

Progetto terapeutico e vissuto culturale: l'esperienza del dipartimento di salute mentale nel territorio valsesiano

MARINELLA MAZZONE

Summary – THERAPEUTIC PROJECT AND CULTURAL INNER EXPERIENCE: THE EXAMPLE OF THE MENTAL HEALTH DEPARTMENT IN THE VALSESIAN TERRITORY. The article wants to convey the 40-year experience of territorial psychiatry. The multiprofessional workgroup has progressively gained an ever-deeper awareness about the importance to consider the patient and his family in the cultural aspects, including the lifestyle, the way of thinking, the place of belonging and the social group's story. Some theoretical-methodological considerations and few clinical cases are presented to underline the work team's engagement. Progresses in the therapeutic-rehabilitative project have been possible only using cultural aspects.

Keywords: CONTESTO CULTURALE, PROGETTO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO, EQUIPE MULTIPROFESSIONALE

Solo gradualmente ho preso consapevolezza dell'importanza degli aspetti culturali nella mia esperienza di psichiatra in quasi quarant'anni di impegno sia nel lavoro clinico che nella pratica istituzionale nell'organizzazione dei Servizi nella rete territoriale. La riforma psichiatrica e l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale in Italia, dal 1978, ha collocato il lavoro clinico in modo prevalente nel territorio, realizzando la vicinanza e il confronto con la cultura del paziente, della sua famiglia e del gruppo locale di appartenenza, cioè il "modo di vivere e di pensare" secondo la definizione molto sintetica ma incisiva che Giovanni Turcotti (1973) dava della cultura nelle sue lezioni.

L'incontro con la cultura della persona, non solo raccontata nello studio del terapeuta ma scoperta anche dal terapeuta che si muove nel luogo dove vive il paziente con la sua famiglia nel contesto ambientale è imprescindibile per il progetto terapeutico. Negli ultimi decenni c'è una consapevolezza maggiore che l'attenzione alla cultura non può più essere esclusa dalla psichiatria, sia negli aspetti teorici che clinici. L'attenzione culturale, nella pratica territoriale, ci deve aiutare a mettere nella giusta evidenza, come scriveva Leff alla conclusione del suo libro "Psichiatria e Culture" nel

1988, il concetto di relativismo culturale, attraverso la consapevolezza che nell'incontro con l'altro entrano in campo le reciproche vicende delle dinamiche culturali individuali e sociali con il rischio che l'operatore, non sufficientemente consapevole della propria mentalità "etnocentrica", lasci entrare in campo troppi aspetti delle proprie "proiezioni" culturali [5].

È necessario mettersi in relazione con l'altro attraverso una "identificazione culturale" che - come scriveva Rovera quarant'anni fa (1976) - significa rendersi partecipi dei referenti culturali, socio-economici e socio-politici, diventando molto rispettosi dei valori dell'altro [10].

"Solo quando ci si rende conto - conclude Leff - che ognuno di noi abita una particolare nicchia culturale, diventa possibile esaminare i nostri assunti e le nostre convinzioni in relazione a quelli esistenti in altre culture" [5].

L'attenzione culturale e transculturale va intesa nel senso di una apertura, di qualcosa che passa da una parte all'altra, da una persona all'altra, fa parte del bagaglio operativo come prospettiva metodologica che ci spinge a considerare la cultura e il vissuto culturale interiorizzato come uno dei cardini del progetto terapeutico e della sua graduale costruzione.

La cultura non si presenta come un tutto unitario ma implica l'esistenza di sotto-culture, come è noto in sociologia e antropologia.

I gruppi culturali (le sotto-culture) possono essere definiti sulla base della qualità e della quantità della comunicazione "come sotto-insiemi di elementi culturali che si caratterizzano per una variante differente o specializzata (etnica, professionale, politica, sportiva, religiosa, auxologica) o come forma di opposizione, di devianza (tossicomania, criminalità), di minoranza" [10].

