazioni di analoghi territori dove, per esempio, le separazioni tra individuo e gruppo, tra visibile e invisibile, tra i momenti della prevenzione, presa in carico, cura e terapia si articolano e si svolgono altrimenti, pur sempre nell'ambito di quel generico funzionamento delle culture di cui fanno parte, per esempio, i processi di attribuzione di senso, di ritualizzazione del disordine, di negoziazione e soluzione. Altrove ho dato degli esempi di questo modo di procedere nel campo dell'etnopsichiatria e dell'etnomedicina (per esempio, COPPO P. - FIORE B. - KONÉ N. 1990, COPPO P. 2003: 83-89).

La stessa sofferenza che in Occidente viene versata nello stampo "Disturbi Depressivi" viene accolta altrove in diversi repertori (insieme vie di attribuzione di senso e pratiche destinate a lavorarla), di cui quelli che seguono sono alcuni esempi.

1. Repertorio del lutto, del passaggio della morte.

Si tratta qui della dinamica della perdita, che sia di una persona amata, di un bene materiale, di un oggetto significativo, di un ideale dell'Io, di un ruolo, di una ideologia. Eventi di questo tipo, fortemente significativi, necessitano di un lavoro, il lavoro del lutto, per uscire dall'orizzonte occluso della perdita e riavviare dinamiche vitali. Tra le altre caratteristiche proprie a ogni cultura, vi è anche il tipo di collocazione che essa riserva alla caducità e alla morte: in alcuni casi questi limiti, impliciti nell'esistenza umana, vengono per quanto possibile nascosti e rimossi; in altri vengono apertamente lavorati e accompagnano passo per passo la parabola dell'esistenza. Ciò potrebbe significare che alcune culture sono più indifese, più esposte alle conseguenze patologiche del trauma della perdita di quanto lo siano altre, nelle quali dispositivi di prevenzione e, si potrebbe dire, di "cura omeopatica" (attraverso l'esposizione periodica a perdite e lutti ritualizzati e simbolici, e attraverso la partecipazione comunitaria a lutti e perdite subiti da altri dello stesso gruppo) rafforzano la capacità di integrare queste esperienze critiche senza eccessivi squilibri (soprattutto, senza crisi troppo protratte nel tempo). Molte sono le osservazioni da parte di antropologi ed etnopsichiatri, di come specifiche culture lavorano la caducità e la morte. Ernesto de Martino, per esempio, ha sottolineato l'importanza di questo lavoro contro il rischio che la perdita della persona cara trascini con sé la possibile perdita del soggetto immerso nel lutto.

«Il rischio di non poter oltrepassare tale situazione, di restare fissati e polarizzati in essa, senza orizzonti di scelta culturale e prigionieri di immagini parassitarie costituisce la seconda decisiva morte che l'evento luttuoso può trascinarsi dietro; perciò nella morte della persona cara siamo perentoriamente chiamati a farci procuratori di morte di quella stessa morte, sia destinando a una nuova riplasmazione formale la somma di affetti, di comportamenti, di gratitudini, di speranze e di certezze che l'estinto mobilità in noi finché fu in vita, sia facendo nostra e continuando e accrescendo nell'opera nostra la tradizione di valori che l'estinto rappresenta. [...] La fatica di "far passare" la persona cara che è passata in senso naturale, cioè senza il nostro sforzo culturale, costituisce appunto quel vario dinamismo di affetti e pensieri che va sotto il nome di cordoglio o di lutto [...]» (DE MARTINO E. 2000 [1975, 1958]: 8-9).

Che un simile travaglio vada o meno a buon fine proteggendo il soggetto da quella "crisi della presenza" che può inaugurare l'esperienza psicopatologica sembrerebbe allora non dipendere *soltanto* dalle caratteristiche endopsicologiche o biografiche della persona (caratteristiche enfatizzate, per esempio da Freud e poi dal movimento psicanalitico) ma soprattutto dalle caratteristiche del contesto culturale e dalla presenza di

dispositivi simbolico-rituali attivabili a questo scopo. Ben diversa è per esempio l'esperienza della perdita e della morte là dove esse si configurano come un arresto drammatico nello svolgersi dell'esistenza dell'individuo lungo la traiettoria di un tempo lineare e irreversibile, da contesti dove invece esse si collocano in un disegno sovraindividuale e in un tempo reversibile e ciclico. Altrove, la morte può essere:

«[...] evento di continuità per la vita del gruppo, assunta paradossalmente come necessaria alla riproduzione della vita e dei ruoli, come occasione di incontro e di scambio (di rinnovata alleanza) tra villaggi vicini. La morte riconosciuta come limite ineluttabile, e per ciò stesso oggetto di una complessa strategia simbolica che – sottraendola alla violenza dell'assurdo individuale – la restituisce nella forma di evento sempre collettivo a una comunità che, dei suoi morti, raccoglie l'eredità, i *segni*, non già nella memoria nostalgica dei singoli quanto *nel corpo stesso* dei suoi figli, nel lignaggio.» (BENEDUCE R. 1995: 9).

Si tratta dunque da un lato di sottolineare come altrove

«[...] l'evento della morte e della separazione [...] sia] assunto dalla cultura e costantemente governato all'interno di strategie simboliche costituenti nel loro insieme una sorta di vera e propria prevenzione della depressione conseguente alla separazione e alla perdita, dall'altro [di] alludere al fatto che questo è possibile nella misura in cui il sentimento di appartenenza al gruppo, al suo sistema di regole, conserva un valore quasi ontologico in molte di queste culture.» (BENEDUCE R. 1995: 19).

