

Antropologi nel campo della salute mentale. Un programma finalizzato alla ricerca qualitativa

Gilles Bibeau

professore presso il Département d'anthropologie, Université de Montréal (Québec)

Introduzione

Ogni tentativo di tracciare una mappa dei vari ambiti teorici e metodologici in un campo così elusivo come l'antropologia, e di delineare i suoi più significativi possibili contributi alle attività di ricerca sulla salute mentale, non può non rimanere in qualche misura soggettivo. Per larga parte ciò dipende dall'idea che chi scrive ha dell'antropologia, dal suo personale riferirsi ad una particolare epistemologia e, soprattutto, dalla sua stessa esperienza come ricercatore nel campo della salute mentale. Certamente esistono dei modi per ridurre le distorsioni e sfuggire le omissioni, ed io ho in effetti beneficiato di contributi correttivi forniti da colleghi, ma il mio testo non è né un resoconto fotografico delle più rilevanti tendenze nell'antropologia medico-psichiatrica, né una rassegna dei differenti *topoi* e metodi di ricerca che vi sono utilizzati. Le mie valutazioni rimangono intenzionalmente soggettive e, volutamente, limiterò le mie considerazioni ad un gruppo di progetti di ricerca che mi sono più familiari. Li userò dunque come casi esemplari [*case studies*] utili ad illustrare le differenti direzioni in cui l'antropologia può essere utilizzata nelle ricerche sulla salute mentale.

Certo, prima di entrare nel cuore della questione, il lettore dovrebbe essere già introdotto all'antropologia, una disciplina che ha i suoi problemi specifici come qualsiasi altro campo di studio. Sarebbe infatti inutile provare ad offrire, in poche righe, gli elementi chiave che vengono opportunamente trattati nei corsi introduttivi di antropologia giacché, una tal forma di "somministrazione istantanea", finisce sempre per distorcere le cose. Penso perciò che la scelta migliore sia quella di riprendere due dei più stimolanti dibattiti in cui sono oggi impegnati gli antropologi. L'immagine pubblica della disciplina potrebbe soffrirne, ma i ricercatori che vogliono divenire più "antropologicamente-sensibili" trarranno vantaggio da questo excursus dietro il sipario.

Antropologia tra prossimità e distanza

In una sua lezione, Roger Keesing ammonì una volta i giovani antropologi sul fatto che «più ampliamo le nostre conoscenze, più difficile diviene ridurre complesse particolarità culturali in buchi su schede perforate» (KEESING R. 1976, comunicazione orale). In quei giorni stavamo ancora usando la prima generazione di programmi computerizzati per l'analisi qualitativa, ma l'avvertimento di Keesing continua a sfidare i giovani ricercatori che fanno il loro ingresso nell'antropologia medica in quest'era di tecnologia altamente sofisticata. Nei due decenni successivi all'ammonimento lanciato da Keesing, le discipline antropologiche, l'antropologia culturale in particolare, sono state attraversate da ciò che potrebbe essere descritto come una crisi o un mutamento di paradigma. Le correlazioni e le inferenze statistiche sembrano essere distanti dalle menti e dai cuori di molti nuovi etnografi influenzati da filosofi interpretativi ed ermeneutici, da semiologi post-strutturalisti di differenti tendenze e dai più recenti fautori della critica letteraria.

Il mio lavoro quotidiano, come supervisore di studenti che frequentano corsi post-laurea in antropologia, mi mostra di continuo quanto sia profondamente radicata nei giovani antropologi l'idea che la loro pratica professionale debba implicare maggiore impegno nei confronti delle persone che essi "studiano", più autenticità in ciò che scrivono su di esse, meno auto-illusioni e una minor distanza dall'esperienza vissuta. Guardando sugli scaffali delle librerie di molti di questi studenti, non ci si dovrebbe sorprendere nello scoprire numerosi romanzi e opere letterarie posti fianco a fianco con i classici dell'etnografia. Gli studenti introdotti recentemente alla disciplina sono stati portati ad esplorare la letteratura e il teatro da autori prestigiosi come Clifford Geertz, che definisce la cultura come "un assemblaggio di testi" e che trasforma perciò l'etnografia in un "esercizio di lettura". Una tale posizione riecheggia, in un linguaggio mascherato, il vecchio metodo dell'etnografia, che ha sempre combinato, paradossalmente, partecipazione e osservazione, prossimità e distanza.

I giovani antropologi aspirano alla scientificità della loro pratica, ma non vogliono eliminare l'etnografo come soggetto dalla loro etnografia; essi si battono ancora per l'attendibilità e per la validità dei resoconti antropologici, inserendoli però in una cornice interpretativa che non ne cancelli la pluralità di significati e che non riduca al silenzio nessuna delle molteplici voci. Tale posizione intermedia crea qualche incertezza riguardo al territorio coperto dall'etnografia: un territorio dai confini sfumati che tocca, paradossalmente, scienza e studi umanistici, oggettività e soggettività, descrizione fattuale ed interpretazione.

Gli antropologi di oggi provano disagio (talvolta ansietà) nel tentativo di bilanciare queste due visioni contrastanti della stessa unica realtà etnografica che essi cercano di comprendere. Molti di loro trovano rifugio in scuole di pensiero che criticano l'oggettivismo, spesso fanno appello a studiosi d'impostazione fenomenologica, le cui idee sull' "essere-nel-mondo" rinforzano l'enfasi data dagli antropologi di tendenza semiologica alla soggettività, all'esperienza e all'interpretazione. Altri preferiscono risolvere i propri problemi adottando il paradigma positivista che ha ancora un forte peso nell'antropologia generale. Queste due soluzioni estreme conducono a trappole e a strade senza uscita, con il rischio di trasfigurare l'intera impresa antropologica che dovrebbe invece incorporare elementi appartenenti ad entrambe le prospettive, oggettivista e soggettivista. L'antropologo finisce per stare sui confini e a cavallo - spesso senza afferrare alcunché con mano ferma - fra il mondo della scienza e quello delle discipline umanistiche.

Gli antropologi sociali e culturali non si sono mai posti risolutamente dalla parte del campo anti-positivista, anti-quantitativo. Molti di loro restano ancora fedeli ai dati relativi alla comunità raccolti per mezzo di inchieste, censimenti e registrazioni, cifre, misurazioni e statistiche che essi immagazzinano in banche dati ed analizzano con diversi tipi di programmi per l'analisi quantitativa. Tuttavia la maggioranza degli antropologi, in questi ultimi tempi, sembra avere unicamente affinato le proprie capacità d'interpretazione qualitativa, mutate dall'ermeneutica, dalla critica letteraria e dalle discipline umanistiche. In questa era di crescente fiducia nei computers, la raccolta d'informazioni, sia qualitativa che quantitativa, tende ad essere codificata e trasformata in *databases* che i tecnici dell'elaborazione (i grandi sacerdoti del tardo Ventesimo secolo) usano per valutare le correlazioni, per fare "tabulazioni incrociate", analisi fattoriali e *clusters analyses*, allo scopo di esprimere i risultati nel linguaggio scientifico dominante. Ma i *databases* sono anche visti dagli antropologi come testi che essi leggono nel modo in cui sono soliti leggere documenti e libri.

I testi su cui hanno lavorato e di cui hanno parlato ultimamente gli etnografi sono stati sempre più spesso discorsi, narrazioni, racconti e miti che rappresentano la parola vivente di coloro in mezzo ai quali l'etnografo aveva vissuto e lavorato. Sembra di avvertire una certa nostalgia per le conversazioni nella piazza del villaggio allorché gli antropologi considerano i *databases* come testi attraverso i quali è possibile ascoltare una eco della voce della gente. La metafora della cultura come testo finisce qui, con i *databases* - il folklore narrativo di questo fine secolo - ormai promossi allo *status* di testualità.

Da quanto detto sopra, molti potrebbero pensare che l'antropologia sia stata invasa dalla metafora testuale e che la maggior parte degli etnografi segua le

orme dei semiologi e degli ermeneuti postmoderni. Senza dubbio un nuovo *ethos* intellettuale è penetrato nel mondo antropologico, nelle discipline umanistiche e nelle scienze sociali in generale, e nessuna disciplina sembra ormai sfuggire alla svolta ermeneutica degli anni Ottanta. Gianni Vattimo ha delineato il mutamento in corso in termini espliciti: «Come in decenni passati c'è stata una egemonia del marxismo (negli anni Cinquanta e Sessanta) e dello strutturalismo (negli anni Settanta, procedendo per grandi schemi), così oggi, se c'è un idioma comune della filosofia e della cultura, esso va individuato nell'ermeneutica» (VATTIMO G. 1987: 3).

Ma questa nuova atmosfera intellettuale non ha portato ad una totale rimozione degli approcci critici, ispirati al marxismo, ancora presenti in antropologia e, soprattutto, in antropologia medica. Gli antropologi medici critici sono ben consapevoli dell'importanza delle forze macro-sociologiche che incidono sull'ordinamento semiotico della realtà, dell'impatto del contesto storico sui valori culturali, e dei modi in cui le strutture di potere e di controllo costituiscono il terreno su cui si articola la vita quotidiana delle persone. Studi sugli elementi contestuali, storici e pragmatici, implicati nella genesi e nella distribuzione dei problemi sanitari sono ampiamente riscontrabili nell'antropologia medica contemporanea, ma molti ricercatori non riescono ad individuare adeguatamente le categorie mediatrici che interconnettono il contesto macro-sociale con i codici culturali e con i concreti comportamenti degli individui. L'antropologia medica critica manca drammaticamente di un riferimento ad un quadro concettuale comprensivo che superi il divario tra i differenti livelli della realtà. Se si eccettua il breve periodo di egemonia del pensiero neo-marxista nelle scienze sociali europee, l'antropologia non è mai stata, né ieri né oggi, nella condizione di fornire in merito un esplicito quadro di riferimento comprensivo. Ma l'accento che i ricercatori pongono sul contesto e sulla storia funge perlomeno da contrappeso ai più statici approcci semiologici.

L'autorità etnografica: voci dall'interno e dall'esterno

Ciascuno si attende dai libri degli etnografi l'esperienza di un incontro con l'alterità fondato sul rifiuto di ridurre la differenza in identità. I viaggi attraverso province intellettuali e le visite ad altre famiglie culturali, vicine o lontane, sono professionalmente connaturate all'antropologia più che ad altre discipline. Per mestiere, l'etnografo opera continuamente un decentramento del ricorrente discorso etnocentrico della scienza occidentale. Tale discorso viene riposizionato dalla diretta esperienza di un incontro con

modi estranei di pensare, sentire, comportarsi, per mezzo della condivisione pratica della vita quotidiana in altri contesti, che l'etnografo traduce in concetti ed interpretazioni teoreticamente accessibili *agli* (e accettabili *dagli*) Occidentali così come per gli Asiatici, gli Africani o i Latino Americani. L'etnografia non può esser limitata soltanto all'esperienza pratica dello spostarsi in un "altrove". Essa consiste ugualmente nel processo che rende intelligibile l'alterità grazie al disvelamento della sua validità universale. Tale disvelamento viene mediato necessariamente da metodi, concetti e teorie sviluppati dall'antropologia generale e dalle differenti scuole di pensiero connesse alle varie tradizioni intellettuali nazionali.

