
RECENSIONI

AA. VV. La psichiatria nelle colonie. Una storia del Novecento (a cura di F. Paoletta). FrancoAngeli, Milano, 2017, pp. 144, €19,00.

Questo volume è il secondo pubblicato dal Centro di storia della psichiatria di Reggio Emilia dopo quello dedicato alla storia degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e contiene le relazioni esposte in occasione del convegno “La psichiatria e le altre culture: una prospettiva storica” tenutosi nel settembre 2015. Nel primo dei saggi che lo compongono, *Disagio psichico e dimensione culturale*, il curatore - lo storico Francesco Paoletta - sottolinea l'attualità del tema in relazione ai movimenti migratori di questi anni, ma anche ai molteplici interrogativi ancora aperti nel campo dell'etnopsichiatria sull'intreccio tra storia coloniale, razzismo e psichiatria negli ultimi due secoli. Propone quindi una sintesi storica efficace dalle prime osservazioni da Moreau de Tours, a Kraepelin, alla Scuola di Algeri, a Carothers e ai primi timidi segnali di un interesse per il tema anche tra gli psichiatri italiani. Fino all'affermarsi, a partire dagli anni '50 del secolo scorso, di un taglio critico negli scritti di Fanon e Devereux.

Il secondo saggio, *Transcultural psychiatry, decolonization and RSF (ISSN 1129-6437, ISSN 1972-5582)*, DOI: 10.3280/RSF2017-003010

nationalism: comparisons between Nigeria and India è dello storico Matthew M. Heaton, professore a Blacksburg negli USA, e ha per oggetto affinità e differenze nello sviluppo della psichiatria nel ventennio della decolonizzazione, tra gli anni '50 e '70, in due delle più popolose colonie britanniche, Nigeria e India.

In Nigeria, Heaton afferma che la decolonizzazione ha visto operare una prima generazione di psichiatri formatasi in Gran Bretagna, determinata sì a liberare la psichiatria appresa dall'ex colono dai pregiudizi coloniali e razziali più grossolani, ma anche restia ad affrancarsi da un atteggiamento curioso ma in definitiva paternalistico nei confronti delle cure tradizionali. Tra di essi spicca per l'originalità del suo particolare esperimento di psichiatria sociale su base culturale nel villaggio di Aro e per le originali osservazioni sulla relazione tra cultura indigena, fattori socioeconomici ed espressività psicopatologica la figura di Thomas Adeoye Lambo.

Quanto all'India invece, lo sviluppo di una psichiatria nazionale prese il via già all'atto della decolonizzazione e nel decennio successivo alcuni psichiatri cominciarono a guardare con interesse, in particolare grazie all'opera dell'All India Institute for Mental Health di Bangalore, alla

VOL. CXLI, 2017, 3

tradizione medica autoctona, quella Ayurvedica, come più conforme alla mentalità popolare indiana. Si aprì allora un dibattito tra questa corrente e quella degli psichiatri più legati alla psichiatria occidentale quale era stata appresa dalla potenza coloniale. E' interessante come per Heaton la decolonizzazione della psichiatria non debba essere colta, tanto in Nigeria che in India, solo nel recupero di una tradizione psichiatrica autoctona, ma anche come nell'accesso, su un piano di uguaglianza con gli ex Paesi coloniali, al dibattito internazionale sulla psichiatria e le politiche sanitarie nelle istituzioni internazionali nelle quali esso ha luogo. Il che, in entrambi i casi, senz'altro avvenne.

Quanto alle differenze tra i due casi considerati, esse sono individuate dall'autore soprattutto nel fatto che in India, dove la colonizzazione era avvenuta con largo anticipo sulla Nigeria, al momento della liberazione un nucleo di psichiatria nazionale era già presente, mentre in Nigeria alla liberazione corrispose la necessità di creare un sistema e una cultura psichiatrici sostanzialmente ex novo. Entrambi i Paesi, però, affrontarono gli stessi problemi di trovare un equilibrio tra universale e individuale, tra globale e locale, tra recupero della cultura tradizionale nel campo della salute mentale e partecipazione da coprotagonisti al processo di globalizzazione della psichiatria e delle politiche sanitarie che ha caratterizzato la seconda metà

del Novecento.