C'è la cultura del montanaro, c'è la cultura del contadino, c'è la cultura della portinaia e quella del pensionato.

La società è ovunque multiculturale.

Quante le variazioni nel territorio che afferisce al Dipartimento di Salute Mentale di Vercelli e della Valsesia, che ho diretto fino all'ottobre 2010.

L'osservatorio è estremamente variegato, dalla bassa pianura vercellese, dalle risaie alle alte montagne oltre i 4000 metri di altezza del Monte Rosa, con piccole comunità di abitanti a 1200-1400 metri, lungo un percorso di Km 120: variazioni di paesaggio, di colori, di orizzonti, variazioni di mentalità, di atteggiamenti.

È diverso aprire la finestra al mattino e vedere un ampio orizzonte di pianura sulla risaia o vedere una valle che sale o che scende, sbarrata dal grande Monte Rosa.

Anche il paesaggio esterno si interiorizza e diventa vissuto culturale che impregna lo stile personale attraverso le prime relazioni infantili con le figure genitoriali che trasmettono al bambino i primi pensieri e le prime esperienze sull'esistenza, guardando i grandi spazi della pianura con il cielo stellato di Kantiana memoria oppure sperimen-

tando il fascino o la fatica della salita del montanaro per gli ultimi lavori dell'alpeggio. Dobbiamo perciò porre molta attenzione agli aspetti regionali e locali.

Un individuo appartiene sempre, in un certo modo, alla cultura più generale (esempio nazionale) e partecipa, insieme e sempre, a gruppi culturali più specifici (le sottoculture) e questo è sempre più evidente quanto più le società diventano complesse e polisegmentate. Tutto questo deve essere tenuto ben presente nei differenti momenti dell'intervento clinico.

L'attenzione alla cultura deve essere presente ANCOR PRIMA del FARE, nel PENSARE i diversi momenti dell'intervento:

- la prevenzione
- il primo incontro con il paziente e il suo contesto e la diagnosi clinica
- il progetto terapeutico-riabilitativo
- la terapia, specialmente a lungo termine.

Nella pratica clinica psichiatrica, l'incontro tra terapeuta e paziente, tra gruppo curante e paziente con la sua famiglia e il suo contesto, deve comprendere la storia del soggetto, intesa come rete bio-psico-socio-culturale.

La storia del soggetto emerge da un intreccio di angolature differenti, si colloca in uno spazio preciso, in luoghi definiti, anche ben visibili dall'operatore che si muove nel territorio.

Luoghi magari anche condivisi e in parte conosciuti che possono emergere nell'ascolto dell'operatore sensibilizzato e attento, attraverso il racconto del paziente che a volte apporta, con le sue manifestazioni psicopatologiche, espressioni molto significative delle radici culturali di cui egli è sostanziato e alle quali l'operatore stesso può partecipare [7].

Il fattore culturale è parte imprescindibile della strutturazione della personalità.

La scuola psicodinamica di Alfred Adler, già nei primi decenni del '900 ne aveva sottolineato l'importanza, ponendo anche l'accento sugli elementi culturali nell'interpretazione dei sogni e sul valore culturale dei simboli [1, 2].

Il fattore culturale, definito come "il modo di vivere, la tradizione, l'ambiente, il modo di interpretare e di trasformare la realtà del gruppo nel quale si è nati e si è stati allevati" [13] è parte di ogni reazione psichica e deve essere sempre considerato nelle nostre proposte terapeutiche di territorio.

La clinica deve inglobare, nelle proprie "chiavi di lettura", la conoscenza anche della cultura cui appartiene il paziente, poiché spesso il dato clinico proposto trova la propria espressione più significativa attraverso i determinanti culturali e, solo in tale contesto, il dato clinico sintomatologico appare leggibile e storicizzabile e portatore di significato.