Interpretazione e traduzione dell'alterità non stanno a significare l'abbandono da parte dell'etnografo della propria comunità di pensiero e di linguaggio, e la sospensione della questione della verità, superiorità o universalità dei propri presupposti, rappresentando l'alterità soltanto nei suoi termini indigeni e locali. Se l'altro è un fenomeno per l'antropologo, l'antropologo è ugualmente un fenomeno per l'altro, ma nessuno dei due deve rinunciare al ruolo di soggetto e limitarsi ad essere un mero oggetto per il partner. Gli antropologi pensano comunemente che la condivisione e il dialogo possono fornire la cornice adeguata per una interpretazione e una traduzione valide dell'altro, del suo linguaggio e della sua cultura, nel linguaggio e nella cultura (e identità) di chi ne propone l'interpretazione. Un tale lavoro di traduzione può essere piuttosto facile quando un antropologo lavora in una società la cui cultura è molto simile alla propria, ma la fiducia nel dialogo può risultare insufficiente nel caso di antropologi coinvolti in incontri con culture distanti.

L'approccio fondato sul dialogo dimentica generalmente le tragiche dimensioni dell'incontro etnografico. Le due culture alle quali appartengono rispettivamente l'antropologo e l'altro non sono soltanto diverse: esse sono anche, in molti casi, ostili. L'etnografo, chiunque egli sia, un americano, un indiano o un cinese, nella maggioranza dei casi rappresenta una società che, direttamente o indirettamente, mina e distrugge proprio le società che egli cerca di comprendere. Nessun tipo di empatia individuale, anche la più sensibile, può annullare questa posizione egemonica e produrre un dialogo egualitario e bilanciato. Il processo di decolonizzazione degli anni Sessanta ha drammaticamente posto in primo piano, nel dibattito intellettuale europeo, gli elementi di violenza e di egemonia che hanno caratterizzato le relazioni instaurate dall'Europa con i paesi coloniali; nessuno ha peraltro descritto la "mentalità coloniale" più accuratamente dello psichiatra Frantz Fanon (FANON F. 1961 [1962]). Dibattiti di tale natura, concernenti l'utilizzazione delle scienze nordamericane, e della stessa antropologia, a fini di

dominio, sono stati a lungo rimossi negli Stati Uniti, dove la legittimità delle relazioni di dominio con altri paesi è stata infine messa in discussione, tra la fine degli anni Sessanta e i primi anni Settanta, soprattutto in relazione alla guerra del Vietnam.

Due antropologi americani hanno recentemente richiamato questo vecchio dibattito, riattualizzandolo in riferimento al problema della validità del discorso etnografico contemporaneo. «Cominciai» scrive Clifford «a vedere tali questioni come sintomi di una diffusa crisi postcoloniale dell'autorità etnografica. Se la crisi ha colpito con maggior forza i discorsi occidentali in precedenza egemoni, i problemi che essa solleva sono di portata planetaria. Chi ha l'autorità di parlare in nome di una identità o un'autenticità di una cultura?» (CLIFFORD J. 1993 [1988]: 20). Clifford ricorda agli antropologi come molti di loro siano ancora cittadini di stati egemoni e come non sia anacronistico porre in discussione i fondamenti della loro autorità nel continuare a parlare in nome di altri. Egli formula peraltro in termini adeguati il problema dell'appropriazione di una cultura da parte di stranieri.

Un altro antropologo americano, Clifford Geertz, ha riaffermato in nuovi termini il problema del contesto politico in cui si svolge il lavoro antropologico. In un testo recente, egli inquadra il problema dell'autorità etnografica contemporanea contrapponendo i due aspetti del lavoro e della vita dell'antropologo: l' "essere là" del campo e l' "essere qui" della scrittura etnografica. Geertz scrive in proposito:

«La fine del colonialismo ha profondamente alterato la natura della relazione sociale fra coloro che intervistano ed osservano e coloro che vengono intervistati ed osservati [...] Nello stesso momento in cui la decolonizzazione scuoteva i fondamenti morali dell'etnografia sul versante dell'essere là, i suoi fondamenti epistemologici sull'altro versante, quello dell'essere qui, sono stati scossi [...] Nel prossimo periodo potremo assistere al rinnovamento delle energie discorsive dell'antropologia oppure alla loro dissipazione [...] tutto dipende dal fatto che la ricerca sul campo (o, più esattamente, i suoi sedicenti professionisti) riesca ad adattarsi alla nuova situazione, nella quale i suoi obiettivi, la sua pertinenza, le sue ragioni e i suoi procedimenti sono rimessi interamente in discussione. [...] Senza dubbio, attribuire tanta importanza agli aspetti letterari della vocazione antropologica comporta dei rischi.» (GEERTZ C., SOLINAS P.G. cur. 1990 [1988]: 141, 144, 148, 151).

Specificamente, l'ingresso degli intellettuali "decolonizzati" nella vita accademica internazionale e, più in generale, il nuovo assetto geo-politico mondiale, creano un contesto radicalmente nuovo per qualsiasi discussione in merito all' "autorevolezza" dello scrittore e, in generale, in merito ai contenuti e allo stile di ciò che l'antropologo scrive riguardo ad altre culture.

Esperti locali e "voci dall'interno" parlano con forza crescente in nome delle

culture a cui appartengono. Il lavoro di Edward Said (SAID E. 1978 [1991]), originario della Palestina, centrato sulla critica del discorso occidentale a proposito dell' "Oriente", ha molto disturbato un gran numero di scienziati sociali "tranquillamente sistemati". Mudimbe, uno Zairese che lavora negli Stati Uniti, ha avanzato un'analoga profonda critica del "discorso degli africanisti". Mudimbe mette in rilievo il fatto che: «gli interpreti occidentali, così come gli analisti africani, hanno a lungo usato categorie e sistemi concettuali che dipendono da un ordine epistemologico occidentale» (MUDIMBE V.Y. 1988: X). Ma Mudimbe, come Said, non può sfuggire alla trappola. Entrambi criticano l'Orientalismo e l'Africanismo usando categorie sviluppate da intellettuali occidentali: Mudimbe facendo grande affidamento su Foucault e sui pensatori francesi, Said puntando più su una combinazione di autori anglosassoni delle correnti interpretativa e critica. Questi due brillanti autori stanno in bilico tra due mondi intellettuali che dominano con grande maestria, ma affinché venga compresa la loro critica dei discorsi occidentali essi non hanno altra scelta che sfidare gli Africanisti e gli Orientalisti sul loro stesso terreno, parlando il loro linguaggio, usando i loro concetti. Fino a che punto essi avrebbero potuto criticare il sapere accademico occidentale servendosi dei sistemi endogeni di pensiero e delle tradizioni storiche dei loro paesi? Entrambi si sono riferiti alle configurazioni intellettuali prevalenti, non perché essi fossero fortemente occidentalizzati, o perché rifiutassero di africanizzare e orientalizzare la loro critica nei termini della propria cultura nativa, né perché le *Weltanschauungen* non-occidentali fossero intraducibili in concetti e teorie comprensibili dagli occidentali. Mudimbe spiega chiaramente perché ha usato il quadro epistemologico occidentale nella sua critica all'Africanismo: «la mia convinzione è che, finora, sia i modi in cui le *Weltanschauungen* africane sono state valutate, sia i mezzi usati per spiegarle, risalgono a teorie e a metodi i cui vincoli, regole e sistemi di operazioni, presuppongono un *locus* epistemologico non-africano» (MUDIMBE V.Y. 1988: X). In altre parole Mudimbe dichiara che il luogo del controllo intellettuale risiede fuori dell'Africa.

Due conclusioni emergono da questa breve discussione sull'autorità etnografica nelle sue relazioni con gli "altri". In primo luogo, è ormai divenuto evidente come tutti gli autori siano costretti ad esprimere le proprie idee entro il paradigma occidentale, anche quando si tratta di autori non-occidentali che criticano la produzione intellettuale occidentale. In secondo luogo abbiamo anche rilevato, tuttavia, come gli esponenti non-occidentali delle scienze sociali e delle discipline umanistiche abbiano radicalizzato la critica dell'attuale "discorso sull'alterità" e la differenziazione interna a tale discorso. Una differenziazione che in gran parte è conseguenza delle divi-

sioni storiche e nazionali. Questo tipo di critica probabilmente aiuterà a sensibilizzare gli intellettuali alla diversità delle configurazioni culturali nazionali entro il mondo accademico e alle radici storiche delle proprie tradizioni intellettuali.

Epidemiologia psichiatrica e antropologia: conflitto e cooperazione

L'epidemiologia psichiatrica contemporanea sembra essere contraddistinta in modo crescente dal problema della standardizzazione degli strumenti impiegati nella valutazione diagnostica e nelle ricerche sulla popolazione riguardo alla salute mentale. Questa crescente standardizzazione delle classificazioni psichiatriche e delle procedure diagnostiche sembra oggi essere la norma nella pratica clinica della psichiatria. Essa inoltre sta influenzando quanto accade nel campo della epidemiologia psichiatrica e, più globalmente, nella ricerca sulla salute mentale. Di fatto, seguendo i clinici, per i quali la questione dell'attendibilità delle tecniche diagnostiche è divenuta un problema centrale (molto probabilmente a causa del suo potenziale legame con la prescrizione di neurolettici più specifici), gli epidemiologi psichiatrici cercano di incorporare criteri diagnostici più precisi nelle loro procedure di inchiesta. Tali criteri teoricamente consentono loro di identificare, attraverso poche brevi domande e con relativa (in)certezza, persone che soffrono di un tipo di problema di salute mentale piuttosto che un altro. Essi servono anche a misurare la distribuzione delle differenti categorie di problemi nei sottogruppi della popolazione complessiva (femminile / maschile, giovani / adulti / anziani, persone con alto / basso livello di scolarizzazione).

Westermeyer ha recentemente raffigurato lo stato attuale dell'epidemiologia psichiatrica: «Gli studi epidemiologici» ha scritto «dipendono in modo crescente dalle scale di valutazione, sia di autovalutazione, sia di valutazione attraverso un intervistatore (un tecnico opportunamente addestrato o uno psichiatra, uno psicologo, un infermiere psichiatrico o un operatore nella psichiatria sociale). Questa procedura d'inchiesta non riesce ad imitare le procedure diagnostiche standard della pratica psichiatrica» (WESTERMEYER J. 1989: 11). Gli epidemiologi psichiatrici, nel costruire le scale per la misurazione di sintomi e le griglie diagnostiche, di fatto, hanno preso a modello gli stessi metodi impiegati dai clinici per stabilire le diagnosi individuali. Essi tuttavia si rendono conto che questionari somministrati rapidamente non possono mai condurre ad una diagnosi così precisa come quella che otterrebbe uno psichiatra dopo numerosi incontri con uno stesso paziente.

L'imitazione della pratica clinica ha largamente dato nuova forma all'orientamento attuale in epidemiologia psichiatrica e, più fundamentalmente, la domanda di attendibilità e validità è fonte d'ispirazione per le nuove procedure d'indagine.

