

COLORI METICCI 2015

Febbraio/Aprile 2015

Percorso d'introduzione alla Psicologia Transculturale

Appunti di lavoro

Si ringraziano tutti coloro che hanno reso possibile la redazione di questo testo, testimonianza preziosa del lavoro fatto:

tutti i relatori per aver messo gentilmente a disposizione i contributi presentati durante il ciclo di incontri;

Francesca Carbone per la traduzione simultanea, e successiva trascrizione, dell'intervento del Prof. Charles Di;

Sara Bergamo per l'attenta e paziente rilettura delle bozze;

Giorgia Micene per il lungo lavoro di cura e redazione finale degli atti.

RELATORI

Bastianini Anna Maria. Psicologa psicoterapeuta, Istituto Adler Torino

Cattaneo Maria Luisa. Psicologa psicoterapeuta, responsabile dei Servizi di Clinica Transculturale per le famiglie migranti della Cooperativa sociale multiculturale Crinali di Milano.

Chicco Ester. Psicologa psicoterapeuta, presidente di Psicologi nel Mondo - Torino.

Corrente Simona. Psicologa psicoterapeuta.

Dolcimascolo Maria. Psicologa psicoterapeuta, Istituto Adler Torino.

Di Charles. Professore di filosofia. Psicologo clinico all'ospedale Avicenne e presso la Casa dell'Adolescente dell'Ospedale Cochin. Dottore in Psicologia, docente all'Università Paris-Descartes e all'Università dell'Ovest di Angers.

Giachero Luca. Psicologo psicoterapeuta, ha operato nei progetti Emergenza Nord Africa.

Mela Alfredo. Sociologo, docente di Sociologia dell'Ambiente e del Territorio presso il Politecnico di Torino.

Micene Giorgia. Psicologa psicoterapeuta, ha partecipato con Medici Senza Frontiere a numerose missioni in situazione di emergenza umanitaria.

Ortuso Luisa. Psicologa psicoterapeuta, esperta in teatro di comunità in ambito multiculturale.

Quattrocolo Alberto. Presidente dell'Associazione Me.dia.re, si occupa di mediazione familiare, di conflitti e di sostegno psicologico. www.me-dia-re.it

PROGRAMMA

I Modulo: 20-21 Febbraio 2015

Bisogni psicologici dei richiedenti asilo e metodologie di lavoro
(*A.M.Bastianini, M.Dolcimascolo, A.Mela*)

Quando la psicologia occidentale incontra le rappresentazioni tradizionali della malattia e della cura (*L.Cattaneo*)

II Modulo: 20-21 Marzo 2015

Esperienze di lavoro di gruppo e di comunità, metodologia e strumenti
(*A.M.Bastianini, E.Chicco*)

Un esempio specifico: il teatro di comunità (*L.Ortuso*)

La mediazione dei conflitti in contesti di migrazione (*A.Quattroccolo*)

III Modulo: 24-25 Aprile 2015

DADA: un'esperienza di supporto psicologico; metodologia e strumenti. (*G.Micene*)

Il dispositivo DADA: Sistemi del Sé e campo relazionale nella comunicazione transculturale. (*S. Corrente, L.Giachero*)

Il trauma psicologico nella migrazione forzata e modalità di intervento con adulti e minori non accompagnati: il dispositivo della consultazione transculturale. (*Charles Di*)

1° MODULO

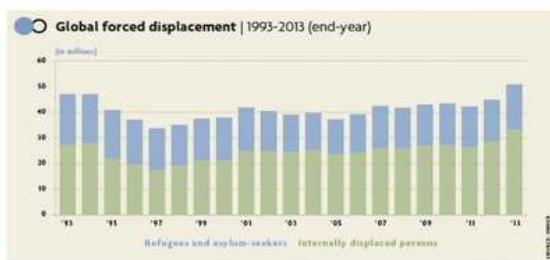


Migrazione, prima accoglienza e competenze psicosociali per il lavoro con i richiedenti asilo.