Attraverso questa attenzione culturale è possibile dare significato ad espressioni psicopatologiche che possono sembrare "bizzarre" o "deliranti", e magari non lo sono affatto, alla luce della cultura del paziente.

Circa il problema della diagnosi in psichiatria, se da un lato riconosciamo la necessità di un orientamento che possa dare ordine attraverso un comune linguaggio classificatorio, dall'altro lato dobbiamo tenere presente il pericolo della riduttività di tale operazione.

La psichiatria, infatti, non è una scienza rigorosa: essa si situa tra un suo ideale statistico e descrittivo generale e quadri particolari che si rifanno alla struttura empirica degli stati soggettivi, secondo un orientamento sia di tipo nomotetico che di tipo ideografico [10, 11].

E questo, in psicologia e psichiatria culturale, si ritrova nella descrizione degli orientamenti etico ed emico della cultura [4, 14], su cui già negli anni passati avevano insistito G. G. Rovera e R. Terranova Cecchini nei loro preziosi insegnamenti circa l'analisi culturale di alcuni casi clinici in cura al Servizio Psichiatrico territoriale di Borgosesia.

Se diventiamo osservatori attenti, ci renderemo conto che la persistenza di tracce di cultura tradizionale pre-scientifica, è ancora molto ben presente nei nostri territori.

Come scrive Bartocci [3], nella prefazione al manuale di Psichiatria Culturale di Tseng "è la cultura che fa afferire un paziente all'esorcista invece che al medico".

Una tematica molto interessante è, ad esempio, quella dell'influenzamento. Noi sappiamo che quando una persona sta male e soffre in alcuni casi può più facilmente attingere alla tradizione culturale pre-scientifica per dare alcune spiegazioni, talvolta rassicuranti, al proprio malessere.

Nella nostra esperienza, in alcuni casi di area psicotica, con tematiche di influenzamento, è frequente trovare che la negazione della malattia psichiatrica in termini scientifici è rinforzata da credenze popolari cui aderiscono i familiari e/o il paziente che attingono ad un pensiero magico, sovrannaturale, di difesa di fronte all'angoscia della malattia.

Normalmente questi aspetti di credenze popolari non vengono riferiti facilmente nella raccolta dei dati anamnestici, anzi sono spesso tenuti nascosti.

Un indicatore può essere che il paziente e i suoi familiari hanno molta difficoltà ad avvicinarsi al Centro di Salute Mentale per una richiesta di intervento sanitario, spesso girano su più agenzie sanitarie, pubbliche e private, e non conferiscono fiducia a nessuna agenzia che non riescono a scegliere né ad accettare.

C'è da prevedere, in questi casi, una fase iniziale del contatto particolarmente laboriosa, che può anche durare a lungo nel tempo.

Il paziente può riferirsi contemporaneamente, ad esempio, a due agenzie terapeutiche entrambe di linea scientifica, facendo un gioco di sovrapposizione: agenzie del Servizio Sanitario Nazionale e dell'Università con una dinamica di potere, di sapere, di

prestigio. A questa dinamica si prestano anche le agenzie stesse che non riescono a dialogare tra di loro, i sanitari non collaborano, neppure si telefonano, più attenti alla difesa del proprio prestigio sanitario che non ad un atteggiamento favorente la costruzione di una rete terapeutica per il paziente.

Oppure il paziente può riferirsi ad un'agenzia sanitaria e, contemporaneamente cercare l'apporto di terapie tradizionali pre-scientifiche.

Bisogna accettare questi aspetti per non lacerare ulteriormente il reticolo culturale di cui fa parte il paziente e tenerne conto, soprattutto nella presa in carico iniziale di casi che possiamo definire "difficili" e gravi.

In alcuni casi sarà poi possibile riunificare l'intervento mano a mano che si costruisce il lavoro terapeutico, in altri casi questa riunificazione non sarà possibile e in altri casi ancora sarà necessario accogliere interventi paralleli, anche di tradizione culturale non scientifica. Il riferimento culturale deve essere particolarmente considerato nella terapia psichiatrica a lungo termine, negli interventi riabilitativi di lunga durata per pazienti che evolvono verso la cronicità.