Grazie al contributo della ricerca epidemiologica oggi conosciamo meglio i problemi di salute mentale in differenti popolazioni e sappiamo quali siano le tipologie dei problemi predominanti. Possiamo immaginare che i questionari standardizzati e le griglie d'intervista messe a punto per un particolare gruppo culturale (di solito un gruppo occidentale dominante) non funzionino effettivamente nel rappresentare adeguatamente i problemi patologici di quel gruppo. Ma le limitazioni e le imprecisioni aumentano quando questi stessi strumenti vengono usati per misurare livelli di salute mentale in società dove troviamo altre visioni del mondo, altre concezioni del sé, e soprattutto diversi modi di identificare, spiegare e reagire ai disturbi psichiatrici. Il radicamento di tali strumenti nella cultura occidentale e il loro uso comune nella ricerca epidemiologica psichiatrica hanno portato gli antropologi a elaborare, mettere alla prova ed applicare, degli strumenti che si suppone siano più sensibili e validi cross-culturalmente (KLEINMAN A. 1987, BEBBINGTON P. 1980, FLAHERTY J.A. *et al.* 1988).

Durante gli anni passati i metodi e gli strumenti impiegati negli studi comparativi internazionali sulla schizofrenia hanno sollecitato gli antropologi a riflettere su questo argomento. Negli anni Settanta uno studio internazionale sulla schizofrenia venne condotto in otto paesi: in India, Nigeria e Colombia per i paesi considerati in via di sviluppo, e in Danimarca, Stati Uniti, Gran Bretagna, Unione Sovietica e Cecoslovacchia per i paesi considerati sviluppati. In questo studio, gli stessi questionari e le stesse procedure diagnostiche standardizzate vennero usati in tutti e otto i paesi, quale che fosse la loro cultura. Sebbene tali strumenti fossero decisamente poco sensibili alle variazioni interculturali, uno dei risultati principali di questo studio comparativo ha particolarmente incuriosito antropologi e psichiatri. Nei paesi in via di sviluppo (India, Nigeria e Colombia) una maggiore percentuale di pazienti considerati schizofrenici presentava una prognosi migliore di quelli nei cinque paesi sviluppati, questi stessi pazienti avevano inoltre un minore tasso di cronicità e venivano trovati più spesso ad un buon livello funzionale. Questa osservazione sorprendente venne alla fine spiegata come il risultato di una valutazione inappropriata delle forme locali con cui le persone esprimevano i loro stati patologici, ed inoltre come risultato dell'inadeguatezza socio-culturale degli strumenti e dei metodi usati al fine di cogliere queste forme locali. I risultati di tale studio pionieristico mostrano anche che la prognosi delle possibilità di recupero risultava essere più

favorevole per i soggetti schizofrenici nei paesi in via di sviluppo. Tra gli antropologi crebbe la curiosità di conoscere la causa di questi particolari fenomeni. Non sembrava ci fossero dati etnografici atti a fornire risposte adeguate e peraltro, come hanno notato gli autori dello studio: «Gran parte delle variazioni nel decorso e negli esiti della schizofrenia possono essere dovute a fattori che non sono stati ancora ben identificati» (SARTORIUS N. - JABLENSKY A. - SHAPIRO R. 1978: 109). In effetti i ricercatori, non avendo studiato sistematicamente le variabili sociali e culturali nel decorso della schizofrenia, potrebbero offrire solo ipotesi vaghe sui fattori socio-culturali che potrebbero spiegare le variazioni dei risultati ottenuti nei differenti paesi.

Il gruppo di ricerca di N. Sartorius ha compiuto uno studio complementare, *The Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders Research Project*, nel quale venne migliorato il grado di sensibilità culturale dei metodi usati. Questo gruppo cercò anche di testare le ipotesi specifiche concernenti i fattori socio-culturali potenzialmente implicati nell'evoluzione differenziale della schizofrenia. In questo studio i ricercatori hanno comunque ancora una volta limitato l'obiettivo della loro ricerca a fattori quali gli *eventi biografici* e le *emozioni espresse* che, si riconosce, hanno incidenza sul decorso della schizofrenia nelle società occidentali.

Gli strumenti impiegati nella misurazione di questi fattori vennero messi a punto, in ciascun paese, con la collaborazione di ricercatori locali che valutavano la validità cross-culturale delle liste di segni e sintomi considerati indicativi di un problema di salute mentale. Tuttavia, anche con la collaborazione dei ricercatori locali, i responsabili del progetto hanno dovuto ammettere che nei tre paesi in via di sviluppo in cui la ricerca venne portata a termine gli strumenti non sono mai riusciti ad ottenere una qualità dei risultati analoga a quella ottenuta nei paesi sviluppati (SARTORIUS N. *et al.* 1986).

Dopo un attento esame degli strumenti epidemiologici impiegati negli studi internazionali sulla schizofrenia, Ellen Corin rileva l'urgente bisogno di compiere studi antropologici in questo campo:

«Come emerge dal *corpus* delle ricerche disponibili su cultura e schizofrenia, l'uso di metodi standardizzati e attendibili di raccolta dei dati ha accresciuto il valore degli studi sulla schizofrenia in termini comparativi e ha confermato l'esistenza di variazioni cross-culturali nel suo decorso. Questi studi dimostrano anche i limiti dei progetti epidemiologici classici; i risultati suggeriscono che i significati delle variabili chiave possono variare al variare del contesto. Gli antropologi e gli psichiatri culturalmente sensibili suggeriscono che gli studi culturali sulla schizofrenia dovrebbero guardare oltre i fattori associati al decorso e all'esito del disturbo per esaminare come l'autentica esperienza della malattia (*illness*) viene profondamente modellata dalle concezioni culturali del sé e della soggettività» (CORIN E. 1995: 283).

Il bisogno di una doppia strategia di ricerca

Negli ultimi tempi, gli specialisti della "psichiatria comparativa" sono divenuti più consapevoli della necessità di compiere ricerche etnografiche in profondità al fine di arricchire gli studi epidemiologici. Tali ricerche dovrebbero permettere d'identificare con maggiore certezza, e di comprendere meglio, gli elementi sociali e culturali che potrebbero spiegare, ad esempio, perché un problema come la schizofrenia può evolversi in modi differenti da una società all'altra. Gli antropologi, da parte loro, hanno documentato la variazione interculturale nell'area dei sistemi semiologici, nosologici ed eziologici usati da differenti gruppi nella gestione dei problemi di salute mentale.

Oggi molti epidemiologi sono consapevoli dei benefici derivanti almeno dall'inclusione di alcune indagini antropologiche nelle loro ricerche. L'uso di una etnografia di base e generale, agli occhi di molti antropologi, appare comunque insufficiente allo scopo di creare una epidemiologia in profondità, cross-culturale e comparativa. Secondo antropologi-psichiatri quali Kleinman (KLEINMAN A. 1986), Kirmayer (KIRMAYER L. 1989), Fabrega (FABREGA H. 1989) e Uchôa (UCHÔA E. 1993), solo attraverso un'etnografia in profondità si possono comprendere i modi in cui le culture particolari formano i sistemi di significato che consentono alle persone di costruire l'esperienza della malattia [*illness*], di descrivere i propri sintomi e di reagire alla sofferenza.

Riguardo al contenuto di queste etnografie, gli antropologi, così come gli psichiatri e gli epidemiologi di formazione antropologica, sono divisi in due gruppi principali. Ci sono quelli che, in linea con l'équipe di ricerca antropologico-psichiatrica formata negli anni Cinquanta da Alexander H. Leighton (LEIGHTON A.H. 1959, LEIGHTON A.H. *et al.* 1963), credono che lo studio dell'organizzazione sociale (famiglia, relazioni parentali e interpersonali) e dell'impatto della sua struttura sull'evoluzione dei problemi di salute mentale, dovrebbe essere l'obiettivo primario. Altri ricercatori, con orientamenti più o meno culturalisti, pensano invece sia molto più importante, o almeno altrettanto importante, esaminare i sistemi di significati, valori e rappresentazioni, nella misura in cui tali sistemi forniscono il quadro fondamentale a partire dal quale le persone identificano, spiegano e gestiscono i problemi di salute mentale. In definitiva ciò che interessa i ricercatori del secondo gruppo è la variazione cross-culturale di questi sistemi, mentre il primo gruppo si occupa più delle differenti modalità di organizzazione sociale e familiare, e della maniera in cui tali modalità sono correlate ai problemi di salute mentale.

Della tradizionale tensione tra antropologia sociale e culturale, e del pericolo che una tradizione escluda l'altra, si è discusso fino alla nausea. L'esclusiva messa a fuoco della sola dimensione sociale, oppure di quella culturale, porta inevitabilmente alla creazione di barriere artificiali che possono soltanto essere dannose per la ricerca. Da una parte, il primo gruppo tende a guardare alla psichiatria secondo un'ottica sociale ed orientata alla comunità. Esso cerca inoltre di costruire un'epidemiologia sociale e psichiatrica in linea con lo studio iniziato più di quaranta anni fa dallo psichiatra Alexander H. Leighton e dall'antropologa Dorothea C. Leighton (e proseguito più tardi con l'antropologa Jane H. Murphy). Dall'altra parte, il secondo gruppo, che dagli anni Settanta in poi è stato associato, tra altri, ad A. Kleinman e ai coniugi Good negli Stati Uniti, e a R. Littlewood e M. Lipsedge in Gran Bretagna, ha esaminato la psichiatria alla luce dei valori culturali e dei sistemi simbolici, studiando l'impatto che questi fattori hanno sulla costruzione dei fenomeni patologici. Queste due prospettive sono al centro di una crescente divergenza ai livelli sia teorico che metodologico.

Le possibili trappole degli approcci culturalisti decontestualizzati

La riduzione della cultura alle sole dimensioni semiologiche e fenomenologiche rischia di condurre certi antropologi, in questo campo, verso lo studio esclusivo delle esperienze soggettive e, più precisamente, verso un'analisi delle persone malate solo per quanto concerne i loro discorsi, i loro racconti e i loro sentimenti personali. In alcuni casi tali esperienze soggettive sono state analizzate fuori dal contesto culturale di riferimento come se l'esperienza e il linguaggio personale non avessero bisogno di essere compresi, attraverso l'indagine etnografica, entro la struttura dei valori culturali. Si ha l'impressione che alcuni antropologi culturali siano arrivati a considerare la "cultura" come un accessorio dato, come un artefatto indipendente, la cui unica funzione sarebbe quella di dare forma all'esperienza soggettiva della malattia. Esperienza che, per questi antropologi, costituirebbe il solo materiale etnografico reale da analizzare. Di fatto, le esperienze soggettive e il mondo interiore delle persone sono sempre formati dalle rappresentazioni culturali della persona, della soggettività, del corpo, del mondo e della vita, e tali rappresentazioni contribuiscono a creare il significato personale della malattia.

Ancora più problematica è la reificazione dei racconti dei malati [*illness narratives*] che vengono letti, sempre più spesso, da alcuni antropologi come se

fossero testi autonomi o, nel migliore dei casi, semplicemente come se fossero resoconti rappresentativi dell'esperienza soggettiva delle persone. Metodi sofisticati di analisi semiologica vengono applicati con le migliori intenzioni a questi testi, ma spesso ciò viene fatto senza alcun *background* culturale generale o alcuna comprensione degli elementi significativi che formano il contesto di questi narrati. Senza dubbio ciò spiega perché certi antropologi siano affascinati dall'analisi letteraria propriamente detta e siano sempre più interessati allo stile, alla retorica e alla narrativa.

Il massiccio influsso degli approcci semiologici e fenomenologici in antropologia ha tuttavia permesso di arricchire considerevolmente il contributo degli antropologi allo sviluppo della psichiatria culturale. Gli antropologi non si limitano più ad identificare i fattori socioculturali eventualmente associati alla genesi e al decorso dei disturbi psicologici e a comparare tali fattori attraverso le differenti culture. Il nuovo centro d'interesse si situa sul versante dell'analisi approfondita dei casi individuali, dei racconti delle persone malate, della esplorazione degli universi soggettivi. Attraverso questi metodi l'antropologia fenomenologica e l'antropologia interpretativa hanno dato nuovo impulso alla psichiatria culturale.