Ancora alla situazione indiana è dedicato il saggio seguente, *Beyond East and West. From the History of Colonial Medicine to a Social History of Medicine(s) in South Asia*, dello storico della medicina coloniale Waltraud Ernst, docente presso la Oxford Brookes University in Gran Bretagna. Esso non ha per oggetto la medicina nell'Asia sud orientale in sé, quanto piuttosto l'approccio degli storici al tema e la sua evoluzione negli ultimi decenni. Ernst sottolinea come la storia della medicina coloniale fosse ancora agli esordi a metà degli anni '80 e fosse fortemente influenzata nel terzo mondo dagli scritti critici di Fanon, introdotti nell'Asia meridionale da Ashis Nandy negli anni '70. Al centro dell'interesse erano perciò la reazione degli indigeni agli interventi della medicina occidentale, il rapporto tra medicina e controllo sociale nella colonia e la stretta relazione tra razza, scienza e medicina. Una domanda, posta allora dal noto storico della psichiatria Roy Porter, ebbe però l'effetto di spostare il fuoco degli studi di medicina coloniale negli anni successivi: "cosa c'è di propriamente coloniale nella medicina coloniale?" Per rispondervi, si fu costretti ad approfondire temi fino ad allora trascurati, come le somiglianze tra la medicina nella colonia e quella, contemporanea, in Europa, e si scoprì ad esempio che la lotta della medicina ufficiale contro le credenze mediche indigene in colonia non fu

poi così distante da quella, in Europa, contro le medicine alternative, dalla ciarlataneria all'omeopatia. O che l'utilizzo delle politiche sanitarie come strumento di controllo sociale in colonia non fu distante da un loro analogo utilizzo contro i ceti più poveri e marginali in madrepatria. O che anche le politiche ospedaliere attuate in colonia non si allontanarono da quelle contemporaneamente operate in Europa (per es.: concentrazione in stabilimenti di grandi dimensioni). O, ancora, che alla permanenza di pratiche sanitarie indigene informali accanto alla medicina ufficiale in India corrispose, in Gran Bretagna, il fiorire di una molteplicità di iniziative private e filantropiche a lato del sistema di assistenza sanitaria pubblico.

Oggi non si tratta, perciò, certo per Ernst di dimenticare il carattere di sfruttamento, violenza e razzismo che caratterizzò la colonizzazione inglese dell'India, ma di coglierne il parallelismo con lo sfruttamento e la repressione delle masse popolari che ebbe luogo negli stessi anni in Gran Bretagna.

La medicina coloniale, in questa nuova ottica, è solo una parte di tutto ciò che, di sanitario, avveniva in colonia; continuava ad esistere infatti anche una "medicina indigena", che non deve essere intesa come contrappunto alla medicina coloniale, ma invece considerata in se stessa anche in relazione alle diverse caratteristiche che assunse regione per regione sulla base di differenti

dimensioni sociali (religione, folklore e credenze, economia, demografia sociale ecc.) e alle eventuali forme di ibridazione che ebbero luogo con la stessa medicina coloniale.

Al concetto di medicina coloniale pare allora da preferirsi, sempre per Ernst, quello di "storia sociale delle medicine nell'Asia meridionale", un concetto più ampio che tiene dentro con la stessa medicina coloniale le medicine indigene, considerate nella loro pluralità ed eterogeneità, dinamicità ed evoluzione storica. Questa storia sociale ha certo presente la relazione complessa tra sistemi di cura e relazioni di potere, ma accanto alle classiche contrapposizioni orientale/occidentale, indigeno/coloniale, selvaggio/civile, primitivo/sviluppato ne considera anche di nuove, quali quelle esistenti tra regioni diversi dell'universo coloniale o, al loro interno, tra realtà cittadine e rurali.

Marianna Scarfone – ricercatrice presso l'Università di Strasburgo, autrice l'anno scorso di un bell'articolo sullo stesso tema su *History of Psychiatry*, la principale rivista internazionale di storia della psichiatria – si sofferma nel saggio successivo sulla psichiatria coloniale italiana, una disciplina che rappresenta tanto per gli psichiatri che per gli storici un campo d'interesse recente rispetto ad altri Paesi con storia coloniale più antica e significativa, come Francia o Gran Bretagna. Tra i principali cultori del tema ricorda Luigi Benevelli,

autore di una importante monografia sull'argomento nel 2010, e Roberto Beneduce e Laura Faranda, che lo hanno affrontato però in una prospettiva internazionale.

