

# **“DIETRO OGNI SCEMO C’ È UN VILLAGGIO”.**

## **RIFLESSIONI SUL CONCETTO DI SALUTE MENTALE IN PROSPETTIVA TRANSCULTURALE**

*Michele Daloiso*<sup>1</sup>

### **1. INTRODUZIONE**

Nel 1904, di ritorno da un lungo viaggio all'estero, lo psichiatra Emil Kraepelin si convinse che il funzionamento della psiche umana, benché simile fra gli esseri umani, fosse profondamente influenzato dalla relazione tra le persone e l'ambiente culturale in cui sono inserite, osservando che le manifestazioni del disagio psichico potevano assumere forme diverse nei vari gruppi culturali. La conclusione a cui giunse lo studioso era la necessità di immaginare una psichiatria comparativa, finalizzata ad una maggiore comprensione dei fattori culturali che incidono sulla salute mentale.

La visione di Kraepelin fu sostanzialmente ignorata nei decenni successivi, i quali segnarono invece il prevalere di una concezione biologica e universalista della mente umana, che nella psichiatria si tradusse in una visione etnocentrica dei disturbi mentali, la cui classificazione, sviluppata in ambito occidentale, venne ritenuta universale e standard per tutti i gruppi culturali.

Eppure, a distanza di oltre un secolo, l'intuizione di Kraepelin risulta quanto mai attuale: i processi di globalizzazione, infatti, stanno facendo emergere le fragilità di una concezione della salute mentale poco sensibile alla variabilità interculturale. Focalizzando l'attenzione sul nostro contesto educativo, ad esempio, osserviamo che nella scuola italiana la percentuale di apprendenti migranti con disabilità fisica o intellettiva sul totale di alunni certificati ai sensi della Legge 104/1992 è risultata pari al 14,3% nell'A.S. 2020/2021; tale percentuale è di 4 punti superiore a quella relativa agli apprendenti migranti sul totale degli alunni che frequentano la scuola italiana (Ministero dell'Istruzione, 2022). Al momento non disponiamo di dati locali riguardanti l'incidenza dei disturbi evolutivi dell'apprendimento o del linguaggio sulla popolazione non italoфона, tema quanto mai complesso in quanto i sintomi di tali disturbi si manifestano in forma analoga alle fisiologiche tappe di sviluppo della L2 (Marini, 2019); per questa ragione la recente *Consensus Conference sul Disturbo Primario del Linguaggio* (2019) e le nuove *Linee Guida sulla gestione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento* (Istituto Superiore di Sanità, 2021) invitano alla massima cautela nel processo di diagnosi che coinvolge bambini plurilingui al fine di non confondere fisiologia e patologia. Infatti, a livello internazionale, e nel mondo anglosassone in particolare, è da tempo denunciato il fenomeno della “rappresentazione sproporzionata”, intesa come «unequal proportion of culturally diverse students in special educational programs» (Artiles, Trent, 2000: 514), e molti studiosi hanno denunciato la tendenza alla sovra-identificazione di disturbi del linguaggio o dell'apprendimento nei cosiddetti *English Language Learners* (per una disamina della letteratura sull'argomento: Peer, Reid (2000), Klingner *et al.* (2008). In ambito italiano, invece, alcuni studiosi hanno rilevato un processo di “BESSizzazione della scuola”

<sup>1</sup> Università di Parma.

(Goodley *et al.*, 2018); Migliarini e colleghi (2020), in particolare, analizzando l’attuale normativa sui Bisogni Educativi Speciali sotto la lente della *Disability Critical Race Theory*, denunciano la legittimazione di forme di micro-esclusione dalla classe “normale” di molti alunni migranti, inseriti impropriamente nella categoria BES, a dispetto del discorso sull’inclusività che pervade la normativa scolastica.

Sono sufficienti questi brevi accenni a questioni estremamente complesse per comprendere quanto urgente sia riflettere sul tema della salute mentale secondo una prospettiva transculturale. Il presente contributo, pur senza alcuna pretesa di esaustività, si pone l’obiettivo di stimolare il dibattito su questo tema all’interno della comunità scientifica. In questo senso, il titolo dell’articolo riprende la canzone di Fabrizio De André *Un matto (dietro ogni scemo c’è un villaggio)* proprio per evidenziare la convinzione che ricomporre la frattura tradizionale tra mente e cultura possa aiutare a comprendere maggiormente in che modo la salute mentale è rappresentata e costruita a livello sociale e culturale. Nel prossimo paragrafo, in particolare, vedremo come il concetto di salute mentale, spesso oggettivizzato dalla psichiatria e dalla psicologia clinica, non possa essere ridotto ad “assenza di disturbi mentali”, ma, come suggerisce la recente definizione fornita dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, implichi uno stato di benessere soggettivo che consente alle persone di gestire lo stress quotidiano, sviluppare i propri obiettivi e inserirsi in una comunità di riferimento. Partendo da questa premessa, nel terzo paragrafo si discuteranno gli esiti di svariate ricerche che hanno studiato la salute mentale in prospettiva transculturale, evidenziandone la variabilità da un gruppo culturale ad un altro in termini di specificità o manifestazione dei disturbi mentali. Il nostro contributo si conclude poi con alcune possibili implicazioni utili a coloro che operano in contesti educativi multiculturali.