La fenomenologia autentica cerca di comprendere le esperienze soggettive delle persone entro il contesto del loro ambiente socio-culturale, che si tratti di un Bambara di un villaggio del Mali, di un buddhista Tamil del sud di Madras o di un *new yorker* del tipo Woody Allen. Il nuovo approccio semiologico-fenomenologico dell'antropologia può contribuire al rinnovamento della psichiatria culturale nella misura in cui si rivela in grado di esaminare le interrelazioni tra la cultura in senso ampio, i sistemi di significazione, le relazioni interpersonali e le esperienze soggettive.

Gli antropologi possono dedicarsi allo studio del linguaggio privato delle persone malate e alla loro specifica esperienza soggettiva ma, ancora una volta, come Byron Good (GOOD B. 1994) ha recentemente ricordato, quelle persone non dovrebbero venir separate dal contesto sociale nel quale le loro vite personali ricevono senso, né i loro mondi interiori dovrebbero venir separati da quanto viene loro imposto dalla collettività, indipendentemente dal fatto che tale condizionamento risulti o meno accettato. In questo stesso senso, Mariella Pandolfi (PANDOLFI M. 1991) ha mostrato come le donne del Mezzogiorno d'Italia, oggi, continuino ad usare una "grammatica narrativa" di cui esse seguono ancora le regole quando cercano di esprimere le emozioni, gli effetti di tali emozioni e i problemi psicopatologici che le affliggono.

Sia che si preferisca esaminare la tradizione psichiatrica in una prospettiva antropologico-sociale in linea, ad esempio, con il lavoro dell'équipe di ricer-

ca di A. Leighton, sia che si preferisca l'approccio culturalista nella sua attuale tendenza dominante fenomenologico-interpretativa, il problema non è semplicemente quello di raccogliere informazioni superficiali sugli "altri" e conseguentemente di adeguare strumenti standardizzati alla specificità delle realtà sociali e culturali. Questo è già stato fatto da alcuni epidemiologi progressisti. La posta in gioco è più alta poiché sfida radicalmente le relazioni consolidate tra antropologia e psichiatria.

Due differenti usi dell'antropologia

Nelle pagine che seguono esaminerò le differenze e le analogie, i vantaggi e i limiti, di due differenti progetti di ricerca. Ho scelto tali progetti non perché siano necessariamente i migliori, ma perché, piuttosto, essi illustrano bene due strategie complementari della ricerca antropologica. Esaminerò prima lo *Stirling County Study* che ebbe inizio nel 1948 in una contea marittima della Nuova Scozia, in Canada, e che continua ancora oggi sotto la supervisione di Alexander Leighton, lo stesso che iniziò questo studio quarantotto anni fa. Il secondo studio, condotto (1986-1990) nell'Abitibi, una regione periferica del Québec (Canada), non ha la medesima ampiezza di quello precedente, ma è stato da me scelto, qui, perché il metodo impiegato in quell'occasione viene oggi applicato in uno studio comparativo internazionale (INECOM) del quale mi occuperò nell'ultima parte del testo. I progetti *Stirling* e *Abitibi* serviranno ad esaminare, in maniera concreta, i differenti problemi relativi alle tecniche metodologiche usate dagli antropologi e, in senso più generale, a porre la questione del contributo specifico dell'antropologia al rinnovamento degli approcci in psichiatria sociale e culturale.

In entrambi i progetti, la realizzazione di monografie sui villaggi (sulle comunità, scrivono gli autori dei due gruppi di ricerca) hanno permesso di mettere in evidenza le dinamiche socio-comunitarie e di identificare le forme dominanti di organizzazione sociale, oltre che le configurazioni centrali dei sistemi normativi prevalenti nelle due comunità. Nella contea di Stirling degli anni Cinquanta la popolazione era ancora dedita alla pesca, al taglio del legname e all'agricoltura; mentre la popolazione *québécoise* dell'Abitibi dipende principalmente dalle attività minerarie, dal lavoro nelle foreste e dall'agricoltura. Il 50% dei 20.000 abitanti della contea di Stirling era acadiano-francofono e l'altro 50% era costituito da anglofoni di discendenza britannica. I villaggi linguisticamente misti apparivano essere la norma e le differenze socio-economiche tra i francofoni e gli anglofoni sem-

bravano poco significative. La grande maggioranza dei 100.000 abitanti dell'Abitibi, che sono per più del 90% francofoni, vive nelle due città principali della regione (30.000 abitanti ciascuna). Ci sono inoltre anche molti piccoli villaggi rurali dove il livello socio-economico degli abitanti sembra essere in forte contrasto con quello di coloro che vivono nelle città.

Le due regioni in cui sono state condotte le ricerche, in Nuova Scozia e nel Québec, sono illustrative di alcune tipiche situazioni canadesi. I ricercatori nella contea di Stirling si sono confrontati con il dualismo linguistico-culturale del Canada e con la coesistenza in uno stesso territorio di villaggi misti ma linguisticamente omogenei. Nell'Abitibi si può trovare un altro tipico tratto canadese che è quello della "nordicità". In questa regione gli insediamenti umani sono situati solo sulle terre coltivabili e le condizioni ecologiche sono tali da costringere la popolazione a vivere delle risorse naturali che forniscono le attività minerarie e le foreste.

Se l'obiettivo principale nello *Stirling County* era quello di studiare campioni rappresentativi della popolazione al fine di valutare, sulla base delle griglie nosografiche usate in psichiatria, il tasso di prevalenza dei casi psichiatrici, i ricercatori nell'Abitibi erano invece più interessati all'identificazione delle modalità di funzionamento della semiologia popolare e dei modi in cui la popolazione di quella regione percepisce i problemi psichiatrici più frequenti e importanti. Questa differenza nelle prospettive adottate ha spinto i ricercatori che lavoravano nell'Abitibi a valutare la "salianza" dei problemi più evidenti e comuni, mentre il gruppo di A. Leighton accertava la prevalenza di episodi più specifici. Nel caso dello *Stirling County Study* il punto di vista dominante è quello dei professionisti e delle diagnosi psichiatriche, mentre nell'Abitibi l'attenzione è posta sul sistema popolare dei segni e dei significati, come pure sul modo in cui le persone interpretano e reagiscono ai problemi comportamentali di familiari, vicini o amici. Nell'Abitibi i ricercatori hanno cercato di identificare i lineamenti dei sistemi di segni, significati e pratiche utilizzati dalla popolazione, attraverso un attento esame di casi patologici specifici e grazie alla ricostruzione di quei casi fatta da informatori-chiave. Questo metodo era molto lontano dall'analisi professionale dei casi clinici fatta nella contea di Stirling.

In aggiunta, penso sia importante comparare i quadri teorici e metodologici dei due gruppi di ricerca. Nel loro lavoro, gli antropologi dello *Stirling County Study* fanno riferimento a (e sono guidati da) una teoria funzionalista. Essi sono inoltre particolarmente interessati ai processi di disfunionalizzazione dei sistemi normativi e della vita sociale. I sei studi di comunità nell'Abitibi non si sono limitati ad esaminare l'organizzazione o la disorganizzazione sociale, sebbene questi fattori fossero considerati di importanza

centrale. Attraverso una prospettiva interpretativa, i ricercatori dell'Abitibi intendevano identificare le dinamiche culturali correlate a ciò che essi hanno chiamato l'apertura / chiusura e l'autonomia / dipendenza delle comunità. L'approccio dei ricercatori dell'Abitibi ha cercato d'integrare il meglio dell'antropologia sociale, praticata nelle monografie *Stirling County*, entro la prospettiva storica e contestuale delle ricerche sulla formazione delle subculture regionali dell'Abitibi.

Il contrasto tra gli approcci funzionalista e interpretativo nella realizzazione delle monografie etnologiche ci porta ad evidenziare un'importante differenza tra gli studi *Stirling* e *Abitibi*. Tale differenza concerne il modo di intendere l'eziologia sociale dei problemi psichiatrici, un problema che ha importanza centrale per Alexander Leighton.

«Rimane il fatto che l'effetto delle differenze culturali sui tassi di malattia mentale non risalta affatto così fortemente come il malfunzionamento delle istituzioni sociali. È stato riscontrato che un alto tasso di malattia mentale è spiccatamente associato con la povertà, la privazione sociale e la disgregazione sociale. [...] Sfortunatamente è molto difficile provare in quali direzioni fluiscono i vettori causali. Ciò che rivela l'epidemiologia è l'associazione, l'effetto-rete di numerosi piccoli circoli viziosi all'interno dei quali particolari tipi di disturbi mentali sono legati a specifiche tipologie di malfunzionamento sociale, in un modo tale che essi vengono mutuamente rinforzati l'uno con l'altro.» (LEIGHTON A.H. 1991: 10).

Nello studio svolto nell'Abitibi, i ricercatori hanno provato a comprendere meglio come particolari configurazioni sociali e culturali interagiscono per creare quelle che essi chiamano le "condizioni patogeniche strutturali". Tali condizioni differiscono da una comunità all'altra e, senza dubbio, contribuiscono a spiegare perché i problemi variano da una subcultura all'altra, da una comunità all'altra. La prospettiva eziologica è stata comunque solo descritta a grandi linee nella ricerca in Abitibi, contraddistinta soprattutto dallo studio della costruzione dei sistemi di segni, significati e azioni secondo una prospettiva interpretativa piuttosto che eziologica.

In definitiva, i modi in cui si è proceduto all'analisi dei dati, nei due progetti, possono essere certamente spiegati in base alle differenze nella natura delle informazioni raccolte, le stesse differenze possono tuttavia anche essere ricondotte alle specificità dei due quadri teorici. In entrambi gli studi i dati etnografici furono analizzati secondo i metodi classicamente impiegati in antropologia, mentre per il resto gli approcci usati erano differenti. Nello studio pionieristico di Leighton, dominato da una preoccupazione per l'eziologia, i ricercatori disponevano di due principali insiemi di dati. Il primo, che divenne sempre più importante, era di natura statistica e si occupava della distribuzione di differenti categorie di problemi entro campioni rap-

presentativi della popolazione. Il secondo, di natura etnografica, si basava su dati raccolti al livello della comunità, com'è stato fatto peraltro anche nell'Abitibi. Nello *Stirling County Study* l'analisi si è concentrata soprattutto sulle correlazioni tra le variabili sociali e gli indici di ricorrenza dei problemi psichiatrici allo scopo di mettere in luce la rispettiva influenza delle differenti categorie di variabili sociali.

Nel progetto *Abitibi* l'analisi si è concentrata piuttosto su circa 320 racconti di malattia [*illness narratives*] prodotti da informatori chiave ai quali erano state sottoposte quattordici descrizioni comportamentali di riferimento. I racconti sono stati prima analizzati, *milieu* per *milieu*, e descrizione comportamentale per descrizione comportamentale, con l'obiettivo di identificare i temi principali in tutti i differenti gruppi di racconti. L'analisi ha portato quindi i ricercatori a mostrare come in ciascun ambiente sociale - minerario, boschivo e agricolo -, fossero presenti diverse configurazioni semantiche formanti trame volta a volta originali a partire da specifici "nodi organizzatori". Il passo successivo è stato quello di comprendere perché queste reti semantiche fossero formate, in un contesto, attorno a tali configurazioni, ed in un altro attorno ad un diverso centro di gravità. L'analisi di questi legami tra il contenuto dei racconti e i dati etnografici ha portato i ricercatori a scoprire, o meglio a inferire, che la stessa struttura logica connettesse l'ordine socio-culturale, le dinamiche sociali, i sistemi di segni, significati e pratiche, e le esperienze individuali.