Scarfone ripercorre le diverse denominazioni attribuite all'inizio del XX secolo alla disciplina e le relative implicazioni, per poi individuare all'interno della psichiatria coloniale italiana tre principali filoni: uno caratterizzato principalmente da genuina curiosità per l'altro, l'esotico, un esempio del quale è l'approccio etnografico e comparativo dello psichiatra padovano Benedetto Giovanni Selvatico Estense; uno più influenzato dal pregiudizio eurocentrico di superiorità, rappresentato dall'approccio bio-antropologico di derivazione lombrosiana che ritroviamo per esempio in Guido Ruata; uno più attento alla psicologia del colono, che trova il principale esponente in Marco Levi Bianchini con i suoi interessantissimi studi giovanili sul Congo belga, la cui assonanza con alcune osservazioni di Fanon cinquant'anni dopo ho avuto modo di evidenziare altrove.

Negli anni immediatamente successivi alla guerra di Libia, Luigi Scabia - che fu direttore del manicomio di Volterra - e lo psichiatra militare Placido Consiglio sollevarono senza successo l'esigenza di un manicomio a Tripoli che ponesse fine alla situazione che vedeva gli indigeni bisognosi di cure psichiatriche inviati al manicomio

di Palermo e insieme garantisse cure adeguate ai militari e ai coloni italiani.

Seguì però tra il II e III decennio del XX secolo un calo d'interesse, ripreso invece negli anni '30 a seguito della nuova spinta coloniale operata dal fascismo con la guerra d'Etiopia. E' in quegli anni che opera a Tripoli Angelo Bravi, il primo vero etnopsichiatra italiano con il suo volume *Frammenti di psichiatria coloniale* pubblicato nel 1937, ben inserito in una rete di contatti internazionali attraverso i suoi legami con la scuola di Algeri. Nel corno d'Africa, intanto, divenivano più frequenti osservazioni sporadiche tra le quali colpisce per originalità e, forse, buon senso l'ipotesi di Alberto Mochi di riprendere, per l'Eritrea, il modello di Geel, con qualche assonanza che non possiamo esimerci dal rilevare con quella che sarebbe stata anni dopo l'esperienza già ricordata di Lambo in Nigeria.

A partire dai primi anni '30, poi, si parla sempre più insistentemente di fondare un manicomio nelle colonie del corno d'Africa, ma - nell'attesa - avviene che nelle colonie molto prima che in Italia reparti psichiatrici siano previsti nei principali ospedali civili, ed è una esperienza sulla quale sarebbe interessante disporre di approfondimenti. Per la Libia, invece, con Angelo Bravi la situazione raggiunge un grado di organizzazione maggiore perché, a partire da un primo reparto psichiatrico in ospedale, si sviluppano un piccolo ospedale

psichiatrico per indigeni attivo per cinque anni nei pressi di Tripoli e un dispensario “per razze miste”. Scarfone ricorda poi, cogliendone i limiti culturali e scientifici rispetto a quella di Bravi, l’esperienza meno nota di un altro psichiatra italiano, Mario Felici, direttore di un ospedale psichiatrico in Libia dal 1947 al 1967.

Nel concludere, insiste sul carattere consapevolmente parziale e “coloniale” della sua ricostruzione, che si limita a ciò che noi, gli italiani, abbiamo operato nelle colonie a proposito della psichiatria senza tenere presenti quelle soluzioni che, contemporaneamente, il sapere indigeno continuava a proporre e la popolazione locale probabilmente in una quota significativa a utilizzare. Ma la sua costituisce comunque, io credo, una messa a punto originale e preziosa di un tema non ancora sufficientemente esplorato dalla ricerca storica.