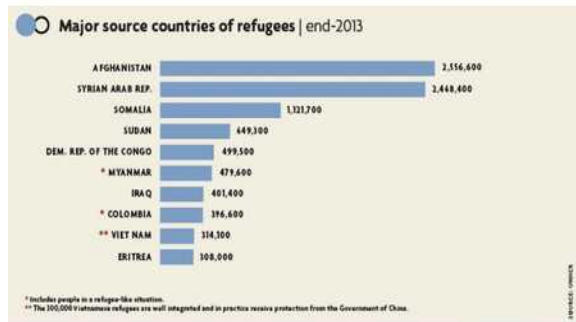
Alfredo Mela

1. Alcuni dati quantitativi e normativi a confronto

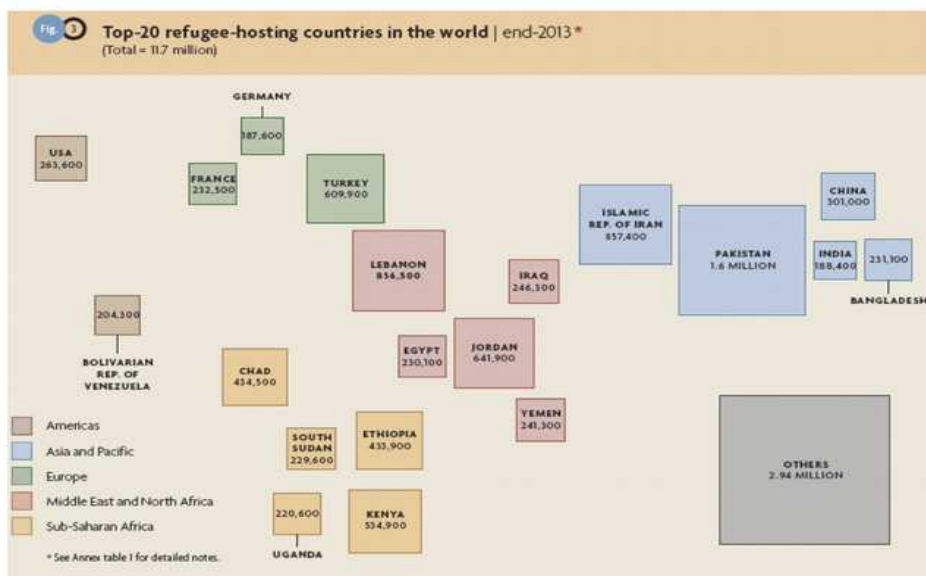
Più di 51 milioni di migranti forzati nel mondo nel 2013. Se fossero un paese sarebbero il 26° nel mondo.



Paesi da cui parte il maggior numero di rifugiati (UNCHR)



I primi 20 paesi per numero di rifugiati



L'asilo politico: il principio della persecuzione

Convenzione di Ginevra (1951, firmata da 147 stati - L. 775/54):

Chiunque, nel giustificato timore d'essere perseguitato per la sua razza, la sua religione, la sua cittadinanza, la sua appartenenza a un determinato gruppo sociale o le sue opinioni politiche, si trova fuori dello Stato di cui possiede la cittadinanza e non può o, per tale timore, non vuole domandare la protezione di detto Stato... (art. 1, lett. a)

Chi attua la persecuzione non è necessariamente uno stato: possono anche essere fazioni, organizzazioni criminali, clan o gruppi familiari ecc.

La protezione sussidiaria: principio del «danno grave»

Art. 3 della Convenzione dei Diritti dell'Uomo:

*per il cittadino straniero che non possiede i requisiti per essere riconosciuto come rifugiato, ma nei cui confronti sussistono **fondati motivi** di ritenere che, se ritornasse nel Paese di origine, o, nel caso di un apolide, se ritornasse nel Paese nel quale aveva precedentemente la dimora abituale, correrebbe **un rischio effettivo di subire un grave danno** e il quale non può o, a causa di tale rischio, non vuole avvalersi della protezione di detto Paese...*

Danno grave: condanna a morte, tortura, trattamenti inumani o degradanti.

La protezione umanitaria: riconosciuta in Italia

Presupposto: **seri motivi, in particolare di carattere umanitario** o risultanti da obblighi costituzionali o internazionali dello Stato italiano (art. 5, c. 6, D. Lgs. 286/98)

Il permesso di soggiorno per motivi umanitari è rilasciato dal **questore**.