I caso: lo Stirling County Study

Sul piano concettuale e metodologico, il gruppo di ricerca dello *Stirling County Study* ha cercato di comprendere cosa inducesse alcune persone a vivere in due mondi e a sentirsi lacerate tra sistemi normativi conflittuali senza riuscire a situarsi in un unico spazio coerente. Per questo gruppo di ricerca sono divenute centrali le "culture disgregate" piuttosto che le culture perfettamente integrate. Così la ricerca tende ad esaminare più la dialettica dell'ordine/disordine che l'integrazione funzionale della vita sociale. Questo doppio interesse, da una parte per la disgregazione sociale e culturale, dall'altra per lo studio dell'impatto del "disordine socio-culturale" sulla salute mentale, ha portato gli antropologi del gruppo di Leighton a specificare con sempre maggiore precisione gli indicatori o i segnali attraverso cui possono essere determinati, in una particolare comunità, i livelli di disorganizzazione sociale e di disintegrazione culturale. Sono stati presi in conside-

razione dieci indicatori: ad esempio la presenza di *leaders* deboli, il numero di famiglie disgregate, il tasso di disoccupazione, il livello di partecipazione ad eventi sociali (matrimoni, funerali).

Una domanda chiave, posta all'incrocio tra antropologia medica, epidemiologia psichiatrica e clinica psichiatrica, ha guidato i ricercatori dello *Stirling* nella raccolta dei dati. In quale modo alcuni fattori sociali, economici e culturali contribuiscono a generare problemi di salute mentale in certe persone, influenzano l'evoluzione dei disturbi ed eventualmente contribuiscono alla loro risoluzione? I ricercatori provarono a rispondere a questa domanda attraverso la raccolta di tre tipologie di dati: dati etnografici, che vennero raccolti in un campione di poche comunità di villaggio sulla base di metodi etnografici classici (osservazione partecipante, interviste con informatori-chiave usando griglie molto precise e raccolta sistematica di dati statistici di varia natura relativi alle aree studiate); dati epidemiologici raccolti durante numerose investigazioni successive centrate su differenti categorie di problemi psichiatrici ed eseguite in campioni rappresentativi della popolazione; ed infine, dati clinici raccolti non solo dai servizi psichiatrici e medici, ma anche direttamente attraverso l'esame clinico condotto da personale medico-psichiatrico del gruppo di ricerca su un sottocampione della popolazione.

Gli studi etnografici delle comunità furono compiuti, per primi, nel 1950. I 20.000 abitanti della contea vennero distribuiti in 97 gruppi individuati, grossomodo, in base alla lingua (inglese e francese), all'attività economica (i villaggi di pescatori e i villaggi in cui la silvicoltura e l'agricoltura apparivano dominanti) e ai relativi processi di cambiamento che li stavano riguardando. Gli antropologi focalizzarono il loro studio, ad un tempo, sull'impatto che i cambiamenti tecnologici avevano avuto nell'industria delle foreste e nell'industria della pesca, e su come questi cambiamenti incidessero sulla vita della popolazione nelle piccole comunità acadiane e anglofone. Due villaggi di pescatori, uno di lingua inglese e l'altro di lingua acadiano-francese, e due villaggi di lavoratori forestali, anch'essi uno anglofono e l'altro francofono, vennero scelti in quanto relativamente rappresentativi delle caratteristiche linguistiche ed economiche della contea. La selezione delle comunità venne effettuata anche dal punto di vista della loro esposizione differenziale ai cambiamenti tecnologici e del livello più o meno elevato di destrutturazione sociale ed economica.

Uno strumento di ispirazione antropologica, il *Family Life Survey* (FLS), che prevedeva molte categorie di informazioni già esplorate dagli studi etnografici di comunità, sistematizzava queste informazioni in forma di questionario somministrato ad un campione della popolazione. Un primo gruppo di

domande aveva a che fare con l'identità etnica, la lingua parlata, la religione, i valori, l'occupazione professionale, la struttura familiare, la partecipazione in organizzazioni locali e con i diversi dati demografici (età, sesso, livello di scolarizzazione). Il secondo gruppo di domande era stato messo a punto per ottenere informazioni fattuali su tutti gli episodi di malattia [*illness*], fisica e mentale, degli intervistati o di membri delle loro famiglie. Il *Family Life Survey* cercava di stabilire una stima della prevalenza di differenti categorie di problemi nella popolazione adulta della contea indipendentemente dal fatto che le persone avessero, o non avessero, consultato un medico locale o un servizio psichiatrico.

I metodi usati e i risultati dello *Stirling County Study* hanno segnato irreversibilmente tutto il lavoro in antropologia psichiatrica degli anni seguenti e hanno orientato in nuove direzioni le riflessioni in merito alle relazioni tra i fattori socio-culturali contestuali e la prevalenza dei problemi psichiatrici. Dopo il 1952 i ricercatori rimasero impressionati dalla scoperta che il 20% della popolazione poteva essere considerata come sofferente di un problema di salute mentale clinicamente identificabile. Di più, i dati raccolti indicavano senza dubbio che vi era una relazione diretta, all'interno della comunità, tra il livello di disordine sociale, l'eterogeneità culturale (confusione nelle norme) e la crescita dei problemi individuali di salute mentale.

Leighton non esitò a porre al centro della sua teoria socio-culturale della persona la difficile questione del punto d'incontro tra il macrocontesto e i processi individuali. L'enfasi, in definitiva, veniva posta sull'impatto avuto dalle condizioni ambientali destrutturate sui processi psicologici delle persone, ma evocava anche, in una prospettiva positiva, le possibilità di "ristabilimento della condizione psichica fondamentale". Pur includendo una comparazione intersociale e interculturale nella sua riflessione, Leighton è giunto a chiedersi se l'enfasi sulle variabili sociali non abbia eventualmente portato a sottovalutare l'impatto delle variabili culturali nel campo psichiatrico. Egli scrive in proposito:

«I risultati non negano il peso della cultura nel determinarsi dei livelli di salute mentale. Può darsi che i nostri strumenti e gli studi condotti fino a questo punto si siano lasciati sfuggire influenze culturali sottili eppure importanti. Ciò suggerisce tuttavia che anche le differenze culturali più significative non abbiano il medesimo rilievo dell'altro gruppo di determinazioni su cui abbiamo indagato, vale a dire la privazione e la disgregazione socioeconomiche.» (LEIGHTON A.H. 1991: 11).

In altre parole, l'impatto delle variabili sociali sarebbe così grande che maschererebbe l'influenza più sottile delle variabili culturali. Inoltre, questa attenuazione del culturale può essere spiegata tenendo conto del fatto che i

ricercatori dello *Stirling County Study* stavano esaminando la situazione da un'esplicita prospettiva sociale-eziologica e non guardavano, ad esempio, a quanto una particolare cultura contribuisse a costruire l'esperienza soggettiva della persona malata o a modellare le forme comuni di espressione dei sintomi in quella cultura. Questo non era l'obiettivo della ricerca e allo scopo di rispondere a tali domande si sarebbe dovuto impiegare un metodo differente da quello usato nello *Stirling Study*.

Il caso: il progetto Abitibi

Un gruppo di ricerca guidato da Ellen Corin e Gilles Bibeau si è servito di un orientamento "semantico contestuale" allo scopo di studiare i problemi di salute mentale in una regione rurale del Québec, l'Abitibi, caratterizzata dalla presenza di tre subculture organizzate attorno ad attività minerarie, di taglio del legname ed agricole. Nell'applicare questo approccio semantico-contestuale, è stata avanzata l'ipotesi che i modelli popolari usati nei tre contesti per identificare, spiegare e reagire ai problemi di salute mentale formassero divergenti sistemi di segni, significati ed azioni, e che questi sistemi non potessero essere compresi indipendentemente dal contesto sociale ed ecologico di ciascuna di queste tre subculture con i loro rispettivi specifici valori culturali (CORIN E. *et al.* 1990).

Nello sviluppare il loro modello per l'interpretazione dei sistemi semiologici ed esplicativi profani e delle pratiche relative ai problemi di salute mentale nelle subculture dell'Abitibi, gli autori hanno combinato, e in parte riorientato, l' "analisi delle reti semantiche" [*semantic network analysis*] di Byron Good (GOOD B. 1977); essi sono stati inoltre influenzati dalla teoria del modello esplicativo [*explanatory model theory*] avanzata da Arthur Kleinman (KLEINMAN A. 1986). Nello studio *Abitibi*, gli autori hanno interpretato i racconti individuali della malattia alla luce delle dinamiche sociali delle comunità in esame, ai loro codici culturali centrali, e alle rispettive concezioni della "persona", riscontrate nelle comunità.

L'analisi comparativa della distribuzione della malattia [*disease*] nelle popolazioni è stata affrontata con un metodo epidemiologico classico che ha consentito di scegliere ipotesi appropriate riguardo ai fattori contestuali e socio-culturali implicati nella incidenza di tali problemi. Esplorando la variazione in queste correlazioni, gli antropologi hanno sollevato questioni sostanziali riguardo alle connessioni tra questi modelli socio-culturali e ciò che è designato come patologia. Nel caso dell'Abitibi, ad esempio, la scoperta da parte degli epidemiologi che una larga percentuale delle donne sopra i quaranta-

cinque anni di età soffre di gravi problemi psicopatologici, che le giovani donne della regione hanno alti tassi di disturbi psichici, che quelli maniaco-depressivi prevalgono tra gli uomini e che il matrimonio fornisce una certa protezione rispetto ai rischi di cattiva salute nella popolazione maschile, tutto questo ha spinto l'équipe di Corin e Bibeau ad esplorare aspetti fondamentali della cultura regionale dell'Abitibi. La loro ricerca dimostra che i risultati epidemiologici esaminati sono parte di una più ampia configurazione culturale associata a valori storicamente derivati che rimangono rilevanti nell'Abitibi di oggi: una cultura della mascolinità virile, una certa rigidità nei ruoli maschili e femminili, il verificarsi di prolungate assenze da parte degli uomini. Attraverso un'indagine etnografica in profondità, focalizzata sulla struttura familiare e sulle nozioni di identità personale, è possibile ottenere una piena comprensione delle relazioni tra questi valori e le specifiche patologie riscontrate nelle comunità dell'Abitibi basate rispettivamente sulle attività minerarie, sul taglio del legname e sull'agricoltura.

Oltre a contestualizzare i modelli patologici nelle culture locali, i ricercatori hanno anche analizzato le interpretazioni e i comportamenti degli abitanti dell'Abitibi in risposta a specifici casi di disturbo psichico [*mental illness*]. Ciò comportava che si ottenessero dichiarazioni, nel linguaggio quotidiano, in merito all'identificazione dei problemi di patologia mentale, in particolare le credenze sulla loro origine, sulla loro forma e sul loro possibile decorso. Per compiere tale ricerca vennero raccolti tre insiemi complementari e interattivi di informazioni. Agli informatori-chiave di ciascuna subcultura è stata sottoposta una serie di quattordici descrizioni (formulate in un linguaggio quotidiano) di comportamenti relativi a specifici problemi mentali. Sulla base di queste descrizioni, gli stessi informatori hanno prodotto racconti in cui descrivevano i segni principali in base ai quali venivano identificati tali problemi, i significati ad essi attribuiti e le azioni che si sarebbero dovute intraprendere per risolverli.