## 2. LA SALUTE MENTALE: BIOLOGIA O CULTURA?

La salute mentale rappresenta un concetto complesso, che pone in relazione due domini semantici distinti: da un lato, il sostantivo “salute” richiama una dimensione fisica di funzionalità dell’organismo, e dall’altro l’aggettivo “mentale” rimanda a una dimensione psicologica e cognitiva. La salute mentale viene perlopiù intesa come uno stato di piena funzionalità psico-cognitiva, in analogia alla salute fisica. Tuttavia, questa somiglianza si rivela solo apparente: infatti, mentre le attuali conoscenze sull’anatomia e sulla fisiologia umana ci consentono di definire con una certa precisione un corpo “in buona salute” da uno che non lo è, ben più difficile è definire cosa distingue una mente “sana” da una “malata”.

Le discipline che si interessano di salute mentale, e in particolare la psicologia clinica, tendono tuttavia a mutuare il proprio lessico specifico dalla medicina, ispirandosi dunque a questa analogia impropria e alimentando una dicotomia tra normalità e patologia, come se fossero due categorie chiuse e discrete di fenomeni psichici distinti (Anolli, 2004a). In questa prospettiva, si ritiene che le condotte psicopatologiche abbiano caratteri di specificità e qualità fondamentalmente diversi rispetto alle condotte ritenute normali, e che le cause vadano ricercate “dentro il soggetto” e non nella relazione tra il soggetto e l’ambiente sociale e culturale in cui è inserito. Si comprende dunque la ragione per cui gli sforzi di identificazione, classificazione e diagnosi dei disturbi clinici in ambito psicologico compiuti nell’ultimo secolo avessero un carattere universalista.

Anolli (2004b) osserva che questa ideologia della malattia mentale ha trovato espressione nel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, il cui carattere intrinsecamente culturale appare evidente confrontando le diverse edizioni prodotte a partire dal 1952:

Nella prima edizione del 1952 il volume era di 86 pagine; in quella del 1994 superava le 900 pagine. Parimenti, nello stesso periodo di tempo il numero dei “disordini mentali” è passato da 106 a 297. Tale evoluzione ha condotto a una “psicopatologizzazione” della vita quotidiana e, di conseguenza, il numero delle persone diagnosticabili come “mentalmente disturbate” è cresciuto in modo esponenziale. È sufficiente menzionare che per il DSM-IV il cambiamento umorale premenstruale ora è diventato un “disordine disforico premenstruale”, che i fumatori hanno un “disturbo indotto da nicotina”, che i bevitori di caffè sviluppano una “intossicazione da caffeina” [...] La situazione diventa ancora più complicata per l’attività sessuale. Se uno non desidera avere rapporti sessuali, ha un desiderio sessuale ipoattivo o, addirittura, un disordine da avversione sessuale. Se ha rapporti sessuali ma non ha l’orgasmo o ce l’ha troppo tardi o troppo presto, presenta un disturbo orgasmico (Anolli, 2004b: 294-295).

Diversi studiosi hanno accusato il DSM di non essere un’opera scientifica, bensì un manifesto culturale che determina le norme comportamentali attese dalla società occidentale (Kutchins, Kirk, 1997; Lòpez, Guarnaccia, 2000); la versione più recente del DSM, pubblicata nel 2013, cerca di affrontare il complesso rapporto tra cultura e psicopatologia, arrivando ad affermare che «all forms of distress are locally shaped, including the DSM disorders», implicando così una prospettiva totalmente culturalista che non è compatibile con l’intero impianto classificatorio adottato dal manuale stesso (Ecks, 2016).

La visione clinica fin qui tratteggiata presuppone che la salute mentale coincida con l’assenza di malattia o disturbi “oggettivi”, e questa è stata, in effetti, la concezione prevalente fino alla seconda metà del secolo scorso (Mandersheid *et al.*, 2010). La recente definizione di salute mentale formulata dall’Organizzazione Mondiale della Sanità fornisce una prospettiva ben più ampia:

Mental health is a state of mental well-being that enables people to cope with the stresses of life, realize their abilities, learn well and work well, and contribute to their community. It is an integral component of health and well-being that underpins our individual and collective abilities to make decisions, build relationships and shape the world we live in. Mental health is a basic human right. And it is crucial to personal, community and socio-economic development<sup>2</sup>.

Evidenziandone il carattere soggettivo e intersoggettivo (ossia la relazione con l’ambiente), la definizione qui proposta fornisce un buon terreno di partenza per uno studio della salute mentale più sensibile alla variazione interculturale.

### 3. PROSPETTIVE TRANSCULTURALI SULLA SALUTE MENTALE

Nel titolo di questo paragrafo utilizziamo l’aggettivo “transculturale” (dall’inglese *cross-cultural*), che viene preferito in larga misura nella letteratura clinica (ma in misura sempre maggiore anche nelle scienze sociali) al più noto “interculturale”, per indicare la reciproca influenza di culture diverse. In ambito medico, in particolare, l’aggettivo si ritrova nelle denominazioni di branche disciplinari della medicina, della psichiatria e del *counselling*

<sup>2</sup> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

psicologico che studiano i rapporti tra cultura e costruzione dell’identità, affrontandone la dimensione di sofferenza e malessere (Maisano, 2005).