Chiude il volume la riproduzione di un saggio di Eustachio Zara dedicato a un individuo “di razza negra” affetto da paralisi progressiva, originariamente pubblicato nel 1935 sulla rivista *L’ospedale psichiatrico*. Nelle note introduttive Luigi Benevelli, l’unico autore psichiatra e senz’altro un pioniere nello studio della relazione tra psichiatria e colonialismo italiano, ricostruisce il dibattito in Italia sulla paralisi progressiva nei primi decenni del XX secolo soffermandosi in particolare sulla così detta “sifilide esotica”,

cioè sulle differenze che in Europa e in Italia si riteneva di riscontrare nel decorso della sifilide – e nella possibilità in particolare di una sua evoluzione in paralisi progressiva – tra le popolazioni europee ed extraeuropee. Una differenza che le ipotesi dei diversi autori proponevano di far risalire alle caratteristiche dell’agente patogeno, della biologia delle diverse popolazioni (o razze) o - in varia forma - alla dialettica tra “civile” e “selvaggio”.

E alla sifilide esotica è dedicato il saggio di Zara, il quale fornisce una sommaria una revisione internazionale e nazionale della sifilide nervosa nelle popolazioni indigene dell’Africa per poi illustrare il caso clinico e discuterlo in riferimento appunto al dibattito in corso sulla sifilide esotica e la rarità della sua localizzazione nervosa. Per lo psichiatra partenopeo l’eccezione di fronte alla quale si trovava è da riportare a una pluralità di fattori, tra i quali non trascura gli adattamenti indotti in quell’individuo, che viveva da tempo in Italia, da un ambiente diverso da quello d’origine per fattori climatici e culturali.

In conclusione, mi pare che il volume curato da Francesco Paoletta raccolga cinque saggi tra loro eterogenei nella modalità di affrontare il tema della psichiatria nelle colonie, in particolare per il fatto di essere più attenti alla dimensione storica o storiografica. Mi pare, però, che un elemento sia ad essi comune ed è quello di cogliere, della storia della

psichiatria nelle colonie, il carattere di disciplina giovane e in evoluzione e di focalizzarsi più tutti sugli aspetti più originali e recenti della ricerca e del dibattito in quell'ambito.

R. De Vogli, *Progress or Collapse. The crises of market greed*. Routledge, Milton Park Abingdon, 2013, pp. 288, € 26,23. ISBN 9780415510189

Pubblicato nel 2013, *Progress or collapse* già dal sottotitolo – *the crises of market greed (le crisi dell'avidità di mercato)* – lascia intravedere il grande sforzo compiuto dall'autore, Roberto De Vogli, per sintetizzare temi solo apparentemente lontani, ovvero le diverse crisi che l'umanità sta affrontando in questo momento storico: la crisi ecologica, quella economica, la crisi sociale e quella politica; crisi che forse tendiamo a percepire come distinte e slegate, per come ci vengono presentate dai mass media. Tuttavia, secondo l'autore esiste un comune denominatore tra queste molteplici crisi: la "*market greed doctrine*", ossia l'avidità del mercato quale dogma alla base del modello di sviluppo economico neoliberista, impostosi a livello mondiale a partire dalla fine degli Anni Settanta del Novecento. A quel periodo risale il punto di rottura tra politiche economiche keynesiane, che avevano dominato tutto il Dopoguerra (e che prevedevano un certo grado di convivenza tra

libero mercato e intervento dello stato nell'economia), e avvento del neoliberismo, la cui strada è stata di fatto spianata dal clima di instabilità finanziaria creato dalla guerra in Vietnam e dalle crisi petrolifere del 1973 e 1977. Il neoliberismo ha determinato una massiccia finanziarizzazione, e ha condotto all'attuale "governo dei mercati", che vede la finanza internazionale porsi al di sopra degli stati sovrani. Situazione ben nota, questa, in Italia, che ha portato nel 2011 alla caduta di un governo (peraltro sostenitore dei principi del neoliberismo) eletto democraticamente. D'altro canto, il mondo della politica è ormai intrecciato a doppio filo con quello della finanza, aspetto, questo, che ha portato, almeno del nostro Paese, al collasso di centrodestra e centrosinistra in un'unica entità priva di colore politico, che di fatto risponde non all'elettorato ma ai mercati, e al clima contingente di fiducia o sfiducia degli investitori. L'emergenza democratica che si cela dietro a tutto ciò è ben argomentata dall'autore, che fornisce dati esaurienti per dimostrare come la promessa di una crescita economica nei paesi sviluppati e in via di sviluppo non sia stata mantenuta dalla massiccia e indiscriminata liberalizzazione dei mercati, che al contrario ha favorito la comparsa di oligopoli e monopoli, la riduzione dei salari, l'aumento delle disuguaglianze e la concentrazione della ricchezza nelle mani di pochi. Anche se nell'introduzione viene