Uno studio etnografico parallelo venne condotto in numerosi villaggi e città dove le attività principali erano quelle minerarie, di taglio del legname e agricole. Queste tre subculture furono comparate rispetto alle loro forme dominanti di organizzazione sociale, al grado di autonomia e controllo sulla propria storia recente, alla loro apertura, o, in caso contrario, in relazione al contesto ambientale esterno al villaggio o alla città. L'analisi dei dati etnografici ha portato ad identificare modelli e "nodi organizzatori" attorno ai quali sono strutturate ampie aree della vita sociale e culturale di ciascuna subcultura; tali "nodi organizzatori" vennero interpretati, a loro volta, in riferimento alle forze socioeconomiche e agli ambienti naturali che hanno lasciato un'impronta profonda su ciascun contesto. Nella fase conclusiva di

analisi, i dati etnografici furono correlati con i sistemi profani semiologici ed esplicativi di riferimento e con le azioni da compiere di fronte a varie forme di disturbo psichico.

Ad esempio, Berthelot, un villaggio con un'economia basata su una singola industria (la produzione di legname dal taglio di tronchi in una segheria di proprietà di una cooperativa), ha recentemente attraversato dei profondi conflitti interni dovuti alla decisione di vendere la fabbrica ad una grande impresa gestita su scala regionale. Con la vendita della fabbrica posseduta collettivamente i fondamenti della vita comunitaria crollarono: discussioni tra fratelli, discredito dei *leaders* locali, scomparsa di tutte le celebrazioni collettive (feste, etc.) e dei simboli della comunità. Il conflitto strutturale che divideva le famiglie e i vicini ha spinto progressivamente gli abitanti del villaggio a ritirarsi entro uno spazio privato e domestico. Come meccanismo difensivo contro il crollo delle forme di socialità tradizionali, un nuovo ordine normativo è stato costruito attorno alla vita familiare, con l'attribuzione di grande importanza alla pulizia, alla prudenza, all'iniziativa personale, al supporto familiare e al rispetto per i confini della vita privata. L'erosione dei simboli collettivi, combinata con un ritiro entro la sfera domestica, ha portato alla dicotomizzazione del mondo sociale in "buone" famiglie ed in "cattive" famiglie. Il termine "famiglie cattive", non sorprendentemente, veniva attribuito dai vicini alle famiglie con i problemi mentali più gravi.

Maricourt, la comunità più grande e più eterogenea, che produce anch'essa prevalentemente legname, sta subendo dei cambiamenti drammatici nella sua vita sociale e nei suoi valori culturali, ma in modo molto diverso da Berthelot. In questo caso il successo dell'industria di taglio e commercio del legname ha significato una rapida trasformazione di quello che era un grande villaggio in una piccola città industriale. Presso la sua popolazione oggi esiste una crescente confusione riguardo all'ordine normativo: la parte della popolazione orientata in senso conservativo confida ancora su una visione della vita sociale centrata sul villaggio, mentre gli abitanti caratterizzati da posizioni progressive hanno creato nuovi simboli dello scambio sociale. Maricourt ora è divisa in due ordini normativi che hanno creato ambiguità in merito ai valori centrali e incertezza riguardo alla direzione dei progetti futuri. In questo contesto di rapida espansione molte persone provenienti da distretti rurali marginali hanno dei problemi di adattamento rispetto all'incongruenza dei progetti "faraonici" promossi dal segmento progressivo della popolazione.

Sia i residenti di Berthelot che quelli di Maricourt stanno vivendo un processo di ristrutturazione sociale e culturale che ha portato al ristabilimen-

to di nuove norme e ad una profonda spaccatura nella vita quotidiana delle comunità. Tuttavia, i modi in cui gli abitanti dei due villaggi identificano i problemi, vi attribuiscono significato e se ne fanno carico, diviene comprensibile solo quando tali problemi vengono interpretati sullo sfondo dei rispettivi ambienti socioculturali. I racconti costruiti dagli informatori-chiave, in entrambe le comunità, mostrano come vengano avvertiti i crescenti problemi di "violenza" e di "negligenza verso la propria persona" anche se, in merito, le interpretazioni e le reazioni possono variare ampiamente nei due villaggi. Casi riferiti a negligenza verso la persona, e/o verso i bambini, vengono intesi, a Berthelot per esempio, in riferimento alla frattura fondamentale tra le famiglie "buone/pulite" e le famiglie "cattive/sporche". A Maricourt, al contrario, la negligenza personale è attribuita sia agli individui marginali che rifiutano di partecipare al sogno locale di progresso, sia a quelli considerati con una "personalità fragile". La violenza e gli altri problemi vengono dunque investiti di significato dagli specifici attributi sociali e culturali delle rispettive comunità. I soli metodi epidemiologici tradizionali non avrebbero potuto mettere in evidenza il contributo fondamentale delle culture "locali" e dell'organizzazione sociale alla costruzione delle conoscenze concernenti la salute mentale. L'approccio semantico contestuale di Corin e Bibeau fornisce i dati complementari attraverso i quali può essere costruita un'interpretazione contestualizzata dei risultati epidemiologici.

III caso: una ricerca internazionale comparativa in etnoepidemiologia

Nel suo programma di ricerca orientato all'azione, INECOM (*International Network for Cultural Epidemiology and Community Mental Health*) ha assunto che i servizi formali e non-formali esistenti, e i programmi operanti in una data regione o paese, sono ampiamente definiti e modellati da una doppia influenza: in primo luogo, da una serie di forze macroscopiche (politiche, storiche, economiche, istituzionali, professionali e corporative) che agiscono dall'alto e, in secondo luogo, da forze fondamentali e da strategie di sopravvivenza messe in atto dalle organizzazioni e dai gruppi sociali di ogni sorta radicati nelle comunità. Questi due tipi di forze interagiscono nello spazio sociale creando nel loro funzionamento quotidiano una serie di contraddizioni, sovrapposizioni e rafforzamenti che devono essere attentamente valutati prima di formulare qualsiasi proposta di cambiamento nella distribuzione dei servizi di salute in un'area così complessa e sensibile com'è quella della salute mentale.

INECOM ha sviluppato un approccio all'analisi dei temi della salute mentale in una modalità orientata al contesto e alla comunità, facilitando, come detto sopra, la valutazione della complessa serie di forze interattive che operano dall'alto e dal basso. Le politiche sanitarie e l'organizzazione dei sistemi medici possono differire da una regione (o paese) all'altra, così come il dinamismo delle organizzazioni basate sulla comunità e le loro capacità di gestione dei problemi di salute mentale, a loro volta, possono variare in accordo con le caratteristiche delle culture locali e le quotidiane condizioni di vita. Le attività intraprese dai gruppi di ricerca locali appartenenti ad INECOM sono attualmente condotte a due livelli complementari d'indagine che servono da fondamenti per la progettazione di servizi culturalmente sensibili, radicati nelle comunità, e per il rinnovamento di politiche e strutture nell'organizzazione dei servizi⁽¹⁾.

Al livello della comunità, l'obiettivo è quello di ottenere una conoscenza pragmatica delle condizioni di vita quotidiana prevalenti nelle popolazioni rurali e urbane, dei modi in cui la gente gestisce i vari problemi di salute mentale nelle aree più povere dove la grande maggioranza delle persone lotta per sopravvivere, e nelle periferie urbane, spesso costituite da popolazioni eterogenee migranti, con nuovi modelli familiari, nuovi valori e condizioni economiche disastrose. In questi ambienti, le persone afflitte da problemi di salute mentale continuano a propiziarsi spiriti e divinità, e in assenza di servizi professionali disponibili, le famiglie fanno ancora largamente conto sulle proprie risorse o sulle organizzazioni comunitarie spontanee per dare il supporto ai propri membri colpiti da disturbi mentali. In una data comunità, le risorse comunitarie esistenti possono risultare carenti o invece scarsamente adeguate ad affrontare certe categorie di problemi come la violenza e le gravi forme di allucinazioni associate con passività e ritiro dalle attività sociali ed economiche o con alcolismo e comportamenti anti-sociali. Così, in alcuni casi i pazienti possono venire trascurati mentre in altri le famiglie e i supporti comunitari risultano ottimi e contribuiscono - almeno parzialmente - alla risoluzione dei problemi di salute mentale. Tali problemi vengono spesso interpretati attraverso un linguaggio religioso che consente di attribuire significato ai comportamenti devianti. Oppure, in molti casi, interpretazioni fortemente pragmatiche vengono combinate con modelli esplicativi culturalmente inquadrati nell'orizzonte collettivo (in termini di eredità familiare, "cattivo sangue", azioni di spiriti ostili, effetti di azioni magiche, etc.).

L'attività di ricerca nelle comunità è stata organizzata attorno a tre punti chiave: 1) i modi in cui le popolazioni locali identificano la presenza attuale di un problema in una data persona; i modi in cui specifici sintomi e segni

vengono intesi come segnali che indicano i "comportamenti problematici"; i nomi usati per riferirsi a differenti categorie di problemi; i confini assegnati all'ambito della salute mentale; 2) i modelli esplicativi usati dalla comunità per attribuire significato ai comportamenti patologici; l'identificazione delle categorie-culturali-chiave nelle quali appaiono radicati i "sistemi di significato"; 3) le reazioni della gente di fronte a soggetti che soffrono di problemi sociali, comportamentali o psichiatrici di una certa gravità; i modi in cui i membri delle famiglie e le organizzazioni comunitarie gestiscono quotidianamente i problemi di salute mentale. INECOM si riferisce a queste tre prospettive complementari della salute mentale come a "sistemi di segni, significati e azioni", ed è in relazione ai casi in atto che questi tre sistemi sono ricostruiti insieme agli informatori-chiave.

- Gli studi di comunità basati sulla ricostruzione di casi, in atto o retrospettivi, di persone sofferenti di problemi di salute mentale hanno permesso di raccogliere i discorsi e le pratiche della popolazione locale riguardanti la salute mentale; i segni e i sintomi usati per identificare la presenza attuale di un problema, la sua gravità, la sua possibile cronicità, i diversi modelli esplicativi impiegati per assegnare significati ai problemi di salute mentale; e le strategie sviluppate ai livelli familiare, di vicinato e di comunità, per gestire i disturbi psichici [*mental illness*] e i problemi comportamentali che vi sono connessi.

- Inoltre è stata perseguita con gli informatori-chiave la ricostruzione degli itinerari terapeutici percorsi dagli individui che presentano un problema: chi sono le persone che formano il gruppo che gestisce la terapia? chi prende la decisione di consultare qualcuno, e in base a quali criteri?

- Infine, sulla base dei precedenti studi di comunità, è stata condotta, in ciascuna area di ricerca, un'indagine intensiva su un adeguato campione di *settings* non formali coinvolti nella gestione dei problemi di salute mentale, descrivendo le varie tradizioni di cura coesistenti: la spiritista, ad esempio, le chiese pentecostali, le case di culto candomblé.