Le prospettive di queste discipline si rivelano interessanti per chi si occupa dell’educazione di persone con disabilità, disturbi o varie forme di disagio in uno scenario complesso come quello tratteggiato nel paragrafo 1, in quanto consentono di uscire dalla visione universalistica e oggettivistica che ancora oggi prevale nel discorso educativo e sociale riguardante la salute mentale. In questa sezione, dunque, metteremo in evidenza alcuni apporti di queste discipline per una maggiore comprensione dell’impatto delle variabili culturali sul benessere psicologico.

### 3.1. *Discipline ‘borderline’*

Benché l’ideologia universalistica sulla salute mentale discussa nel paragrafo 2 sia ancora piuttosto diffusa nel sentire comune e in molte pratiche educative, sociali e sanitarie, sin dagli anni Sessanta del secolo scorso abbiamo traccia di studiosi e clinici che si fecero promotori di prospettive alternative. Prese forma in quegli anni il movimento della “antipsichiatria”, che si opponeva ad una concezione statica e meccanicistica della salute mentale. Echi di questa nuova prospettiva si ritrovavano anche nell’ambito della cosiddetta ‘psicologia anormale’, dove svariati studiosi iniziarono a riconoscere la relatività della dicotomia normalità/anormalità. Per Ullmann e Kranzer (1969: 14), ad esempio, «Behavior is abnormal if and only if the society labels it as such», mentre per Davison e Neale (1974: 45) «Labeling someone or some behavior as abnormal is inextricably linked to a particular social or cultural context». In Italia, fondamentale fu il contributo dello psichiatra e neurologo Franco Basaglia, ispiratore di una riforma rivoluzionaria degli ospedali psichiatrici (Legge 180/1978), che denunciò gli effetti aberranti di un preteso oggettivismo nella psichiatria tradizionale:

Ci sono sempre falsi profeti. Ma nel caso della psichiatria è la profezia stessa ad essere falsa, nel suo impedire, con lo schema delle definizioni e classificazioni dei comportamenti e con la violenza con cui li reprime, la comprensione della sofferenza, delle sue origini, del suo rapporto con la realtà della vita e con la possibilità di espressione che l’uomo in essa trova o non trova (Basaglia, 1982: 147).

In questo scenario nacque nel 1956 la rivista scientifica *Transcultural Psychiatry* (originariamente *Transcultural Psychiatric Research Review*), che raccoglie studi sulle relazioni tra cultura e salute mentale, sulla critica culturale alla teoria e alla pratica psichiatrica e sulle manifestazioni psicopatologiche presenti in gruppi culturali diversi. Sviluppata poi come disciplina, la psichiatria transculturale presuppone che il disagio psichico sia l’esito della rete di interazioni fra la persona e gli altri all’interno di un contesto culturale di riferimento, per cui non è possibile dissociare il benessere psicologico di un soggetto dalle condizioni di vita della sua comunità di appartenenza (Anolli, 2004). Pertanto, la psichiatria transculturale concepisce i disordini psichici alla luce dell’intreccio tra aspetti biologici e fattori ambientali, e ritiene che questa interrelazione vada sempre considerata quando ci si occupa della genesi, della diagnosi e dell’intervento clinico.

La prospettiva della psichiatria transculturale porta con sé alcune implicazioni operative. Così come i disordini psichici sono influenzati dalla cultura di riferimento, allo stesso modo le pratiche cliniche non possono essere isolate dal contesto culturale che le ha prodotte. Ad esempio, sappiamo che esistono tradizioni diverse circa la relazione tra mente e corpo: le culture occidentali, ricollegandosi alla tradizione greca, latina e

scolastica, nonché alla filosofia moderna di Cartesio, propendono per una concezione dualistica mente-corpo, sebbene la recente prospettiva della *embodied cognition* abbia messo in discussione tale visione (cfr. Damasio, 1994; Caruana, Borghi, 2016); altre tradizioni culturali, soprattutto orientali, hanno invece una lunga consuetudine nell’affermare l’unità inscindibile tra mente e corpo. Ne conseguono approcci completamente diversi nella cura delle difficoltà psicologiche, che le culture occidentali affrontano attraverso la “terapia della parola” o il trattamento farmacologico che agisce a livello psichico, mentre quelle orientali attraverso il ricorso alla somatizzazione e all’esercizio fisico. La relativizzazione delle teorie e delle pratiche cliniche è dunque una prima importante implicazione dell’approccio transculturale alla psichiatria, che di conseguenza rifugge da etichette diagnostiche e promuove piuttosto una psicologia positiva, che favorisca le condizioni per il raggiungimento di uno stato duraturo di benessere soggettivo della persona attraverso un approccio interpersonale e ipotetico nella formulazione del singolo caso (Snyder, Lopez, 2002).