segnalata l'importanza di questo testo per ricercatori e studenti di ecologia, psicologia, sanità pubblica, economia, sociologia e politica, preme, in questa sede, evidenziare l'utilità della lettura anche da parte degli operatori della salute mentale. Innanzitutto, il tema della mercificazione della salute (*commodification*) è un aspetto estremamente attuale: anche la salute, mentale e non, è diventata nel mondo contemporaneo un bene di consumo, soggetto alle regole della produzione e del mercato. Alle medesime regole sono sottoposti gli operatori della psichiatria, che lavorano nel mercato della salute, in cui domina, analogamente ad altri contesti produttivi, la "*market greed doctrine*" di stampo neoliberista. Ma l'applicazione pratica di questa dottrina, se da un lato non dimostra di produrre i benefici economici attesi, dall'altro aumenta il malessere psicologico e la prevalenza dei disturbi psichiatrici, favorendo il passaggio da lavoratori a pazienti. La principale causa di ciò è rintracciabile nel cambiamento del contesto sociale che essa determina, caratterizzato dallo sviluppo di relazioni mercificate (alla stregua della salute), improntate all'egoismo e allo sfruttamento, e all'idea che tutto nella vita sia acquistabile con il denaro, anche la felicità. Tuttavia, è dimostrato che oltre una certa soglia di ricchezza il livello di felicità non aumenta, anzi in alcuni casi può diminuire. Inoltre, passando in rassegna le ultime

decadi, colpisce come l'aumento del livello di benessere delle nazioni più sviluppate si sia accompagnato ad un aumento dei beni materiali e della salute fisica (testimoniato, ad esempio, dalla riduzione della mortalità infantile e dall'aumento della speranza di vita), ma non di quella psichica. In particolare, il fatto che attualmente la depressione sia la seconda causa di disabilità al mondo, e che nel 2030 si preveda sarà la prima, deve spingere a cercare le cause di ciò al di là dei fattori genetici e biologici, cioè nell'ambito dei determinanti sociali di salute, tra cui disoccupazione, povertà, bassa scolarizzazione e disuguaglianza sociale, che influiscono sulle vite di milioni di persone, e possono essere oggetto di interventi di prevenzione. Ed è proprio su questo tema, la prevenzione, che si avverte la necessità, per la psichiatria contemporanea, di riaccendere il proprio interesse, favorendo un dibattito sui determinanti sociali di salute e malattia, in cui gli operatori della salute mentale siano chiamati ad avere voce in capitolo e a prendere una posizione. Viviamo in un momento storico in cui è necessario recuperare il rapporto essere umano-ambiente, ed è fondamentale che le politiche economiche tengano conto del loro impatto su entrambi, rispettivamente in termini di sostenibilità ambientale e sostenibilità fisica e psicosociale. In questo senso, le recenti posizioni del Presidente degli Stati Uniti sull'accordo di Parigi sono molto

preoccupanti; nella possibile ritrattazione del primo accordo mondiale giuridicamente vincolante sul clima si intravede l'idea che la questione ambientale possa essere ancora discussa e dilazionata, anzi che lo sviluppo economico possa finanche ignorarla.

Al termine di questa lettura rimane una domanda: com'è possibile contribuire alla diffusione delle conoscenze contenute in questo volume, per promuovere un cambiamento sociale? Una possibile risposta è rintracciabile nel ruolo che reti e movimenti di massa possono avere, come ad esempio Occupy Wall Street, che dal 2011 ha organizzato manifestazioni di disobbedienza civile in diverse nazioni al mondo, in risposta agli effetti prodotti dalla applicazione dei principi del neoliberismo su scala mondiale. Un'ulteriore risposta risiede, a mio avviso, nelle coscienze di ognuno di noi, individualmente (prima ancora che collettivamente) chiamato a costruire la propria esistenza in modo da favorire il benessere dell'umanità, e non il suo collasso.

Giorgio Mattei