La centralità della morte e del lutto, e l'ambivalenza che segna per chi resta la scomparsa dell'altro, erano già state sottolineate per alcune culture africane, per esempio, da Henri Collomb:

«Numerosi quadri psicopatologici incontrati in molte società africane sia tradizionali che nel corso di significativi cambiamenti, possono essere accomunati da un comune denominatore rappresentato dalla morte: la morte quale desiderio inconfessato e inconfessabile e, qui, quale elemento in grado di strutturare nella vittima una sindrome caratterizzata soprattutto da disturbi della relazione. [...] la morte, e il desiderio di far morire l'altro, appaiono come il movente inconscio, mobilizzano attitudini individuali e collettive, orientano i comportamenti, creano i sintomi.» (COLLOMB H. 1975 [1974]: 137-146).

L'effetto della perdita o della mancanza, eventualmente associate, come abbiamo visto, a esperienze di umiliazione e di intrappolamento, possono senza dubbio indurre quella "crisi della presenza" che apre la strada ai diversi registri dell'esperienza psicopatologica.

«Il dispiegarsi delle forze naturali ciecamente distruttive, la morte fisica della persona cara, le malattie mortali, le fasi dello sviluppo sessuale, la fame insaziata come prospettiva, racchiudono – in date circostanze – l'esperienza acuta del conflitto tra la perentorietà di un "dover fare qualche cosa"

e il funesto patire del “non c’è nulla da fare”, da intendersi non già come rassegnazione morale (nel qual caso sarebbe una forza) ma come crollo esistenziale. Anche determinate esperienze della vita associata, nella misura in cui riproducono il modello naturale della forza spietata che schiaccia, aprono il varco alla possibilità della crisi: si pensi al rapporto dello schiavo rispetto al padrone, o del prigioniero rispetto al nemico che dispone della sua vita, o anche a determinate esperienze-limite di sentirsi travolto da forze economiche o politiche operanti senza e contro di noi con la stessa estraneità e inesorabilità delle forze cieche della natura. In punti nodali e in momenti critici come questi si annida la possibilità della crisi radicale e può manifestarsi quella funesta miseria esistenziale per cui ciò che passa ci trascina nel nulla ancor prima che la morte fisica ci raggiunga: ed è quella miseria una catastrofe molto maggiore di questa morte.» (DE MARTINO E. 2000 [1975, 1958]: 21-22).

Per esplorare questo repertorio, grande interesse rivestono le descrizioni etnografiche dei miti, riti, dispositivi e procedure che in ogni cultura accompagnano la morte e, più in generale, le perdite significative per l’individualità e il gruppo.

Tali dispositivi e procedure non si limitano però al periodo che segue immediatamente il decesso del congiunto, ma si svolgono secondo un calendario di azioni destinate ad accompagnare il transito del defunto fino alla sua ultima dimora (si tratta di quella «[...] fase intermedia del cadavere vivente, durante la quale il morto si avvia a morire definitivamente e a raggiungere il suo regno [...]» [DE MARTINO E. 2000 [1975, 1958]: 192], fase sostenuta e determinata dal lavoro del cordoglio). In Ghana, per esempio, alla morte di un coniuge l’altro è posto dal gruppo in una condizione transitoria di afflizione attraverso cerimonie specifiche. L’assunzione del lutto è aperta da un breve periodo di reclusione (quattro giorni) e dalla completa rasatura del capo (DE SURGY A. 1995 [1989]: 153-154). Poi, il lavoro collettivo del lutto riprende a due-tre mesi di distanza dal decesso (proprio il momento in cui maggiore è il rischio di autonomizzazione del cordoglio e di esordio del fenomeno psicopatologico depressivo). In un altro contesto, ma sempre africano, è stata descritta una pratica rituale collettiva ricca di riferimenti mitologici e di azioni simboliche destinata a proteggere una madre, che aveva perduto i figli gemelli, dall’insorgenza di un lutto patologico (AHYI R. G. 1995 [1979]).

L’esperienza che può aprire la via della malattia non riguarda solo la morte di una persona cara, ma anche la perdita di beni materiali, immagini dell’Io, oggetti significativi, ideali condivisi. Alcune culture sembrano lavorare l’attaccamento alle forme, alla loro permanenza, quasi a scopo preventivo e seguendo un loro proprio ideale di salute. G. Obeyesekere, per esempio, descrive nello Sri Lanka uno speciale rito, *sil*, tradizionalmente

riservato ai vecchi come rito di passaggio tra maturità e vecchiaia. Si tratta di un periodo di ritiro in luoghi appositi e in periodi dell'anno determinati, dove collettivamente si medita sulla degenerazione del corpo, sulla sua caducità, così come sulla caducità di tutte le cose (OBEYESEKERE G. 1985). Giustamente, poi, G. Pasqualotto sottolinea come, per analizzare forme e modi della melanconia e della depressione in Oriente, occorra andare all'origine di come l'esperienza dell'Io e quella del tempo vengono elaborate e vissute in quelle culture (PASQUALOTTO G. 2001: 107).

Infine, un caso osservato da Michel Tousignant in Ecuador riporta alla fatica, al lavoro di «far passare i morti» cui, nelle precedenti citazioni, alludeva Ernesto de Martino.

«Un giovane uomo muore il 5 luglio 1981 e lascia la sua promessa sposa nel lutto più profondo. La ragazza resta sola a vegliarlo nelle ultime ore della notte. È molto tormentata e vede il cadavere alzarsi e di nuovo sdraiarsi. Dopo il seppellimento, va a portare offerte di cibo sulla tomba del defunto. In quel momento ha la visione sconvolgente del suo fidanzato che viene a mangiare in tutta fretta; ma il cibo passa per un buco nella gola e ricade a terra. Cerca allora di accendere delle candele senza riuscirci. La comunità meticcica alla quale appartiene, informata di questi strani fatti, decide di ricorrere a una cerimonia. Dopo aver vestito la ragazza con un vestito rosso che simboleggia la gioia (in opposizione al nero che è associato al lutto), la si porta sulla cresta di una montagna che dà su una grande vallata. Una volta lì, le si ordina di gridare con tutte le sue forze all'anima dello scomparso le seguenti parole: "Addio! Non ti rivedrò più. Addio! Mi separo per sempre da te. Appartengo a questa vita. Tu ormai appartieni all'altra."» (TOUSIGNANT M. 1983: 75).