Il progetto riabilitativo si scandisce in momenti finalizzati ad accompagnare il paziente lungo un percorso caratterizzato da azioni concrete che devono "risuonare" con la cultura del paziente.

Nella riabilitazione è fondamentale cercare di rivitalizzare possibilità sopite, risorse ancora presenti, che sembravano ormai perse.

L'azione riabilitativa prende senso anche teorico se si riferisce al reticolo culturale.

Già molti anni fa, nella seconda metà degli anni '80 (nel 1986-1989), Gian Giacomo Rovera e Rosalba Terranova Cecchini ci insegnavano, in alcuni seminari tenuti in Valsesia, che una serie di attività, considerate dagli psichiatri di second'ordine perché "assistenziali", prendevano il valore di scientificità ed era fondamentale individuare quali erano gli "oggetti" culturali da ritrovare e da manipolare che potessero riattivare l'attenzione e il desiderio del paziente.

Si tratta di oggetti e gesti del quotidiano, in relazione ad abilità ridotte circa la pulizia personale, il vestiario, la casa, i modi dell'alimentazione: settori rilevanti nella terapia riabilitativa della psicosi cronica, al fine del mantenimento di una qualità di vita dignitosa e sintona con la storia culturale del paziente.

La riabilitazione psichiatrica - diceva Terranova Cecchini a Borgosesia, nel 1986, a medici e infermieri (allora il Servizio non disponeva ancora di educatori) - è "un lavoro di riattivazione dell'attenzione e del desiderio, culturalmente determinati, del paziente: usando una metodologia favorente l'esperienza ottimale della cultura del paziente, vuoi con il colloquio psicoterapeutico, vuoi con le attività psicosociali e nel rispetto delle scelte individuali".

Penso ad alcuni di loro, al modo di lavarsi di Giacomo e di Fulgido, al frigorifero "stregato" di Carla che non aveva dimestichezza con la tecnologia moderna.

Il personale infermieristico faceva notare che Giacomo e Fulgido erano estremamente trasandati e sporchi, che avevano atteggiamenti oppositivi e negativistici quando venivano incoraggiati all'igiene personale, ma certamente l'invito ad andarsi a lavare con il bagnoschiuma in una doccia, in ambiente ospedaliero, non era poi così in sintonia con il loro lavarsi abituale, fin dall'infanzia, per lo più all'aperto nella bella stagione, nella parte retrostante l'abitazione sul limitare di un bosco.

Oppure uno dei nostri numerosi pazienti di montagna che si sentiva molto triste e troppo solo e avrebbe voluto provare ad alloggiare altrove, per un paio di mesi invernali. Ma certamente la sistemazione in un "gruppo appartamento", in un piccolo condominio di un paese in bassa valle, era uno strappo eccessivo al suo modo abituale di vivere, confermandosi come proposta impropria, com'era facilmente prevedibile, che si concluse in una decina di giorni.

Anche se non è facile da attuare, bisogna imparare a procedere nella relazione con il paziente, attraverso "l'identificazione culturale" (G. G. Rovera), lungo un percorso che sia anche un "viaggio nella cultura dell'altro" [13], attraverso una analisi che collochi il paziente nel proprio reticolo culturale, rilevandone gli elementi di frattura con lo stesso. A volte, invece, noi forziamo il nostro paziente e non teniamo conto del suo reticolo culturale. La norma, il comportamento, la mentalità vanno riportate al modello culturale in cui il soggetto è vissuto.

Qual è la mentalità e le idee condivise dal gruppo di appartenenza del paziente?