### 3.2. *La variabilità culturale nei disturbi clinici*

Nell’ambito della ricerca di matrice inter/transculturale si è soliti distinguere tra due prospettive nello studio della cultura (per una revisione Hahn *et al.*, 2011): la prima, definita *etica*, studia la cultura cercando di adottare una posizione “neutra” nell’esaminarla allo scopo di definire i tratti della natura umana che si possono ritenere universali e trasversali a tutti i gruppi culturali; la seconda, definita *emica*, studia una data cultura «dall’interno, rispettando le distinzioni e le categorie riconosciute dai suoi membri e descrivendo in che modo essi attribuiscono significati diversi ad atti diversi» (Anolli, 2004: 21).

Le discipline di tradizione occidentale che si sono interessate del comportamento e della psicopatologia umana richiamano la prospettiva etica, in quanto riducono le differenze culturali a manifestazioni esteriori di disturbi mentali ritenuti universali. Uno dei principali meriti della psichiatria transculturale consiste nell’aver messo in discussione questa posizione attraverso due contributi fondamentali: 1) la scoperta dell’esistenza di disturbi mentali culturalmente specifici; 2) l’osservazione che anche forme psicopatologiche molto diffuse possono variare notevolmente da un gruppo culturale a un altro.

In riferimento al primo punto, è ormai diffusa l’espressione *culture-bound syndromes* per riferirsi ad un insieme di segnali e sintomi di disagio mentale limitati a un numero ristretto di gruppi culturali per via di certe loro caratteristiche psicosociali (Prince, 1985). Tra gli esempi più citati in letteratura (per una disamina recente: Bhugra *et al.*, 2018) troviamo l’*amok* e l’*ataque de nervios*: il primo consiste in un episodio dissociativo che, dopo un periodo d’incubazione, esplose in comportamenti aggressivi verso persone e oggetti e in istinti omicidi scatenati dalla percezione di un’offesa, e seguiti da momenti di amnesia, spossatezza e idee persecutorie; il secondo si caratterizza per una manifestazione pubblica di perdita di controllo causata da forte stress, che si esprime in grida, pianti e aggressione verbale o fisica. Mentre l’*amok* è stato osservato soprattutto nel Sud-Est asiatico, l’*ataque de nervios* si ritrova specialmente nelle culture caraibica, ispanica e latina.

Sebbene lo studio di queste manifestazioni psicopatologiche non sia esente da una sorta di “fascino per l’esotico” che spesso contraddistingue gli studi interculturali di matrice occidentale, il concetto di *culture-bound syndrome* è stato funzionale a un percorso di decentramento del punto di vista nell’ambito delle discipline che si interessano della psicopatologia umana. Il concetto rimane oggi controverso a livello epistemologico, perché presupporrebbe l’esistenza di *culture-free syndromes*, e in questo senso non aiuta a

cogliere i legami, ben più profondi e pervasivi, che sussistono in ogni caso tra cultura e benessere psicologico. In risposta a Prince, ad esempio, Hahn (1985: 168) ritiene che, poiché il rapporto tra natura e cultura è egualitario, «all syndromes are equally culture-bound, so that the concept itself is useless» (per una rassegna critica del dibattito scientifico sull’argomento: Ciminelli, 1997).

Riguardo al secondo punto, si è osservato che anche per i disturbi mentali più comuni si registrano variazioni culturali significative. La depressione e l’ansia, ad esempio, nella cultura europea e nordamericana sono spiegate facendo riferimento allo stato psicologico della persona, mentre in Cina tendono ad essere somatizzate, e dunque trattate mediante interventi che riguardano la cura del corpo, che sono percepiti meno rischiosi per la faccia dei pazienti (Draguns, 1995).

Da questi esempi si evince che la relazione tra cultura e salute mentale è talmente complessa che, come affermava Hahn, tutte le forme di disturbo psicologico si possono comprendere appieno solo all’interno dei gruppi culturali in cui si manifestano.

### 3.4. *Parlare della salute mentale: variabilità interlinguistica del lessico delle emozioni*

La deprivazione linguistica, in quanto analoga all’alienazione, è possibile fonte di violenza. La rabbia cieca, il furore, non conoscono parole, sommergono di oscurità. E se ci si trova perennemente privi di parole, nell’entropia dell’inarticolazione, si è costretti in una condizione di insostenibile frustrazione [...] La rabbia si può sopportare – perfino con una certa soddisfazione – se la si può convogliare nelle parole facendola esplodere con la violenza di una tempesta o la precisione di una stoccata. Ma se non ha quelle possibilità di sfogo si rivolge verso l’interno come un vortice di vapore accecante, e cresce fino a raggiungere il furore impotente e omicida. Se qualunque terapia psicanalitica è una terapia che prevede la parola – una cura attraverso il discorso – allora forse ogni nevrosi è in qualche modo un disturbo del linguaggio (Hoffman, 1989. Trad. it. 2021: 151).