Mi preme sottolineare qui come le procedure preventive o terapeutiche in atto in altre culture siano sempre collettive e comportino delle operazioni (prescrizioni) concrete con effetti sull'assetto psicologico-cognitivo e/o relazionale delle persone; e non il contrario (procedure endopsicologiche o rivolte alla fisiologia intra-individuale per generare ricadute sugli assetti relazionali e sulle dimensioni collettive).

2. Repertorio del vuoto, dell'effrazione, della perdita dell'anima

Questo repertorio ha a che fare con lo svuotamento, la perdita o il furto della propria "anima", perdita che può avvenire per trauma o effrazione, non accudimento o disattenzione.

Tra i vari pericoli che, secondo concezioni antropo-cosmologiche di altre culture, la sostanza vitale racchiusa nel nucleo della persona può correre, c'è quello di smarrirsi, perdersi, o venire catturata e legata in modo che poi non possa rientrare nel corpo. La persona appare allora disanimata,

come dissanguata; e il suo stato può andare dall'indisposizione, tristezza, debolezza, inerzia passeggera fino alla consunzione e alla morte; la persona può apparire triste, inerte, depressa senza che sia possibile in alcun modo interessarla alle attività quotidiane e ai progetti futuri. L'incontro, per esempio, con un dispositivo di possessione può rianimarla, mettendola in contatto diretto con l'invisibile, col divino. Oppure, se è un operatore del male ("stregone") ad aver aperto un passaggio nell'involucro che chiude la persona proteggendone il nucleo vitale e le ha sottratto l'anima, allora sarà lo sciamano o il guaritore a operare per recuperarla e farla tornare nel suo involucro. Infine, uno spavento subitaneo può far volar via l'anima, lasciando la persona confusa e inerte. Anche in questi casi, sono gli "esperti dell'invisibile", come i guaritori tradizionali, ad attivare i dispositivi destinati a "rianimare" la persona. In questo modo vengono comprese, e trattate di conseguenza, situazioni che in contesti occidentali potrebbero evolvere come disturbi depressivi.

Alcuni Autori hanno per esempio segnalato "l'aria di famiglia" tra possessione e depressione.

«Lo stato di possessione indica nella cultura irigwe la forma e il nome con i quali vengono riconosciuti conflitti e disturbi che, in accordo ai canoni della psichiatria occidentale, potremmo definire come di tipo prevalentemente depressivo, la cui comparsa e la cui evoluzione sono fortemente suggestive di uno stretto rapporto tra ripetute separazioni, fragilità dello status sociale della donna e stress psicologico. Ci sembra importante sottolineare come in questo caso i disturbi interpretati da un punto di vista emico come segno della presenza di demoni evochino, sotto il profilo clinico, una condizione depressiva. Quest'aria di famiglia tra possessione e depressione (già rilevata nei secoli passati: BENEDEUCE R. 2000) frantuma però l'ordine nosografico suggerito dalla psichiatria statunitense con la categoria di *Trance and Possession Disorder*, che invita a pensare piuttosto a un disturbo dissociativo dell'identità.» (BENEDEUCE R. 2002: 218).

Questa somiglianza si nota, per esempio, nella descrizione che Ernesto de Martino fa del tarantismo; in quel caso, donne che mostravano inerzia e inedia venivano "scazzicate" dal rito e in particolare dalla musica, fino a lanciarsi nella danza di possessione, dove la subitanea agitazione psicomotoria veniva piegata nel ritmo della musica e nelle figure della danza. Ma infinite sono le storie di questo tipo: da quella che racconta come la figlia del Profeta Maometto, malata di una tristezza che resisteva a ogni possibile rimedio, esce dal suo stato di prostrazione ridendo per la danza di Bilal, il capostipite della confraternita Gnawa, attiva in tutto il Marocco (ma confraternite simili sono presenti in tutto il Magreb) come mediatrice, anche attraverso cerimonie di possessione, tra il mondo invisibile e quello degli umani. Molte cerimonie legate ai culti di possessione

comportano la messa a morte dell'afflitto e la sua rinascita sotto il segno del dio che lo ha salvato (per esempio, lo Ndoëp senegalese). Il culto del Bitwi in Gabon prevede che il postulante si avvicini al regno dei morti (grazie anche all'intossicazione da Iboga), e ritorni con le consegne che questi, o le entità invisibili che li accompagnano, gli hanno trasmesso. In tutti questi casi, l'eventuale risoluzione della sofferenza si accompagna a una nuova, e spesso definitiva, affiliazione.

Molti sono i disturbi che possono essere compresi dalla teoria del trauma e dell'effrazione (NATHAN T. 1990 [1986], COPPO P. 2003: 237-238). Prendono, nelle varie lingue, nomi diversi: *susto* in spagnolo, *demostiltic* in náhuatl, *shiwel* in tzeltal, *kíndi-kindù marà boli* in donno so (Mali). In ogni caso la risposta mira a far rientrare l'anima persa; e in questi casi, così come in quelli in cui l'anima è stata rapita e trattenuta, ci si rivolge a un esperto che, se possibile e spesso entrando nel particolare stato della transe, provvede al recupero dell'anima e alla richiusura dell'involucro.