È necessario porre attenzione alle variabili culturali e ricordare l'insufficienza dei parametri di riferimento dei cosiddetti "soggetti normali mitteleuropei" su cui si fondano la maggior parte dei trattati di psichiatria e di psicopatologia, che talvolta poco si adattano alla comprensione del nostro paziente, ad esempio di montagna o di campagna. Come già detto, dobbiamo avere consapevolezza della nostra mentalità "etnocentrica". Questo, ovviamente, è di estrema importanza nel momento della valutazione diagnostica.

La psichiatria territoriale, come più volte sottolineato, è campo di estremo interesse per gli aspetti culturali. L'incontro con il paziente avviene attraverso la parola, l'azione e l'ambiente. L'operatore deve essere buon conoscitore del territorio: ciò facilita il riconoscimento della cultura propria e dell'altro.

Vedere e conoscere i luoghi dove la storia della persona, sia essa "normale" o "patologica", si è svolta, ci permette di dare senso a certi sintomi che, anche interpretabili come segni di "malattia", hanno tutta una propria specificità personale e di recuperare la dimensione tragicamente umana e viva di alcune vicende che non possono essere comprese se il terapeuta rimane "dentro" l'istituzione: bisogna andare "fuori", conoscere bene il territorio, per poter ridare senso a certi segni [8].

Il territorio è fonte inesauribile di arricchimento scientifico, in quanto ci obbliga a fare, e insieme ci facilita, una lettura più attenta del dato culturale.

È necessario un lavoro interdisciplinare per una comprensione più vasta della nostra operatività, che ci spinga ad unire al sapere psichiatrico "più classico" una conoscenza socio-antropologica che trasformi l'osservazione clinica in osservazione "partecipante" che includa anche le coordinate storiche e situazionali in cui è inserito "quel" determinato paziente.

Il dato culturale ci obbliga ad una rilettura del dato clinico e in alcuni casi a ridimensionarne certi aspetti.

Ad esempio, a volte, in modo troppo precipitoso abbiamo rischiato di definire "deliranti" aspetti che forse non lo erano, perché si riferivano ad una cultura ancora condivisa dal gruppo sociale di appartenenza oppure esprimevano in modo forse un po' troppo accentuato o caricaturale o metaforico situazioni specifiche, ambientali, logistiche non facilmente pensabili dall'operatore che, in seguito, le coglieva in una visita domiciliare al paziente e alla sua famiglia.

A volte il nostro paziente parla attraverso immagini, anche poetiche, piuttosto che con concetti astratti; a volte parla attraverso sintomi corporei, rappresentativi di uno stato d'animo, piuttosto che con una riflessione e il riconoscimento dell'emozione e del sentimento.

Voglio qui ricordare, anche con una nota di profonda tristezza per l'ingiustizia inferta, la vicenda di Severina, che allora aveva 58 anni, proveniente dalla frazione S. Gottardo di Rimella (Alta Valsesia) a 1329 metri di altitudine.

Siamo nel 1978: nella prima fase della psichiatria territoriale, quando è ancora in funzione l'Ospedale Psichiatrico di Vercelli. Severina aveva sempre vissuto nella Valle di Rimella. L'ambiente montano di Rimella è caratterizzato da terreno molto roccioso, ripidi pendii, corsi d'acqua torrentizi, abbondanti piogge e nevicate che nei decenni passati hanno comportato una costante difficoltà nei collegamenti sia con l'esterno, verso il fondo valle, sia all'interno fra i gruppi abitativi collocati nelle 14 frazioni che costituiscono la comunità che viveva in insediamenti stabili o stagionali, dispersi su poggi e declivi aperti e assolati, che vanno dai 967 metri di altitudine del Grund ai 1410 metri di San Giorgio.

Il senso di separazione e di isolamento è stato sentito a lungo ed è ben spiegabile se si pensa che solo nel 1969 era stata completata la strada carrozzabile che dal ponte delle Due Acque arriva fino alla frazione "Tser chilchu" (Zentrum), alla Chiesa (m.1176).