In tale prospettiva, sono stati sviluppati degli approcci specifici a livello istituzionale e organizzativo. Molti paesi in via di sviluppo non hanno assistito allo spostamento, sperimentato dal mondo occidentale, da una pratica fondata sull'ospedalizzazione all'attuale tendenza alla deistituzionalizzazione e alla presa in carico comunitaria. In molti paesi in via di sviluppo i servizi formali e i programmi nell'area della salute mentale non sono facilmente accessibili o appaiono caratterizzati da una debolezza che limita gravemente la loro efficacia nel venire incontro ai bisogni della popolazione. I paesi in via di sviluppo sono afflitti da politiche regressive e da problemi di inadegua-

tezza strutturale. Al livello delle risorse, vi si riscontra una mancanza di personale addestrato e una cattiva distribuzione degli operatori sanitari disponibili oltre che un deterioramento significativo delle infrastrutture esistenti, è inoltre improbabile che in un futuro prossimo questa situazione migliori a fronte di una persistente grave carenza di finanziamenti. Al livello dei modelli della pratica, il sistema confida quasi esclusivamente in schemi convenzionali assai distanti dai modi in cui le comunità locali identificano e trattano i problemi di salute mentale. Al livello più ampio della popolazione, infine, si manifesta una cronica sottoutilizzazione dei servizi sanitari, inclusi quelli concernenti la salute mentale: il che è ampiamente dovuto all'inadeguatezza dei servizi e al forte affidamento sul modello biomedico.

Più in generale, in molti paesi esistono delle lacune conoscitive il cui superamento potrebbe consentire positive connessioni tra le comunità e gli operatori di salute mentale. Di fatto, i servizi di salute mentale non traggono sufficiente vantaggio dai "saperi indigeni" e dalle risorse comunitarie e spesso non considerano il potenziale di disponibilità di risorse formali e non-formali per lo sviluppo degli interventi sulla salute mentale. Esiste soprattutto una carenza di informazioni attendibili su come le comunità gestiscono e fanno fronte ai problemi psichiatrici. Un tal tipo di informazioni potrebbe essere utilizzato per interventi innovativi funzionali alla cooperazione fra risorse comunitarie ed *équipes* di salute mentale.

Non si è mai dato sufficiente rilievo a iniziative per la salute mentale fondate sulla comunità e integrate nella rete di cura primaria in un sistema socio-sanitario unificato. In verità, il sistema di salute mentale, nella maggioranza dei paesi, rimane largamente inefficiente e mal gestito, poiché fortemente basato su un tipo custodialistico di ospedalizzazione e su altre strategie terapeutiche convenzionali. Gli sforzi successivi per un cambiamento delle politiche di salute mentale, in molti paesi, sono falliti perché i tentativi di organizzare sistemi basati sulla comunità hanno trovato forti resistenze da parte sia delle popolazioni locali sia delle istituzioni sanitarie. Ciò non significa, tuttavia, che in alcuni paesi non siano stati compiuti importanti sforzi istituzionali, professionali ed accademici, rivolti allo sviluppo di sistemi sanitari locali, fondati sulla partecipazione estensiva delle comunità, indirizzati a consentire cambiamenti sostanziali nelle strategie di gestione della salute mentale.

La principale premessa a questo secondo livello di studio è che, in un sistema sanitario pluralistico, l'esperienza della malattia [*illness experience*], le strategie di gestione, le istituzioni e le risorse comunitarie, sono sistematicamente interrelate e socialmente costruite. La comprensione di queste inter-

relazioni e delle risposte sociali è essenziale per lo sviluppo di un sistema di salute mentale sostenibile, basato sulla comunità, sensibile culturalmente e tale da coinvolgere i gruppi, le istituzioni, le agenzie e i medici, i pianificatori e i politici, nella progettazione e nel finanziamento della gestione della salute mentale. Le situazioni locali sono state valutate attraverso studi etnografici dei servizi formali e attraverso l'analisi del funzionamento in atto delle politiche di salute mentale.

Il campo di ricerca è stato affrontato da due punti di vista interrelati: uno "macro" che include la rete di risorse di cura (operatori e istituzioni ad esempio) di cui fruiscono le persone con problemi psichiatrici, e insieme anche le politiche e i processi di pianificazione; e uno "micro" centrato sull'interfaccia tra pazienti e operatori/terapeuti che lavorano entro contesti istituzionali. La natura e la qualità degli scambi che avvengono sull'interfaccia determinano largamente l'adesione ad un modello terapeutico, l'eventuale successivo ricorso ad altri modelli di cura, e dunque l'evoluzione del disturbo e l'esito del trattamento. L'importanza di questo "micro-livello" risiede nella possibilità, in tal modo, di descrivere i modelli di pratica prevalenti nei vari *settings* istituzionali selezionati.

Inchieste complementari includono sia un accertamento delle politiche correnti (nazionali, regionali e locali) e delle strategie di pianificazione per la salute mentale; sia una descrizione dell'organizzazione locale dei servizi sanitari (settori pubblico e privato); sia, infine, una etnografia focalizzata su *settings* istituzionali selezionati: organizzazione, livelli di cura, modelli di pratica prevalente, profili professionali (ad esempio formazione, orientamento terapeutico e atteggiamenti verso la malattia mentale); sistemi di cura e strategie per la gestione comunitaria dei casi di disturbo psichico in atto.

I risultati della ricerca dovrebbero favorire l'attuazione di servizi di salute mentale radicati nelle comunità, culturalmente sensibili, gestibili ed economicamente fattibili. Perciò, oltre all'accertamento del modello prevalente fra le varie forme istituzionali di gestione della salute mentale, vengono condotti, in diversi contesti, alcuni studi sui programmi correnti per la prevenzione e sulle pratiche riabilitative. Come parte della seconda fase INECOM sono stati programmati seminari con amministratori, associazioni comunitarie e operatori dei servizi ("ufficiali" e "non ufficiali"), al fine di aiutare i pianificatori a mettere a punto politiche adeguate ai livelli locale, regionale e nazionale, e a coinvolgere in uno sforzo comune le istituzioni pubbliche, gli operatori di igiene mentale e le risorse comunitarie.

La conoscenza acquisita attraverso le attività di ricerca dovrebbe servire a formulare strategie per la pianificazione, la gestione e la valutazione dei ser-

vizi, dei programmi e degli interventi. Così, esperimenti controllati, con attente rilevazioni degli esiti, saranno svolti laddove si riscontri una maggiore disponibilità ad esplorare nuove vie nei modelli di distribuzione dei servizi di salute mentale. Gli esperimenti, da intraprendere in aree geografiche limitate, concerneranno specifici problemi di salute mentale e avranno come obiettivo particolari categorie di pazienti. Nella designazione e nell'attuazione dei programmi sperimentali, da validare attentamente, i pianificatori e gli amministratori opereranno in base a tre principi: 1) l'articolazione tra il dinamismo delle organizzazioni radicate nelle comunità e i servizi ufficiali esistenti: i differenti tipi di servizi dovranno infatti essere sempre più indissolubilmente legati ad una utilizzazione ottimale di tutte le risorse comunitarie; 2) l'articolazione tra programmi di cura e servizi di riabilitazione psicosociale: sarebbe eventualmente da formare una nuova figura paraprofessionale, come avviene attualmente in India, dove si sta attualmente sperimentando un programma per operatori della riabilitazione nel campo della salute mentale; 3) la cooperazione tra i responsabili dei servizi di salute mentale, "ufficiali" e "non ufficiali", allo scopo di facilitare la circolazione delle persone malate nella rete di risorse esistente: in tal senso, potrebbero essere eventualmente avviati esperimenti di cooperazione.

Conclusioni

Gli storici della scienza hanno dimostrato come le istituzioni scientifiche e i modi in cui gli scienziati svolgono le loro attività di ricerca tendano a perdere, in molti paesi, le proprie caratteristiche "locali" acquisendo un certo grado di universalismo imposto dai dibattiti internazionali e dai paradigmi dominanti. Ciò non significa che la pratica della scienza si ponga al di là di ogni "punto di vista" locale: le politiche nazionali della ricerca con le loro priorità; le specificità degli stili intellettuali nazionali; la prevalenza di certe scuole di pensiero... In questo senso gli studiosi di scienze sociali hanno più volte insistito sul fatto che gli scienziati non possono sfuggire, nella loro pratica quotidiana, all'influenza delle condizioni locali e dei dibattiti sociopolitici nazionali che li circondano.

Le analisi di casi concreti cui ho fatto riferimento in questo lavoro concernono prevalentemente esempi canadesi e fasi di indagine che io ho personalmente sperimentato. Altri antropologi avrebbero potuto documentare diversamente il loro discorso. È compito dei ricercatori, in ciascun contesto, radicare il dibattito sul loro proprio suolo e muovere l'intera impresa in direzione degli scenari locali.

Note

(1) La rete internazionale INECOM (International Network for Cultural Epidemiology and Community Mental Health) è costituita da dieci équipes nazionali: Brasile, Canada (Québec), Costa d'Avorio, Francia, Guatemala, India, Italia, Mali, Perù, Romania. In merito, si può ad esempio vedere per maggiori dettagli: CORIN E. - BIBEAU G. - UCHÔA E. 1993.

[traduzione dall'inglese di Massimiliano Minelli]

Riferimenti bibliografici

- BEBBINGTON P. (1980), *Causal models and logical inference in epidemiology psychiatry*, "British Journal of Psychiatry", 136, 1980, pp. 317-325.
- CLIFFORD James (1993 [1988]), *I frutti puri impazziscono. Etnografia, letteratura e arte nel XX secolo*, trad. dall'inglese, Bollati Boringhieri, Torino [ediz. orig.: *The predicament of culture. Twentieth-century ethnography, literature and art*, Harvard University Press, Cambridge - London, 1988].
- CORIN Ellen (1995), *The cultural frame. Context and meaning in the construction of health*, pp. 272-304, in AMICK III B.C. - LEVINE S. - TARLOV A.R. - WALSH D.C. (curatori), *Society and health*, Oxford University Press, Oxford.
- CORIN Ellen - BIBEAU Gilles - MARTIN Jean-Claude - LAPLANTE Robert (1990), *Comprendre pour soigner autrement. Repères pour régionaliser les services de santé mentale*, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal.
- CORIN Ellen - BIBEAU Gilles - UCHÔA Elisabeth (1993), *Éléments d'une sémiologie anthropologique des troubles psychique chez les Bambara, Soninké et Bwa du Mali*, pp. 125-156, in CORIN Ellen (curatore), *Folies / Espaces de sens*, "Anthropologie et Sociétés" (Université Laval, Québec), vol. 17, n. 1-2, 1993, pp. 5-237.
- FABREGA Horacio Jr. (1989), *On the significance of an anthropological approach in schizophrenia*, "Psychiatry", 52, 1989, pp. 45-65.
- FANON Frantz (1961 [1962]), *Les damnés de la terre*, prefazione di Jean-Paul SARTRE, Maspéro, Paris [ediz. italiana: *I dannati della terra*, prefazione di Jean-Paul SARTRE, trad. dal francese di Carlo CIGNETTI, Einaudi, Torino, 1962].
- FLAHERTY J.A. - CAVIRIA F.M. - PATHAK D. et al. (1988), *Developing instruments for cross-cultural psychiatric research*, "The Journal of Nervous and Mental Disease", 176, 5, 1988, pp. 257-263.
- GEERTZ Clifford, (1990 [1988]), *Opere e vite. L'antropologo come autore*, trad. dall'inglese di Silvia TAVELLA, ediz. italiana a cura di Pier Giorgio SOLINAS, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *Works and lives. The anthropologist as author*, Standford University Press, Standford, 1988].
- GOOD Byron (1977), *The heart of what's the matter. The semantics of illness in Iran*, "Culture, Medicine and Psychiatry", 1, 1977, pp. 25-58.
- GOOD Byron (1994), *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge.
- KEESING Roger (1976), Corso di lezioni di antropologia alla McGill University, Montréal.
- KIRMAUER Laurence (1989), *Cultural variation in the response to psychiatric disorders and emotional distress*, "Social Science & Medicine", 29, 1989, pp. 327-339.