3. *Repertorio del non-vissuto*

Anche il non vivere la propria vocazione, il proprio destino, può indurre una patologia dell'anima che presenta, almeno ai suoi inizi, una fenomenologia simile a quella della depressione. Si può trattare del non riconoscimento della propria vocazione o della reincarnazione di cui si è portatori. Per esempio, in Mali può capitare che una donna dogon si ammali di "follia fresca", e cioè abbandoni le sue mansioni quotidiane, non si interessi più dei propri figli e della casa, non desideri più partecipare ai mercati e passi la sua giornata in tristezza e ritirata in solitudine. Se non si tratta del risultato di un disaccordo familiare, soprattutto tra lei e il marito, allora il problema può essere legato al non riconoscimento, da parte della donna stessa e della sua famiglia dello spirito di un antenato, magari uno spirito "difficile", reincarnatosi in lei (osservazione personale). In questo caso, si può porre rimedio avviando il paziente a opportuni riti e procedure di conciliazione e risarcimento. In altri casi, a non essere riconosciuta è la vocazione terapeutica (COPPO P. 2003: 180-182), oppure il proprio stretto legame (a volte trasmesso transgenerazionalmente) con una determinata entità invisibile. Allora, assumersi il carico della propria vocazione o entrare in una confraternita e farsi "cavallo dello spirito" cui si è connessi può costituire una via di risoluzione dei sintomi.

Conclusioni

Credo dunque che ci siano fondati motivi per dare credito all'ipotesi che la depressione, così come descritta nelle nosografie psichiatriche e come può essere rilevata dagli strumenti epidemiologici principali, sia effettivamente una *culture bound syndrome* dell'Occidente. Lo è perché a partire da un fondo comune e genericamente umano («[...] quel fondo universalmente umano in cui il “proprio” e l’“alieno” sono sorpresi come due possibilità storiche di essere uomo [...]» di cui parla Ernesto de Martino) si è modellata una storia specifica, iniziata nel '700 in Inghilterra contemporaneamente alle grandi trasformazioni portate dalla rivoluzione industriale (COPPO P. 1998: 54-68), dove si intrecciano i principali elementi che costituiscono la cultura occidentale: religiosi (PEWZNER APELOIG E. 2000 [1992]), socio-economici (MURPHY H. B. M. 1982: 115-120), pedagogici (ARIES P. 1973), xantropo-poietici (per esempio, LIPOVETSKY 1995 [1983], ANDERS G. 1992 [1980], PEZZELLA M. 1996). Nelle odierne società occidentali, e sempre più in quelle che erano società comunitarie ma che sono oggi sottoposte a drammatiche pressioni acculturative e deculturative, sono presenti forze (i “fattori di rischio” e l'effetto promozionale derivante dalla disponibilità di farmaci e dalle modalità della loro scoperta: PIGNARRE P. 2000) che spiegano ampiamente l'inedita diffusione dei disturbi depressivi. La generalizzazione di situazioni di inibizione dell'azione, di isolamento sociale, di sintonizzazione col tempo lineare della produzione e del consumo, di competitività interindividuale e responsabilità individuale può certamente rendere conto dell'aumento quantitativo in Occidente di quella sofferenza genericamente umana che poi la funzione patoplastica della cultura mette in forma consegnandola in questo caso al trattamento medico e/o psicologico. Altrove, come abbiamo visto, le cose possono andare diversamente: in società comunitarie che dispongono di dispositivi collettivi di prevenzione, negoziazione e cura questo tipo di sofferenza si genera meno frequentemente e, quando si generi, conosce altre vie e altri esiti.

Se le cose stanno così, la categoria nosografica della psichiatria “Disturbi Depressivi” appare sotto un'altra luce e divengono evidenti le ragioni della prudenza che spinge i nosografi a non parlare di “malattie” ma di “disturbi” depressivi. Infatti, da questa prospettiva il sintomo depressivo appare solo come «[...] una storta di ordinatore diagnostico elementare, essenzialmente trans-nosografico, che può attraversare la serie eterogenea e instabile delle costellazioni sintomatiche» (CARDAMONE G. - INGLESE S. 1995: 12); il farmaco antidepressivo trova il suo posto non tra gli eziologici, ma tra i sintomatici; e i “Disturbi Depressivi” appaiono come sindromi facilitate da

una particolare organizzazione socio-economica e messe in quella forma da una specifica cultura.

In situazioni sottoposte alle rapide trasformazioni portate dall'estendersi e approfondirsi del multiculturalismo, ci sarebbe allora da prestare tutta l'attenzione possibile alle dinamiche che determinano l'avvento, la modificazione, l'ibridazione e il tramonto dei diversi oggetti nosografici piuttosto che investire energie soltanto nel tentativo di scoprire "malattie" che abbiano una base naturale e universale.

Queste constatazioni sostengono e motivano un approccio clinico molto prudente quando si trattino situazioni affini ai repertori indicati. Porre una diagnosi medica ("depressione") e proporre un trattamento psicofarmacologico comporta l'estrazione del paziente dal suo gruppo naturale e la sua iscrizione nel registro del depressi, gruppo statistico e virtuale che ha certo un suo potere di affiliazione, ma meno salutare e forte di quello proprio ai gruppi naturali (per quanto utili siano i gruppi di auto-aiuto, sono certo meno efficaci nel produrre continuità culturale dei gruppi naturali). Il trattamento psichiatrico può dunque tradursi nell'induzione di un processo di acculturazione/deculturazione che proprio in questi casi potrebbe risultare nocivo, fragilizzando la persona e sfociando poi in una sua dipendenza dal modello medico e dalla sostanza chimica difficilmente risolvibile. In clinica etnopsichiatrica, e soprattutto in contesti alloculturali (ma non esclusivamente), il terapeuta dovrebbe prima di tutto esplorare almeno i repertori della relazione col regno della morte, della perdita dell'anima, quello del dominio del non-vissuto (che è anche, soprattutto nelle sovraffollate società modernizzate, quello dell'inibizione dell'azione). Il lavoro terapeutico può allora dispiegarsi in un ventaglio ampio di azioni e prescrizioni che abbiano lo scopo di rianimare, di costruire chiusure dell'involucro personale e protezioni di lunga durata, di concorrere alla costruzione di capitale e supporto sociale, di favorire *fresh start experience* (come, per esempio, riconciliazioni e messe in continuità), di disattivare dinamiche che introducono il vecchio nel nuovo (per esempio: ripetizione dei traumi, in particolare quelli dovuti a perdite e abbandoni subiti nell'infanzia), e in generale che mirino a controllare almeno i fattori di rischio identificati e a promuovere quelli di protezione, primo tra tutti, quando si tratti di migranti, quello della continuità culturale. In questo contesto, la prescrizione del farmaco (depurata dall'ideologia con la quale spesso viene somministrato, quella relativa alla sua azione eziologica) può essere indicato quando l'esperienza della sofferenza, per via della sua durata, abbia finito per *incorporarsi*, modificando la base organica (funzionale