Un tempo a San Gottardo c'era anche la maestra nella piccola scuola elementare e Severina aveva sempre vissuto sulla montagna, passando la sua vita tra San Gottardo e gli alpeggi più alti nella stagione estiva.

Da poco era morta la sorella maggiore con cui aveva sempre vissuto e Severina presentò un quadro confusionale incompatibile con una vita solitaria a San Gottardo. Per le cure necessarie le avevano fatto credere che l'avrebbero portata a Varallo, cittadina non tanto lontana da Rimella, che chiude la parte montuosa della Valsesia.

Invece, quasi a tradimento, venne ricoverata nell'Ospedale Psichiatrico di Vercelli, nella bassa pianura a 100 chilometri di distanza.

Ci vollero parecchi mesi perché ella riuscisse a recuperare l'orientamento spazio-temporale e la memoria, insieme alla difficoltà a rendersi conto di dove si trovasse, in un luogo completamente estraneo, lontano e diverso dagli orizzonti abituali ora che era prevalentemente collocata in un grande camerone molto affollato dell'Ospedale Psichiatrico.

A mano a mano che Severina recuperava i ricordi del suo passato, incominciò ad esprimersi con frasi di questo tipo: "per me non c'è più nulla da fare", "io sono all'inferno", "sono all'inferno", "sono morta, sono morta", con una carica di angoscia e di disperazione sempre maggiore.

Io, fresca di studi, pensai al possibile instaurarsi di alcuni elementi di una sindrome di Cotard. Un giorno d'estate, durante una escursione domenicale, andavo con un gruppo di amici lungo il sentiero che dalla frazione Uber Dorf (Villaggio Alto) porta alla "Posa dei Morti" e, all'improvviso, mi apparve, un poco più in basso, in tutto il suo splendore, la piccola frazione di San Gottardo, sul ripido pendio poco sopra l'Enderwasser.

Non potemmo fare a meno di soffermarci un poco ad ammirare: era uno spettacolo! All'improvviso qualcuno del gruppo disse: "ma qui, è proprio un paradiso!"

In quel momento capii tutta la disperazione di Severina e compresi che la diagnosi clinica non era una sindrome di Cotard.

Purtroppo Severina non rivide più i verdi pascoli del suo San Gottardo, perché rimase per molti anni nell'Ospedale di Vercelli, dove morì, quasi dimenticata.

Dunque, nella cura a lungo termine, il progetto terapeutico riabilitativo deve essere personalizzato e pensato in riferimento alla cultura del paziente.

Per poter rivitalizzare qualcosa di un paziente che si sta cronicizzando e spegnendo è necessario saper attingere, creativamente, dalla sua cultura elementi esperienziali significativi della sua storia di vita per formulare un progetto terapeutico a cui il paziente possa più facilmente aderire: noi dobbiamo cercare di sentire "con le orecchie dell'altro" e di vedere con "gli occhi dell'altro".

Imparare "il linguaggio del paziente", i suoi modi di dire, gli aspetti prosodici della lingua, la tonalità e la sfumatura di intonazione, che possono talvolta condurre a malintesi comunicativi. Riconoscere il comportamento non verbale e le differenze culturali nel significato dei gesti.

Nel 1992, Berry, Poortinga, Segall, Dasen scrivevano "fino ad oggi non è ancora molto chiaro quanto spesso e quanto gravemente gli incontri interculturali siano danneggiati da una insufficiente sensibilità per gli aspetti prosodici e pragmatici della lingua o dagli errori della comunicazione non verbale" [4].

Ancora oggi tutto questo non è patrimonio molto diffuso e condiviso e tutto questo non è solo applicabile su vasta scala, nell'incontro tra nazionalità ed etnie diverse, ma

anche all'interno di ambiti regionali più ridotti, ad esempio tra la città e la montagna. Il riconoscimento del valore della tradizione è indispensabile nella gestione di casi clinici "particolari".