- KLEINMAN Arthur (1980), *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles - London.
- KLEINMAN Arthur (1986), *Social origins of distress and disease. Depression neurasthenia and pain in modern China*, Yale University Press, New Haven - London.
- KLEINMAN Arthur (1987), *Anthropology and psychiatry*, "British Journal of Psychiatry", 151, 1987, pp. 447-454.
- LEIGHTON Alexander H. (1959), *My name is Legion. Foundation for a theory of man in relation to culture*, vol. 1. *The Stirling County Study of psychiatric disorder and sociocultural environment*, Basic Books, New York.
- LEIGHTON Alexander H. (1991), *Social science and psychiatric epidemiology. A difficult relationship. Lecture to the Psychiatric Epidemiology and Social Sciences*, World Psychiatric Association, Oslo.
- LEIGHTON Alexander H. - HARDING J.S. - MACKLIN D.B. - MACMILLAN A.M. - LEIGHTON A.M. (1963), *The character of danger. Psychiatric symptoms in selected communities*, vol. III. *The Stirling County Study*, Basic Books, New York.
- MUDIMBE V.Y. (1988), *The invention of Africa*, Indiana University Press, Bloomington - Indianapolis.
- PANDOLFI Mariella (1991), *Itinerari delle emozioni. Corpo e identità femminile nel Sannio campano*, Franco Angeli, Milano.
- SAID Edward (1978 [1991]), *Orientalism*, Pantheon, New York [ediz. italiana: *Orientalismo*, Bollati Boringhieri, Torino, 1991].
- SARTORIUS N. - JABLENSKY A. - SHAPIRO R. (1978), *Cross-cultural differences in the short term prognosis of schizophrenic psychoses*, "Schizophrenia Bulletin", 4, 1978, pp. 102-113.
- SARTORIUS N. - JABLENSKY A. - KORTEN A. - ERNBERG G. - ANKER M. - COOPER J.E. - DAY R. (1986), *Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures*, "Psychological Medicine", 16, 1986, pp. 909-928.
- UCHÔA Elisabeth (1993), *Espace dévolu, espace désiré, espace revendiqué. Indifférenciation et folie d'Ajaratou*, pp. 157-172, in CORIN Ellen (curatore), *Folies / Espaces de sens*, "Anthropologie et Sociétés" (Université Laval, Québec), vol. 17, n. 1-2, 1993, pp. 5-237.
- VATTIMO Gianni (1987), *Ermeneutica come koiné*, "Aut Aut", n. 217-218, 1987, pp. 3-11.
- WESTERMEYER J. (1989), *Psychiatric epidemiology across cultures. Current issues and trends*, "Transcultural Psychiatric Research Review", 26, 1989, pp. 5-25.

Scheda sull'Autore

Gilles Bibeau, nato a Tracy (Québec, Canada) nel 1940, è professeur titulaire, dal 1987, nel Département d'anthropologie, Université de Montréal, di cui è stato direttore nel periodo 1981-1992. È direttore del Groupe interuniversitaire de recherche en anthropologie médicale et en ethnopsychiatrie (GIRAME), in cui confluiscono ricercatori di differenti università canadesi. È stato fondatore e co-direttore della rivista quadrimestrale "Psychotropes. Un journal d'information sur les drogues et leurs usages" (Montréal) e uno dei fondatori della rivista quadrimestrale "Santé Culture / Culture Health" (Montréal). È inoltre international editor della "Medical Anthropology Quarterly" (Washington). È stato uno dei fondatori della Association canadienne d'anthropologie médicale (ACAM) ed è attualmente presidente della Association canadienne des études africaines (ACEA).

Dal 1966 al 1978 ha condotto ricerche sulle medicine e le religioni africane dedicandosi in particolare allo studio delle loro trasformazioni nei contesti urbani. Sul territorio del Québec, ha lavorato negli ultimi quindici anni intorno alle culture della sessualità, ai contesti sociali del consumo di stupefacenti, alle rappresentazioni culturali dell'Aids, alla sindrome di affaticamento psichico costituita dal cosiddetto *burn-out*. Partendo da uno studio etnografico dei problemi di salute mentale realizzato nell'Abitibi, una periferica regione agricolo-forestale-mineraria del Québec, ha progressivamente messo a punto, insieme ad Ellen Corin e ad altri ricercatori, un modello di ricerca incentrato sui "sistemi di segni, di significati e di pratiche concernenti la salute mentale", che progressivamente perfezionato, sta alla base di un progetto internazionale di ricerca comparata (INECOM) al quale partecipano, oltre al Canada, numerosi paesi d'Africa, Europa, Asia e America Latina. Nella prospettiva antropologica di ricerca conoscitiva-operativa sui problemi della salute, sta attualmente lavorando presso alcuni gruppi di immigrati a Montréal e sul territorio di alcuni paesi dell'Africa occidentale. In riferimento specifico al Québec, sta elaborando una modellistica concernente la problematica della costruzione di una società etnicamente pluralistica.

Fra le sue principali pubblicazioni recenti: (in collaborazione con Ellen E. Corin - Jean-Claude Martin - Robert Laplante), *Comprendre pour soigner autrement. Repères pour régionaliser les services de santé mentale*, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 1990, 258 pp. / (in collaborazione con Alice M. Chan-Yip - Margaret Lock - Cécile Rousseau - Carlo Sterlin, con la collaborazione di Hans Fleury), *La santé mentale et ses visages. Un Québec pluriethnique au quotidien*, Gaëtan Morin Éditeur - Le Comité de Santé Mentale au Québec, Boucherville, 1992, XXII+289 pp. / (in collaborazione con Marc Perreault), *Dérives montréalaises. Itinéraires de toxicomanies dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve*, Boréal, Montréal, 1995, 224 pp. / *Beyond textuality. Ascetism and violence in anthropological interpretation*, di cui è curatore insieme a Ellen E. Corin, Mouton - De Gruyter, Berlin - New York, 1995, XIV+364 pp. Dovrebbe uscire prossimamente nella "Transcultural Psychiatric Research Review" (Montréal) il suo saggio *Cultural psychiatry in a creolizing world. Questions for a new research agenda*.

Riassunto

Antropologi nel campo della salute mentale. Un programma finalizzato alla ricerca qualitativa

L'antropologia medico-psichiatrica è indissociabile dalle correnti semiologica, fenomenologica e critica che caratterizzano in modo crescente l'insieme delle discipline antropologiche. Gli antropologi impegnati nello studio dei problemi della salute sono altresì chiamati a precisare le loro posizioni rispetto all'epidemiologia, ai criteri di affidabilità e di validità, e all'uso sempre più diffuso di strumenti standardizzati per la raccolta dei dati, di qualsiasi natura essi siano, demografici, sociali e culturali. Dopo aver messo in guardia gli antropologi dai rischi di sovraculturalizzare i problemi della salute, l'Autore propone due direzioni di sviluppo per l'antropologia medico-psichiatrica: la prima, ispirata al lavoro di Alexander H. Leighton, mette in primo piano soprattutto la dimensione sociale dei problemi della salute; la seconda, ripresa da uno studio comparativo internazionale (INECOM), si sforza di combinare gli aspetti sociali e culturali entro un modello semiologico e contestuale. L'articolo si conclude ricordando come tutta la pratica antropologica dovrebbe contemporaneamente radicarsi nelle dinamiche comunitarie e nelle rappresentazioni culturali, senza mai dimenticare, tuttavia, le condizioni socio-economiche del contesto in cui le persone quotidianamente vivono.

Sommaire

Les anthropologues dans le champ de la santé mentale. Un programme de recherche qualitative

L'anthropologie médico-psychiatrique est indissociable des courants sémiologique, phénoménologique et critique qui marquent de plus en plus profondément l'ensemble de la discipline anthropologique. Les anthropologues de la santé doivent aussi préciser leurs rapports à l'épidémiologie, aux critères de fiabilité et de validité, et à l'usage de plus en plus répandu d'instruments standardisés dans la cueillette des données, de quelque nature qu'elles soient, démographiques, sociales ou culturelles. Après avoir mis les anthropologues en garde contre les dangers de surculturalisation des problèmes de santé, l'Auteur propose deux voies de développement pour l'anthropologie médico-psychiatrique: la première est inspirée des travaux de Alexander H. Leighton et met surtout de l'avant la dimension sociale des problèmes de santé; la seconde est empruntée à une étude internationale comparative (INECOM) et s'efforce de combiner les aspects sociaux et culturels au sein d'un modèle sémiologique et contextuel. L'article s'achève sur le rappel que toute pratique anthropologique doit pouvoir à la fois s'enraciner dans les dynamiques communautaires et les représentations culturelles, sans cependant jamais oublier les conditions socioéconomiques de contexte dans lesquelles les personnes vivent quotidiennement.

Resumen

Los antropólogos en el campo de la salud mental. Un programa de investigación cualitativa

El desarrollo de la antropología médico-psiquiátrica está profundamente enlazado a la perspectiva semiológica, fenomenológica y crítica que cada vez más define la disciplina antropológica. Los antropólogos especializados en el estudio de los problemas de salud mental han debido confrontarse con los preponderantes métodos de la epidemiología, los criterios de fidelidad-validez, y el uso masivo de instrumentos estandarizados para recoger toda suerte de datos, demográficos, sociales así como culturales. El Autor, subrayando el actual riesgo de la sobreculturalización de los problemas de salud, propone para equilibrar el *trend* cultural dominante los siguientes caminos principales: el primero está inspirado a los trabajos de Alexander H. Leighton y tiende a conectar los problemas individuales de salud a las condiciones sociales; el segundo, ligado al proyecto internacional INECOM, combina aspectos sociales y culturales en un modelo semiológico y contextual. El Autor termina recordando que la práctica antropológica debería fundarse en el estudio de las dinámicas de la comunidad y de las representaciones culturales, sin olvidar las condiciones del contexto socioeconómico en el cual las personas viven cotidianamente.

Abstract

Anthropologists in the field of mental health. An agenda for qualitative research

The development of medical and psychiatric anthropology is deeply interwoven with the semiological, phenomenological and critical approaches that shape nowadays the discipline of anthropology. Anthropologists specializing in the study of health problems are also requested to situate themselves vis-à-vis the prevalent epidemiological methods, the reliability-validity criteria, and the massive use of standardized instruments for collecting all sorts of data, demographic, social as well as cultural. The Author stresses the actual danger of overculturalizing health problems and proposes to counterbalance the dominant cultural trend in following two main avenues: the first is inspired by the work of Alexander H. Leighton and tends to connect individual problems of health to social conditions; the second that is linked to the international project INECOM combines social and cultural aspects within a semiological and contextual framework. The Author ends up reminding that the anthropological practice should be grounded in the study of community dynamics and cultural representations, without forgetting the contextual socioeconomic conditions in which persons live on a daily basis.