e neurochimica) che regola i processi di inibizione e attivazione nell'organismo. Prescritto per il tempo strettamente necessario, può accelerare i tempi che consentono al terapeuta di farsi alleato del paziente nel costruire protezioni e resistenze ai fattori di rischio.

Forse, in questo modo, la sofferenza che la depressione mette in forma potrebbe essere restituita alla società sotto forma di un discorso che ha un suo senso, al tempo critico dell'esistente e propositivo, che la sua attuale medicalizzazione occulta e aliena.

Note

(*) Il testo che qui si presenta costituirà la relazione di apertura al Seminario della Organizzazione interdisciplinare sviluppo e salute [ORISS] "Depressione e malinconia. Sguardi sul passato e sul presente", Terricciola [provincia di Pisa], 1° novembre 2003. L'Autore ha in preparazione il volume *Le ragioni del dolore. Etnopsichiatria della depressione*, che uscirà prossimamente presso Bollati Boringhieri, Torino.

(1) Credo sia ancora possibile utilizzare questo termine per indicare un tipo di organizzazione sociale, fondato su una modalità di relazione tra umani e umani e l'ambiente in cui evolvono, originatosi in Europa nel '700 ed evolutosi nella modernità prima e nell'alta modernità poi subendo trasformazioni e adattamenti, fino a deterritorializzarsi e a proporsi come modello di sviluppo per l'intera specie.

(2) Si potrebbe dire, parafrasando G. DEVEREUX (1978 [1973]: 107), che è da quando ha iniziato a essere accessibile un punto di vista tendenzialmente metaculturale che la psichiatria può vedersi come un oggetto culturalmente specifico.

(3) Per tasso di prevalenza in epidemiologia si intende il numero dei malati di una determinata malattia in un arco di tempo definito sul numero totale dei soggetti esposti al rischio di ammalarsi in quell'arco di tempo appartenenti al campione considerato.

Bibliografia

AHYI René Gualbert (1995 [1979]), *Vittoria sulla morte. Riflessione sulla clinica del lutto in rapporto alla cerimonia dell'Hoxosùdidé (Benin)*, pp. 285-300, in BENEDEUCE Roberto - COLLIGNON René (curatori), *Il sorriso della volpe. Ideologie della morte, lutto e depressione in Africa*, Liguori, Napoli [ediz. orig. del saggio: *Victoire sur la mort. Reflexion sur la clinique du deuil à propos du Hoxosùdidé*, "Psychopathologie Africaine", vol. XV, n. 2, 1979, pp. 141-157].

ANDERS Günther (1992 [1980]), *L'uomo è antiquato, II: Sulla distruzione della vita nell'epoca della terza rivoluzione industriale*, Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig. del saggio: *Die Antiquiertheit des Menschen, II: Über die Zerstörung des Lebens im Zeitalter der dritten industriellen Revolution*, Beck, München, 1980].

ARIÈS Philippe (1973), *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Seuil, Paris.

BENEDEUCE Roberto (1995), *Figure della morte e della depressione nelle culture africane*, pp. 7-40, in BENEDEUCE Roberto - COLLIGNON René (curatori), *Il sorriso della volpe. Ideologie della morte, lutto e depressione in Africa*, Liguori, Napoli.

BENEDEUCE Roberto (2000), *Entre plusieurs mondes. Acteurs, itinéraires et discours de la possession en Afrique*, EHEES, Paris.