Nel celebre romanzo autobiografico *Lost in Translation* (trad. it. *La lingua del tempo*) Eva Hoffman racconta la sua emigrazione in giovane età dalla Polonia al Nord America e la conseguente perdita e poi ricostruzione della sua identità linguistica e culturale. Nell’estratto qui riportato la giovane Eva riflette sulle ripercussioni psico-emotive della situazione di deprivazione linguistica in cui si trova, caratterizzata da una progressiva erosione della sua L1, il polacco, e una competenza ancora elementare nella nuova L2, l’inglese. Questo “limbo linguistico” le impedisce di dare espressione verbale alle proprie emozioni e minaccia il suo benessere psicologico.

La condizione di Eva offre lo spunto per riflettere sul legame tra emozioni e linguaggio; in una prospettiva transculturale, infatti, è utile chiedersi se e in quale misura le esperienze emotive sono traducibili verbalmente secondo le possibilità espressive delle varie lingue. Poiché la salute mentale di una persona è intrinsecamente collegata al suo vissuto emotivo, occorre chiedersi se il suo repertorio linguistico le consente di condividere tale vissuto pienamente con un interlocutore.

La vicenda di Eva esemplifica la tipica condizione, nella maggior parte dei casi transitoria, di apprendenti migranti che vivono a cavallo tra più lingue e culture e, nelle prime fasi del proprio percorso di ricostruzione identitaria, non possiedono gli strumenti linguistici per esprimere il proprio vissuto psicologico. In una prospettiva transculturale, però, dovremmo anche chiederci se il raggiungimento di una piena competenza in L2 basterà a risolvere la “incomunicabilità emotiva” di questi apprendenti. La risposta a questo interrogativo è tutt’altro che scontata. Da una parte, infatti, la ricerca suggerisce

che vi sia un soddisfacente grado di somiglianza nel modo in cui le emozioni vengono categorizzate da diversi gruppi culturali (Frijda *et al.*, 1995); dall’altra, ogni comunità linguistica ha sviluppato un proprio “lessico emotivo”, ossia

l’insieme delle entrate dizionariali ed enciclopediche per comunicare le emozioni, in funzione del quale gli individui ad essa appartenenti riescono a dare un nome alle esperienze emotive, a comunicarle e a riconoscerle negli altri (Anolli, 2004: 205).

Alcune ricerche di matrice comparativa hanno rivelato che i lessici emotivi variano a livello di estensione, specificità e categorizzazione. In merito al primo criterio, si è osservata una forte differenza nella quantità di termini impiegati nelle varie lingue per parlare delle emozioni: nella lingua inglese, ad esempio, sono stati contati circa 2.000 termini, mentre nel cinese poco più di 700 (Russell, Sato, 1995). L’estensione del lessico emotivo di una lingua ha un impatto espressivo non secondario, perché consente di discriminare in modo più raffinato le esperienze emotive e comunicarle in modo più preciso. La questione però non va posta in termini di superiorità/inferiorità di una lingua sulla base dell’estensione del suo lessico emotivo; poiché le lingue nascono come espressione di gruppi culturali, in prospettiva transculturale è interessante osservare, ad esempio, che in ambito anglosassone vi è la consuetudine di “psicologizzare”, ossia rendere oggetto di riflessione e poi verbalizzazione, il vissuto emotivo (e questa prospettiva emerge anche nell’estratto di Eva Hoffman quando afferma che qualunque terapia psicanalitica è una terapia che prevede l’uso della parola), mentre nelle culture orientali prevale la tendenza a “somatizzarlo”, assegnando alle emozioni una posizione secondaria nella conversazione (Diener, Suh, 2003).

In merito al secondo criterio, sono ben noti i problemi di trasferibilità e traducibilità di termini come il giapponese *amae* (essere dipendente, protetto e curato da qualcuno) o il giavanese *bingung* (essere confuso, turbato e disorientato). In prospettiva transculturale, però, la lessicalizzazione di un’emozione ne evidenzia solamente la rilevanza concettuale e sociale in un determinato gruppo culturale, ma non implica che tale emozione non sia esperita da un altro gruppo culturale che non possiede il termine per esprimerla.

In riferimento al terzo criterio, possiamo osservare che anche qualora esistano in due lingue termini formalmente analoghi per parlare delle stesse emozioni, non è detto che vi sia una piena corrispondenza concettuale tra termini considerati traducibili. *Emozione* ed *emotion*, ad esempio, non sono equivalenti perché il termine italiano ha un significato più ristretto e fa riferimento ad un preciso ed intenso episodio emotivo. Analogamente *sentimento* viene spesso tradotto con *feeling*, ma il primo indica uno stato d’animo prettamente cognitivo, mentre il secondo implica anche una condizione fisica. Nemmeno *rabbia* e *anger* sono sinonimi, perché il primo si riferisce ad un’emozione violenta e temporanea, mentre il secondo implica un suo protrarsi nel tempo, includendo quindi anche il concetto di *risentimento* (Anolli, 2004b).

Da questi esempi si comprende che in un’ottica transculturale l’espressione del benessere psicologico è mediata dal lessico emotivo che una persona ha a disposizione e dalle consuetudini culturali legate alla manifestazione verbale delle emozioni stesse.

#### 4. RIFLESSIONI IN CHIAVE EDULINGUISTICA

Nel concludere questo contributo, vorremmo ora soffermarci su alcune possibili implicazioni che possono nascere dall’introduzione di una visione transculturale della salute (mentale e fisica) in contesto educativo.