A questo proposito ricordo che quasi trent'anni fa il Centro di Salute Mentale di Borgosesia era impegnato nella gestione di un caso complesso facente parte di una comunità walser di montagna, ancora bene tipizzata [6].

L'operatività del Servizio venne più volte messa in crisi e solo dopo che l'équipe fu in grado di cogliere che alcuni comportamenti del paziente e della sorella avevano un significato secondo una regola tradizionale diversa da quella che caratterizzava il gruppo degli operatori, il Servizio seppe proporre una strategia terapeutica più sintona alla cultura del paziente e quindi più efficace.

Il nostro paziente viveva, solo, nella antica casa di origine, separata da un terrazzo di pochi metri in faccia alla casa dove abitava la sorella, sposata, casa quest'ultima di proprietà del cognato.

Dopo un paio di anni di interventi sanitari, con varie vicissitudini cliniche, il quadro si era discretamente stabilizzato ed erano venuti in primo piano necessità del quotidiano. L'idea di coinvolgere la sorella, almeno parzialmente, in questo era scontata, ma capimmo subito che ci stavamo inoltrando in una rete di rapporti tradizionali tra paziente, sorella e cognato che dovevamo attentamente rispettare.

Quando il nostro paziente sottolineava che "la sorella era sposata" con una particolare intonazione della voce, voleva dirci che una barriera, imposta dalla tradizione, lo separava da lei, ben al di là della terrazza che separava le due case.

E quando il paziente, durante un colloquio al Servizio, aveva riferito di essere andato dalla sorella per chiedere un piatto di minestra, aveva precisato che si era rivolto a lei dicendole: "non, dammi da mangiare!", bensì "se puoi, se puoi, dammi da mangiare", "se puoi" ... e lo ripeté più volte.

Quel "se puoi", così formalmente espresso e comunicato al terapeuta con una particolare intonazione della voce sottintendeva il riconoscimento di una posizione arbitraria nel chiedere, nei confronti della sorella in relazione al suo stato di donna sposata, vincolata alla decisione del capo famiglia, il cognato.

Nella comunità, infatti, secondo la tradizione antica, lo stato matrimoniale comportava per la donna un vero e proprio sradicamento dalla famiglia di origine, con cui veniva a cessare ogni legame.

Nel passato, questo fatto era così sottolineato nella relazione tra madre e figlia, futura sposa, che nel rituale antico la madre non partecipava alle nozze e ai festeggiamenti ma viveva un periodo di cordoglio che i rimellesi definivano come "lutto" perché equivaleva alla perdita di una persona cara [12] e la tradizione aveva ritualizzato tutta la cerimonia nuziale con una serie di passaggi simbolici finalizzati a rendere meno drammatica tale esperienza.

Ritornando al nostro paziente, era evidente che non erano più facilmente attivabili a ritroso posizioni di solidarietà fraterna che la tradizione definiva non più esistenti. Noi capimmo allora che per organizzare l'intervento dovevamo assolutamente passare attraverso la condivisione e l'autorizzazione del cognato.

Da allora abbiamo imparato, concretamente, attraverso l'esperienza clinica che il parametro culturale non può essere escluso nella progettazione dell'intervento terapeutico, e in particolare per le cure a lungo termine, nell'area della riabilitazione e per il reintegro sociale, ricordando quanto scrive Leff, citando Kleinman "il trattamento medico di una malattia cronica senza un significativo intervento psicosociale, ottiene solo un effetto alquanto limitato sulla malattia stessa".

Vorrei qui concludere con le parole del testo già citato di Berry, Poortinga, Segali, Dasen: "dobbiamo evitare di lasciarci intrappolare da strutture dogmatiche e ideologiche, come quelle propuginate da etologi e sociobiologi, così convinti di una stretta relazione tra gene e cultura da prendere ogni coincidenza per una relazione di causa. D'altra parte dobbiamo pure evitare le conclusioni di quel determinismo ambientale nelle scienze sociali che dichiara largamente irrilevante la base biologica per lo studio del comportamento umano" [4].