- BENEDUCE Roberto (2002), *Trance e possessione in Africa. Corpi, mimesi, storia*, Bollati Boringhieri, Torino.
- BENEDUCE Roberto - COLLIGNON René (curatori) (1995), *Il sorriso della volpe. Ideologie della morte, lutto e depressione in Africa*, Liguori, Napoli.
- BIBEAU Gilles (1995 [1981]), *Premesse per un'epidemiologia antropologica della depressione*, pp. 41-59, in BENEDUCE Roberto - COLLIGNON René (curatori) (1995), *Il sorriso della volpe. Ideologie della morte, lutto e depressione in Africa*, Liguori, Napoli [ediz. orig. del saggio: *Préalables à une épidémiologie anthropologique de la dépression*, "Psychopathologie Africaine", vol. XVII, n. 1-3, 1981, pp. 96-112].
- CARDAMONE G. - INGLESE S. (1995), *I disturbi depressivi in prospettiva transculturale. Studio preliminare su evidenze e questioni emergenti in letteratura*, "Fogli di Informazione", n. 165, 1995, pp. 9-15.
- CAROTHERS John Colin (1951), *Frontal lobe function and the Africans*, "Journal of Mental Science", n. 97, 1951, pp. 12-14.
- CAUGHY Margaret O'Brien - O'CAMPO Patricia J. - MUNTANER Carles (2003), *When being alone might be better: neighborhood poverty, social capital, and child mental health*, "Social Science & Medicine", n. 57, 2003, pp. 227-237.
- CAZANOVE François (1927), *Memento de psychiatrie coloniale africaine*, "Bulletin du Comité d'Etudes Historiques et Scientifiques de l'A.C.F.", n. 10, 1927, pp. 133-177.
- CHANDLER Michael J. - LALONDE Christopher (1998), *Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's first nations*, "Transcultural Psychiatry", vol. 35, n. 2, giugno 1998, pp. 191-219.
- COLLIGNON René (curatore) (1981), *Actes du Symposium régional "Psychiatrie et culture"*, "Psychopathologie Africaine", vol. XVII, n. 1-3, 1981, pp. 1-526.
- COLLOMB Henri (1995 [1977]), *La morte quale elemento strutturante delle sindromi psicosomatiche in Africa*, pp. 137-147, in BENEDUCE Roberto - COLLIGNON René (curatori), *Il sorriso della volpe. Ideologie della morte, lutto e depressione in Africa*, Liguori, Napoli [ediz. orig. del saggio: *La mort en tant qu'organisateur de syndromes psychosomatiques en Afrique*, "Psychopathologie Africaine", vol. XIII, n. 2, 1977, pp. 137-147].
- COLLOMB Henri - COLLIGNON René (1995 [1974]), pp. 61-113, *Il suicidio in Africa*, in BENEDUCE Roberto - COLLIGNON René (curatori), *Il sorriso della volpe. Ideologie della morte, lutto e depressione in Africa*, Liguori, Napoli [ediz. orig. del saggio: *Les conduites suicidaires en Afrique*, "Psychopathologie Africaine", vol. X, n. 1, 1974, pp. 55-113].
- COPPO Piero (1984), *Syndromes dépressifs et retard mental dans une communauté rurale africaine: enquête épidémiologique*, "Psychologie Médicale", vol. 16, n. 7, 1984, pp. 1273-1276.
- COPPO Piero (1998), *Passaggi. Elementi di critica dell'antropologia occidentale*, Colibri, Milano.
- COPPO Piero (2003), *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino.
- COPPO Piero - FIORE Barbara - KONÉ Nouhoun (1990), *Gámma, catégorie nosologique dogon*, pp. 173-191, in COPPO Piero - KEITA Arouna (curatori), *Médecine traditionnelle. Acteurs, itinéraires thérapeutiques*, Ed. E, Trieste.
- DECH Heike (curatore) (1996), *Depression*, pp. 187-355, in "Curare, Zeitschrift für Ethnomedizin/Journal for ethnomedicine", vol. 19, n. 2, 1996 (numero dedicato a *Depression*).
- DE MARTINO Ernesto (2000 [1975, 1958]), *Morte e pianto rituale. Dal lamento funebre antico al pianto di Maria*, Bollati Boringhieri, Torino.
- DE MARTINO Ernesto (2002 [1977]), *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Einaudi, Torino.
- DE SURGY Albert (1995 [1989]), *Il lutto del coniuge tra gli Eve (Togo)*, pp. 151-175, in BENEDUCE Roberto - COLLIGNON René (curatori), *Il sorriso della volpe. Ideologie della morte, lutto e depressione in Africa*, Liguori, Napoli [ediz. orig. del saggio: *Le deuil du conjoint en pays evhé*, "Systèmes de pensée en Afrique Noire", n. 9, 1989, pp. 105-133].
- DEVEREUX Georges (1978 [1973, 1965]), *La schizofrenia come psicosi etnica o la schizofrenia senza lacrime*, pp. 226-247, in Devereux Georges (1978 [1973]), *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando Armando, Roma [ediz. orig.: *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallinard, Paris, 1973 /ediz. orig. del saggio: *La schizophrénie, psychose ethnique ou la schizophrénie sans larmes*, 1965].

- DEVEREUX Georges (1978 [1973]), *L'etnopsichiatria come quadro di riferimento nella ricerca e nella pratica cliniche*, pp. 90-108, in DEVEREUX George (1978), *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando, Roma [ediz. orig.: *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, Paris, 1973].
- HANCK Charles - COLOMB Henri - BOUSSAT Michel (1976), *Dépressions masquées psychotiques ou masque noir de la dépression*, "Acta Psychiatrica Belgica", n. 76, 1976, pp. 26-45.
- HARRIS Tirril (2001), *Recent Developments in understanding the psychosocial aspects of depression*, "British Medical Bulletin", n. 57, 2001, pp. 17-32.
- HOBFOLL Stevan E. - JACKSON Anita - HOBFOLL Ivonne - PIERCE Charles A. - YOUNG Sara (2002), *The impact of communal-mastery versus self-mastery on emotional outcomes during stressful conditions: a prospective study of native American women*, "American Journal of Community Psychology", vol. 30, n. 6, dicembre 2002, pp. 853-871.
- HOVEY Joseph D. - MAGAÑA Cristina G. (2002), *Exploring the mental health of Mexican migrant farm workers in the Midwest: psychosocial distress and suggestions for prevention and treatment*, "The Journal of Psychology", vol. 136, n. 5, 2002, pp. 493-513.
- INGLESE Salvatore - PECCARISI Cesare (1997), *Psichiatria oltre frontiera. Viaggio intorno alle sindromi culturalmente ordinate*, UTET, Torino.
- KLEINMAN Arthur - GOOD Byron (1985), *Culture and depression. Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*, University of California Press, Berkeley.
- KOPP Maria S. - SKRABSKI Arpad - SZEDMAK Sándor (2000), *Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society*, "Social Science & Medicine", n. 51, 2000, pp. 1351-1361.
- KRAEPELIN Emil (1996 [1904]), *Psichiatria comparativa*, "I Fogli di ORISS. Organizzazione interdisciplinare sviluppo e salute", n. 6, 1996, pp. 193-198 [ediz. orig. del saggio: *Vergleichende Psychiatrie*, "Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie", anno XXVII, nuova serie, vol. XV, 1904, pp. 433-437].
- LAMBO Thomas A. (1956), *Neuropsychiatric observations in the western region of Nigeria*, "British Medical Journal", n. 2, 1956, pp. 1388-1394.
- LAMBO Thomas A. (1960), *Further neuropsychiatric observations in Nigeria*, "British Medical Journal", n. 2, 1960, pp. 1696-1701.
- LEFF Julian (1992 [1988]), *Psichiatria e culture*, a cura di A. ANCORA, Sonda Ed., Torino.
- LIPOVETSKY Gilles (1995 [1993]), *L'era del vuoto. Saggi sull'individualismo contemporaneo*, Luni Editrice, Milano [ediz. orig. del saggio: *L'ère du vide. Essais sur l'individualisme contemporain*, Gallimard, Paris, 1983].
- LOPEZ PIÑERO José M. (1983), *Historical origins of the concept of neurosis*, Cambridge University Press, Cambridge.
- MURPHY Henry B. M. (1982), *Comparative psychiatry. The international and intercultural distribution of mental illness*, Springer Verlag, New York.
- NATHAN Tobie (1990 [1986]), *La follia degli altri. Saggi di etnopsichiatria*, traduz. dal francese e cura di Mariella PANDOLFI, Ponte alle Grazie, Firenze [ediz. orig.: *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Dunod, Paris, 1986].
- NOH Samuel - KASPAR Violet (2003), *Perceived discrimination and depression: moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support*, "American Journal of Public Health", vol. 93, n. 2, 2003, pp. 232-236.
- OBEYESEKERE Gananath (1985), *Depression, buddhism, and the work of culture in Sri Lanka*, pp. 134-152, in KLEINMAN Arthur - GOOD Byron (1985), *Culture and depression. Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*, Univ. California Press, Berkeley.
- OH Yunjin - KOESKE Gary F. - SALES Esther (2002), *Acculturation, stress and depressive symptoms among Korean immigrants in the United States*, "The Journal of Social Psychology", vol. 142, n. 4, 2002, pp. 511-526.
- PASQUALOTTO Giangiorgio (2001), *Meditare l'impermanenza. Antidoti d'Oriente alla malinconia*, pp. 106-131, in GALZIGNA Mario (curatore), *Volti dell'identità. Le scienze psichiche, l'altro e lo straniero*, Marsilio, Venezia.