Il decentramento del punto di vista che provoca l’abbracciare questa prospettiva è utile a comprendere che i sistemi scolastici non sono avulsi dal contesto sociale e culturale che li produce e sviluppa, e che i discorsi sulla salute mentale, sulla disabilità e sull’inclusione sono sempre culturalmente connotati. Mantovani (1998) ritiene che la cultura, in quanto ambiente invisibile nel quale siamo immersi, costituisca la prospettiva specifica da cui guardiamo il mondo. In questo senso, un educatore “transculturalmente sensibile” dovrebbe essere in grado di riconoscere il punto di vista specifico da cui la propria cultura di riferimento guarda i fenomeni legati alla salute, e individuarne le tracce nei relativi discorsi politici, sanitari o educativi. Ad esempio, occorre essere consapevoli che i concetti di “disabilità” e “handicap” sono emersi in Europa in particolari circostanze storiche e in relazione alla capacità della persona di essere inserita nel mondo del lavoro. La concettualizzazione della disabilità così come la conosciamo oggi si è sviluppata perciò nell’ambito delle società performative, come spiega con chiarezza Lepore (2010) in questo passaggio:

La tassonomia della biomedicina è fondata su concetti biomedici che sottolineano la perdita o anormalità di una struttura e funzione psicologica o fisiologica, su una idea di corpo pensato in ordine a una normalità fondata sui range performativi. Ma la performatività è un tema fortemente condizionato dalla cultura. Ad esempio nei nostri contesti un tema centrale della performatività, come già detto, è il lavoro. La disabilità rispetto al lavoro pertanto è uno dei criteri per definire l’adeguatezza di una persona e la sua natura sociale. Allora ecco come la nostra nozione culturalmente determinata di disabilità si definisce in termini clinici dentro un discorso biomedico che sancisce le perfette funzionalità, la psicologia e la fisiologia dello sviluppo degli individui normali e di quelli non normali. Strumenti diagnostici e di valutazione, scale, etc., inscrivono i disabili in quella matrice sociale della differenza che ne fa categoria clinica e giuridicamente protetta (Lepore, 2010: 99).

Acquisire una maggiore sensibilità transculturale su questi temi consente dunque di comprendere, ad esempio, che la società in cui siamo immersi si basa sul concetto di cittadinanza attiva (che a sua volta implica anche l’inserimento lavorativo), e di conseguenza vi è forte attenzione all’identificazione, alla diagnosi e all’intervento tempestivi nei confronti di chi presenta tratti di “deviazione” dal modello di salute fisica e mentale socialmente condiviso. Questa tendenza può generare un bisogno indotto di (iper)categorizzazione delle “devianze”, tale per cui ciò che non può essere immediatamente riportato a una norma condivisa debba essere etichettato come comportamento disfunzionale. È all’interno di questa cornice che possiamo comprendere meglio il rischio di “BESizzazione della scuola”, e la sempre più diffusa tendenza a “medicalizzare” i processi fisiologici di acquisizione di una L2 che caratterizzano gli alunni migranti, interpretandoli come possibili segnali di disturbi del linguaggio o dell’apprendimento.

Proprio l’educazione linguistica degli apprendenti migranti, specialmente in presenza di una disabilità, potrebbe costituire il terreno privilegiato per una prospettiva transculturale sulla salute. La transizione da una cultura di riferimento ad un’altra può infatti rendere più evidenti cambiamenti paradigmatici di concettualizzazione della disabilità stessa, che possono portare con sé conseguenze in termini, ad esempio, di percezione, tutela e politiche educative.

A livello di percezione sociale occorre essere consapevoli che la disabilità rappresenta una sfida per i modelli di cultura e civiltà costruiti dai vari gruppi culturali (si pensi, ad esempio, ai canoni di bellezza, corporeità, relazione), i quali sono talvolta anche intrisi di

componenti religiose; in alcune culture, ad esempio, la disabilità costituisce un tabù in quanto viene vissuta dalle famiglie come una punizione divina. Anche laddove la disabilità è invece interpretata in termini medici e funzionali, e vengono attivate politiche sociali e educative inclusive, si può osservare una certa riluttanza a una sua rappresentazione nei mezzi di comunicazione o anche nei libri di testo stessi. In una recente ricerca basata sull’analisi di circa 700 fotografie tratte da una selezione di manuali di inglese e italiano per stranieri, abbiamo ad esempio rilevato la quasi totale assenza di persone con disabilità, le quali comparivano nell’apparato iconografico delle unità didattiche sporadicamente e solo in modo strumentale a eventuali tematizzazioni o discussioni sulla disabilità stessa (Daloiso, D’Annunzio, 2021).