E qui, ripenso all'uomo e a me stessa come a un intreccio bio-psico-socio-culturale, come fin dall'inizio del '900 Alfred Adler aveva indicato.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della psicologia individuale*, Roma, Newton Compton 1975.
2. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *Psicologia individuale e conoscenza dell'uomo*, Roma, Newton Compton 1975.
3. BARTOCCI, G. (2003), Introduzione all'edizione italiana, in TSENG, W.-S. (2001), *Handbook of Cultural Psychiatry*, tr. it. *Manuale di Psichiatria Culturale*, Roma, CIC Edizioni Internazionali 2003.
4. BERRY, J. W., POORTINGA, Y. H., SEGALL, M. H., DASEN, P. R. (1992), *Cross-Cultural Psychology: Research and Applications*, tr. it. *Psicologia transculturale. Teoria, ricerca, applicazioni*, Milano, Guerini 1994.
5. LEFF, J. (1988), *Psychiatry around the Globe: a Transcultural View*, tr. it. *Psichiatria intorno al mondo: il punto di vista transculturale*, Torino, Ed. Sonda 1992.

6. MAZZONE, M., VANETTI, M. (1984), Problemi di intervento di salute mentale in una comunità marginale di montagna, in *L'approccio transculturale in psichiatria*, atti convegno S.I.P.T., a cura di G. G. ROVERA, Torino, M. Sinchetto litografia.
7. MAZZONE, M., VANETTI, M. (1986), Culture tradizionali e psichiatria: aspetti generali e considerazioni su alcuni casi clinici, in *La Strega, il Teologo, lo Scienziato*, atti del convegno (Società valesiana di Cultura, 1983), a cura di M. CUCCU, P. A. ROSSI, Genova, EGIC.
8. MAZZONE, M. (1990), Approccio Scientifico e Cultura Magica nell'Esperienza Psichiatrica, in BARTOCCI, G. (a cura di), *Psicopatologia cultura e pensiero magico*, Liguori Editore.
9. ROVERA, G. G. (1976), Psicoterapia e cultura: prospettive su base adleriana, in *Psicoterapia e cultura*, «Quaderni di Psicoterapia», VII, Roma, Il Pensiero Scientifico.
10. ROVERA, G. G. (1984), Introduzione epistemologica ed operativa in psichiatria transculturale, in *L'approccio transculturale in psichiatria*, atti convegno S.I.P.T., a cura di G. G. ROVERA, Torino, M. Sinchetto litografia.
11. ROVERA, G. G., FASSINO, S., GATTI, A., SCARSO, G. (1984), Questioni metodologiche e considerazioni critiche, in *In tema di Sindromi schizoaffettive*, a cura di ROVERA, G. G., «Rivista Sperimentale di Freniatria», CVIII, supp. al Fascicolo V, Reggio Emilia.
12. SIBILLA, P. (1980), *Una comunità walser delle Alpi. Strutture tradizionali e processi culturali*, Firenze, Olschki Editore.
13. TERRANOVA CECCHINI, R. (1972), I fondamenti della psichiatria transculturale quale contributo ad una aggiornata programmazione per la salute mentale, in FRIGHI, L. (a cura di) *Problemi di Igiene Mentale*, Roma, Il Pensiero Scientifico.
14. TSENG, W.-S. (2001), *Handbook of Cultural Psychiatry*, tr. it. *Manuale di Psichiatria Culturale*, Roma, CIC Edizioni Internazionali 2003.
15. TURCOTTI, G. (1973), *Lezioni e scritti inediti*, archivio privato.

Marinella Mazzone
Via Alberto Giordano 1
I-13011 Borgosesia (VC)
E-mail: marimaztur@alice.it