- PATEL Vikram - RODRIGUES M. - DE SOUZA N. (2002), *Gender, poverty, and postnatal depression: A study of mothers in Goa, India*, "The American Journal of Psychiatry", vol. 159, n. 1, 2002, pp. 43-47.
- PEWZNER - APELOIG Evelyne (2000 [1992]), *L'uomo e la sua colpa. Follia e colpa in Occidente*, Moretti & Vitali, Bergamo [ediz. orig.: *L'homme coupable. La folie et la faute en Occident*, Privat, Paris, 1992].
- PEZZELLA Mario (1996), *Narcisismo e società dello spettacolo*, Manifestolibri, Roma.
- PIGNARRE Philippe (2000), *Qu'est-ce qu'un psychotrope? Psychothérapeutes et prescripteurs face aux mystères de la dépression*, "Ethnopsy. Les mondes contemporains de la guérison", n. 2, 2000, pp. 241-292.
- PRINCE Raymond (1968), *The changing picture of depressive syndromes in Africa. Is it fact or diagnostic fashion?*, "Canadian Journal of African Studies", vol. 2, 1968, pp. 177-198.
- RAO A. Venkoba (2000), *Depression in Indian history*, "Journal of the Indian Medical Association", vol. 98, n. 5, 2000, pp. 219-223.
- SHORTER Edward (1993 [1992]), *Psicosomatica. Storia dei sintomi e delle patologie dall'Ottocento a oggi*, traduz. dall'inglese di Libero SOSIO, Feltrinelli, Milano [ediz. orig.: *From paralysis to fatigue. A history of psychosomatic illness in the modern era*, The Free Press. A division of Macmillan, New York, 1992].
- TOUSIGNANT Michel (1983), *La pena dans la sierra équatorienne: étude psycho-anthropologique de la tristesse*, "Culture", vol. 3, n. 1, 1983, pp. 67-77.
- WHITBECK Les B. - MC MORRIS Barbara J. - HOYT Dan R. - STUBBEN Jerry D. - LAFRAMBOISE Teresa (2002), *Perceived discrimination, traditional practices and depressive symptoms among American Indians in the Upper Midwest*, "Journal of Health and Social Behavior", n. 43, dicembre 2002, pp. 400-418.
- WILLIS Leigh A. - COOMBS David W. - COCKERHAM William C. - FRISON Sonia L. (2002), *Ready to die: a postmodern interpretation of the increase of African-American adolescent male suicide*, "Social Science & Medicine", n. 55, 2002, pp. 907-920.

Scheda sull'Autore

Piero Coppo, medico, neuropsichiatra, psicoterapeuta, ha lavorato e lavora in attività di cooperazione internazionale in Guatemala, Mali, Somalia e Somaliland. Si è occupato e si occupa in particolare di ricerche sui sistemi locali di cura e della loro articolazione con quelli medici, in tutti i campi ma in particolare in quello dei disturbi che la medicina definisce "psichici". Insegna Etnopsichiatria all'Università Ca' Foscari di Venezia e fa parte del Coordinamento Pedagogico del Master "Etnopsichiatria: pianificazione e interventi in ambito socioculturale e clinico" promosso dall'Università di Genova in collaborazione con ORISS e le Università di Marsiglia e Lovanio. Redattore della rivista "I Fogli di ORISS. Organizzazione interdisciplinare sviluppo e salute", è nel Comitato Direttivo di ORISS e della SIAM, di cui è anche vice-presidente.

Ha prodotto numerosi articoli su riviste italiane e straniere e alcuni libri: tra gli altri, *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria* (2003) e *Le ragioni del dolore. Etnopsichiatria della depressione* (in via di pubblicazione), entrambi per i tipi di Bollati Boringhieri, Torino.