Per quanto concerne la tutela, la normativa riguardante i diritti delle persone con disabilità può variare notevolmente su base locale o nazionale. Può accadere dunque che un alunno migrante si veda negati diritti garantiti nella propria cultura di appartenenza o, al contrario, non sia consapevole di possedere una particolare forma di tutela prevista dalla normativa del Paese accogliente. In Italia, ad esempio, alle persone con disabilità sono riconosciuti il diritto all’educazione e al lavoro, e sono talvolta previsti benefici fiscali, ma occorre seguire un iter burocratico che può risultare di difficile comprensione per chi non ha familiarità con il nostro sistema di amministrazione pubblica. Il diritto di cittadinanza, invece, rappresenta un tema controverso: secondo l’Art. 10 della Legge n. 91/1992 la cittadinanza italiana può essere concessa solo a seguito del giuramento di fedeltà alla Repubblica, che implica la capacità di intendere e volere del soggetto. In linea di principio, dunque, una persona straniera con disabilità intellettiva, al compimento del diciottesimo anno di vita, non potrà ottenere la cittadinanza. A seguito di alcune battaglie legali, la Corte Costituzionale, con la sentenza n. 258/2017 ha dichiarato l’illegittimità dell’articolo succitato, aprendo così la strada per la concessione del diritto di cittadinanza anche alle persone straniere con disabilità psichica. Questo esempio sottolinea la complessità del rapporto tra diritto costituzionale e salute mentale, che appare ancora più evidente in contesto interculturale.

In merito alle politiche educative, infine, il diritto all’istruzione degli alunni migranti con disabilità, ove garantito, viene applicato nell’ambito di sistemi educativi che possono variare notevolmente tra i Paesi; mentre in Italia le scuole speciali sono state abolite da decenni, altrove si prevedono sistemi scolastici completamente separati per gli alunni con disabilità, o classi differenziali all’interno delle medesime istituzioni scolastiche. Un recente rapporto dell’UNESCO (2020) ha evidenziato che a livello mondiale, benché la transizione verso sistemi educativi inclusivi stia progredendo, sono ancora maggiormente diffuse forme di “educazione speciale” basate sulla segregazione degli alunni ritenuti “non normodotati”. Nello scenario mondiale, infine, sono ancora diffuse pratiche che prevedono la protezione totale di minori con disabilità all’interno del nucleo familiare. Ne consegue che la migrazione da Paese a un altro implichi cambiamenti paradigmatici del diritto all’istruzione che possono essere fonte di disorientamento valoriale o shock culturale, specialmente se si passa da un contesto culturale in cui alcuni ambiti (disabilità, benessere soggettivo, emozioni) non sono comunemente tematizzati a uno in cui essi vengono fortemente psicologizzati.

Come si evince da queste considerazioni, la complessità delle questioni legate alla salute fisica e mentale in una società sempre più globalizzata richiede una elevata sensibilità transculturale. In questo senso, conformemente all’approccio bio-psico-sociale da tempo promosso dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, sarebbe opportuno considerare la salute mentale non come una condizione oggettiva e universale, bensì come un’interazione più o meno ottimale ed equilibrata tra le caratteristiche della persona e l’ambiente sociale e culturale in cui è inserita. Alla luce di quanto evidenziato nei paragrafi precedenti, le discipline mediche di matrice transculturale possono offrire apporti

significativi alla visione bio-psico-sociale, in quanto consentono di comprendere che il benessere psicologico è essenzialmente soggettivo e può variare a seconda dei sistemi di credenze e pratiche in uso presso specifici gruppi culturali.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Anolli L. (2004a), “Salute mentale, benessere soggettivo e cultura”, in *Psicologia della Salute*, 1, pp. 1-37.
- Anolli L. (2004b), *Psicologia della cultura*, il Mulino, Bologna.
- Artiles A. J., Trent S. C. (2000<sup>2</sup>), “Representation of culturally/linguistically diverse students”, in Reynolds C.R., Fletcher-Jantzen E. (eds.), *Encyclopedia of special education*, Vol. 1, pp. 513-517.
- Basaglia F. (1982), *Scritti: dall’apertura del manicomio alla nuova legge sull’assistenza psichiatrica. 1968-1980*, Einaudi, Torino.
- Bhugra D., Dantas R., Ventrigo A. (2018<sup>2</sup>), “Culture-bound syndromes. Past, current status and future”, in Bhugra D., Bhui K. (eds.), *Textbook of Cultural Psychiatry*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Caruana F., Borghi A. (2016), *Il cervello in azione: introduzione alle nuove scienze della mente*, il Mulino, Bologna.
- Ciminelli M. L. (1997), “Culture-bound syndromes: un concetto vago e di dubbia utilità”, in *Antropologia Medica*, 3-4, pp. 247-280.
- CLASTA (Communication & Language Acquisition Studies in Typical and Atypical Populations), Federazione Logopedisti Italiani (2019), *Consensus Conference sul Disturbo Primario del Linguaggio*: <https://www.disturboprimariolinguaggio.it/wp-content/uploads/2019/11/Documento-Finale-Consensus-Conference-2.pdf>.
- Daloiso M., D’Annunzio B. (2021), “La rappresentazione delle diversità nei materiali glottodidattici. Un’indagine comparativa sui manuali d’inglese americano e d’italiano per stranieri”, in Daloiso M., Mezzadri M. (a cura di), *Educazione linguistica inclusiva. Riflessioni, ricerche, esperienze*, Ca’ Foscari Digital Publishing: Venezia, pp. 125-140.
- Damasio A.R. (1994), *Descartes’ error: Emotion, reason, and the human brain*, Putnam, New York.
- Davison G. C., Neale J. M. (1974), *Abnormal psychology: An experimental clinical approach*, Wiley, Chichester, West Sussex, UK.
- Diener E., Suh E. M. (eds.) (2003), *Culture and subjective well-being*, MIT Press, Cambridge, MA, pp. 63-86.
- Draguns J. G. (1995), “Cultural influences upon psychopathology: Clinical and practical implications”, in *Journal of Social Distress and the Homeless*, 4, pp. 79-103.
- Ecks S. (2016), “The strange absence of things in the ‘culture’ of the DSM-V”, in *Canadian Medical Association Journal*, 188, 2, pp. 142-143.
- Frijda N. H., Markam S. et al. (1995), “Emotions and emotion words”, in Russell J. A., Manstead A. J. R. (eds.), *Everyday conceptions of emotion: An introduction to the psychology, anthropology and linguistics of emotion*, Kluwer, Dordrecht, pp. 121-143.
- Goodley D., D’Alessio S. et al. (2018), *Disability Studies e inclusione. Per una lettura critica delle politiche e pratiche educative*, Erickson, Trento.
- Hahn C., Jorgenson J., Leeds-Hurwitz W. (2011), “‘A curious mixture of passion and reserve’: Understanding the etic/emic distinction”, in *Éducation et didactique*, 5-3, pp. 145-154.