Riassunto

Etnopsichiatria dei disturbi depressivi: un aggiornamento

È forse oggi possibile, a partire dai dati raccolti dalla psichiatria transculturale e dalle acquisizioni dell'antropologia medica e dell'etnopsichiatria, andare oltre l'annoso dibattito sull'universalità o meno dei disturbi depressivi. Ciò che è universale non è la categoria della psichiatria, che l'etnopsichiatria considera un sistema etnico tra gli altri, storicamente e culturalmente determinato; ma l'esperienza di una sofferenza *sine materia* che si versa di volta in volta, nei modi descritti dall'antropologia medica, nei contenitori nosografici messi a punto dalle diverse culture, per rendere la sofferenza e il disagio nominabili, negoziabili e lavorabili. Vedere le cose in questo modo consente di spostare l'accento da un dibattito volto solo a confermare la validità universale del sistema egemone di interpretazione e di cura, ai diversi effetti che i vari modi di pensare e trattare questa sofferenza hanno sulle esistenze dei pazienti e delle comunità di cui fanno parte. Inoltre, pensare che in alcuni gruppi umani il disturbo depressivo sia molto meno frequente o addirittura assente, consente di ricercare i fattori di protezione e rischio attivi nei vari contesti.

L'Autore, dopo aver ripercorso le principali tappe che hanno portato alla definizione della categoria "disturbi depressivi" e accennato ai modi in cui altre culture elaborano la stessa sofferenza, conclude con alcune indicazioni che si augura possano essere utili al clinico e a chi sia impegnato in attività di salute pubblica.

Résumé

Ethnopsychiatrie des troubles dépressifs: une mise à jour

Il est peut-être possible aujourd'hui, à partir des données colligées par la psychiatrie transculturelle et des avancées de l'anthropologie médicale et de l'ethnopsychiatrie, d'aller au-delà du débat séculaire sur l'universalité ou non des troubles dépressifs. Ce qui est universel, ce n'est pas la catégorie de la psychiatrie, que l'ethnopsychiatrie considère comme un système ethnique parmi les autres, déterminé au plan historique et culturel, mais l'expérience d'une souffrance *sine materia* qui se déverse tour à tour, selon les modes décrits par l'anthropologie médicale, dans les contenants nosographiques mis au point par les différentes cultures pour rendre la souffrance et le malaise nommables, négociables et "ouvrables". Voir les choses de cette manière permet de déplacer l'accent d'un débat ayant pour seul objet de confirmer la validité universelle du système dominant d'interprétation et de traitement, aux différents effets que les différents modes de penser et de traiter cette souffrance ont sur l'existence des patients et des communautés dont ils font partie. De plus, penser que dans certains groupes d'hommes, le trouble dépressif est bien moins fréquent, voire même absent, permet de rechercher les facteurs de protection et de risque actifs dans les divers contextes.

Après avoir retracé les principales étapes qui ont abouti à la définition de la catégorie des “troubles dépressifs” et fait allusion aux modes selon lesquels d’autres cultures élaborent cette souffrance, l’auteur conclut par quelques indications qu’il souhaite utiles au clinicien et à ceux qui sont investis dans des activités de santé publique.

Resumen

Etnopsiquiatría de los trastornos depresivos: puesta al día

Quizá hoy es posible, sobre la base de datos recogidos por la psiquiatría transcultural y los logros de la antropología médica y la etnopsiquiatría, ir más allá del antiguo debate sobre la universalidad o no de los trastornos depresivos. Lo que es universal no es la categoría de la psiquiatría, que la etnopsiquiatría considera un sistema étnico entre otros, histórica y culturalmente determinado; sino la experiencia de un sufrimiento *sine materia* que se vierte caso por caso, según las formas detalladas por la antropología médica, en los contenedores nosográficos puestos a punto por las diferentes culturas, para que al sufrimiento y el malestar se les pueda dar un nombre, pudiéndolos negociar y asumir. Ver las cosas desde este punto de vista permite pasar de un debate cuyo único objeto es confirmar la validez universal del sistema dominante de interpretación y de tratamiento, a los efectos que las diferentes maneras de pensar y abordar dicho sufrimiento tienen en las vidas de los pacientes y las comunidades de las que forman parte. Además, pensar que en algunos grupos humanos el trastorno depresivo es mucho menos frecuente o incluso ausente, permite buscar los factores de protección y riesgo que funcionan en los diferentes contextos.

El Autor, tras recorrer las etapas principales que han llevado a la definición de la categoría “trastornos depresivos” y mencionar las formas con las que otras culturas asumen el mismo sufrimiento, finaliza con algunas indicaciones que espera puedan ser útiles para el clínico y quien se ocupa de salud pública.

Abstract

The ethno-psychiatry of depressive disorders: an update

Using the information collected in the domain of trans-cultural psychiatry and the acquisitions of medical anthropology and ethno-psychiatry, it is perhaps now possible to get beyond the exasperating debate concerning the universality (or non-universality) of depressive disorders. It is not the class of psychiatry that is universal, this class which ethno-psychiatry views as just another ethnical system, culturally and historically determined; rather, the experience of *sine materia* pain and suffering which, from time

to time and in the manner described by medical anthropology, fills the nosographic containers devised by the different cultures in order to give suffering and distress a name and make them negotiable and workable. By adopting this point of view, the focus of the debate is shifted from attempting to prove the universal validity of a hegemonic system of interpretation and cure to the different effects that dissimilar ways of thinking and treating this suffering have on the lives of patients and of the communities to which they belong. In addition, to think that in some groups of human beings depression is much less frequent or even absent than in others opens the way to research diverse protection and risk factors in various circumstances.

After describing the main steps which lead to the definition of the class of “depressive disorders” and after mentioning the manner in which other cultures deal with the same suffering, the Author concludes by providing a number of indications which, he hopes, might be useful to clinical doctors working in the public health sector.