- Hahn R. A. (1985) “Culture-bound syndromes unbound”, in *Social Science & Medicine*, 2, 2, pp. 165-172.
- Istituto Superiore di Sanità (2021), *Linea Guida sulla gestione dei Disturbi Specifici dell’Apprendimento. Aggiornamento ed integrazioni*:  
[https://www.iss.it/documents/20126/8331678/LG-389-AIP\\_DSA.pdf/a288d319-fb01-bb17-9be1-d1cbd6a50e19?t=1677495513359](https://www.iss.it/documents/20126/8331678/LG-389-AIP_DSA.pdf/a288d319-fb01-bb17-9be1-d1cbd6a50e19?t=1677495513359).
- Klingner J. K., Hoover J. J., Baca L. M. (eds.) (2008), *Why do English language learners struggle with reading? Distinguishing language acquisition from learning disabilities*, Corwin Press, Thousand Oaks, CA.
- Kutchins H., Kirk S. (1997), *Making us crazy. DSM: The psychiatric bible and the creation of mental disorders*, Free Press, New York.
- Lepore L. (2010), “Per uno sguardo antropologico sulla disabilità: i minori disabili stranieri”, in *Minorigiustizia*, 3, pp. 94-104.
- López S. R., Guarnaccia P. J. J. (2000), “Cultural psychopathology: Uncovering the social world of mental illness”, in *Annual Review of Psychology*, 51, pp. 571-598.
- Maisano B. (2005), “La medicina transculturale sarà la medicina. Nuovi percorsi interculturali in sanità”, in *Studi Emigrazione/Migration Studies*, XLII, 157, pp. 75-85.
- Mandersheid R. W., Riff C. D. et al. (2010), “Evolving definitions of mental illness and wellness”, in *Preventing Chronic Disease*, 7, 1:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2811514/>.
- Mantovani G. (1998), *L’elefante invisibile. Tra negazione e affermazione delle diversità: scontri e incontri multiculturali*, Giunti, Firenze.
- Marini A. (2019), “Disturbo Primario del Linguaggio in bambini bilingui”, in Levorato M. C., Marini A. (a cura di), *Il bilinguismo in età evolutiva. Aspetti cognitivi, linguistici, neuropsicologici, educativi*, Erickson, Trento, pp. 177-190.
- Migliarini V., D’Alessio S., Bocci F. (2020), “SEN Policies and migrant children in Italian schools: micro-exclusions through discourses of equality”, in *Discourse studies and the Cultural Politics of Education*, 41, 6, pp. 887-900.
- Ministero dell’Istruzione (2022), *I principali dati relativi agli alunni con disabilità*:  
[https://www.miur.gov.it/documents/20182/0/Gli+alunni+con+disabilit%C3%A0+aa.ss.2019-2020\\_2020-2021.pdf/](https://www.miur.gov.it/documents/20182/0/Gli+alunni+con+disabilit%C3%A0+aa.ss.2019-2020_2020-2021.pdf/).
- Peer L., Reid G. (eds) (2000), *Multilingualism, literacy and dyslexia. A challenge for educators*, Fulton, London.
- Prince R. (1985), “The concept of culture-bound syndromes: Anorexia nervosa and brain-fag”, in *Social Science & Medicine*, 21, 2, pp. 197-203.
- Russell J. A., Sato K. (1995), “Comparing emotion words between languages”, in *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 26, 4, pp. 384-391.
- Snyder C. R., Lopez S. L. (2002), *Handbook of positive psychology*, Oxford University Press, New York.
- Ullman L. P., Krasner L. (1969), *A psychological approach to abnormal behavior*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- UNESCO (2020), *Inclusion and Education: All Means All*:  
<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373718>.