Le conseguenze del riconoscimento

- Asilo politico: permesso di soggiorno quinquennale e rinnovabile
- Protezione sussidiaria: permesso di soggiorno quinquennale, rinnovabile previa verifica delle condizioni di rilascio
- Protezione umanitaria: permesso di soggiorno annuale, rinnovabile previa verifica delle condizioni di rilascio (ma dovrebbe essere portata a 2 anni)

- Forti differenze di condizione psicologica e sociale tra chi attende ancora l'audizione della commissione, chi ha ottenuto una protezione quinquennale o annuale.

Alcune cifre (*Fonte: quaderno Statistico – Ministero dell'interno)

2012 RIFUGIATI IN ITALIA ED EUROPA - DATI UNHCR

I rifugiati in Italia alla fine del 2012 erano 64.779: questa cifra colloca l'Italia al 6° posto tra i Paesi europei, dopo Germania (589,737), Francia (217,865), Regno Unito (149,765), Svezia (92,872) e Olanda (74,598).

Le richieste di asilo dal 1990 al 2013 ammontano ad un totale di circa 370.000, con un andamento irregolare negli anni

Dati Commissione Nazionale per i diritti d'asilo 2013

Tot. domande: 23634	Principali Paesi d'origine:		Esiti 2013
Status rifugiato 13%	Nigeria	3036	Status rifugiato
Protezione sussidiaria 23,5%	Pakistan	2455	Eritrea 930
Protezione umanitaria 24,3%	Afghanistan	1764	Somalia 331
Non riconosciuti 28,7%	Mali	1683	Afghanistan 285
Altro (irreperibili...) 10,5%	Somalia	1647	Non riconosciuto
			Nigeria 1618
			Pakistan 1128
			Senegal 458

Aumento dei flussi nel 2014

Nell'anno 2014, si è registrato un consistente aumento dei richiedenti asilo rispetto all'anno precedente (64.886 domande, con un incremento del 144% rispetto al 2013).

Si è anche registrato un aumento dei dinieghi (37%, contro il 29% del 2013) ed un calo nella concessione dello status di rifugiato (10%, contro il 13% del 2013).

Cfr.: <http://viedifuga.org/commissione-nazionale-asilo-dati-2014/>

(ultima consultazione: 1-2-2015).

Debolezze della politica italiana ed europea

- ≡ Investimenti solo sull'emergenza, ma debolezza di una politica dell'integrazione attiva (Rizzo su Repubblica, 9 marzo 2014).
- ≡ 62 milioni annui per l'accoglienza nei CARA (circa 5000 posti, condizioni insufficienti, lunghe attese)
- ≡ SPRAR: circa 47 milioni di spesa, 3700 posti, gestione regionale
- ≡ Immagine «schizofrenica» e «porosa» del Paese proiettata nei confronti dei rifugiati (e del resto dell'Europa)
- ≡ "Un futuro legato più alla fortuna che alla legge".

2. La condizione di richiedente asilo / rifugiato

Aspetti sociali

FASI	RICHIEDENTE ASILO / RIFUGIATO	MIGRANTE
PRE-MIGRAZIONE	Esposizione a violenze e fattori potenzialmente traumatici	Probabilità di esposizione
	Assenza di un progetto migratorio e di forme di socializzazione anticipatoria	Tendenziale presenza di un progetto (più o meno realistico)
USCITA DAL PAESE	Fuga, spesso improvvisa, con l'obiettivo di porsi in salvo	Maggiori probabilità di programmazione della uscita
VIAGGIO	Alta probabilità di esposizione a violenze	Probabilità variabile in funzione della programmazione

FASI	RICHIEDENTE ASILO / RIFUGIATO	MIGRANTE
PRIMO IMPATTO CON LA SOCIETA' DI ARRIVO	Periodo, spesso lungo, di incertezza sull'accettazione della richiesta	L'incertezza è legata al carattere regolare o irregolare della migrazione
	Probabile assenza di riferimenti a reti familiari o amicali	Possibile presenza di riferimenti legati a catena migratorie
	Presenza di progetti specifici, di breve durata e destinati solo ad alcuni	Possibile presenza di servizi e progetti generici

Variabili che diversificano i percorsi dei richiedenti asilo:

- genere, età
- relazioni con la famiglia di origine e con persone di riferimento
- culturali (riferimenti religiosi, a sistemi di valori più o meno lontani da quelli della società di arrivo)
- status sociale precedente (ambivalenza)
- resilienza individuale (preparazione, atteggiamenti, capacità adattiva...)
- requisiti che facilitano l'ottenimento dello status di rifugiato

Aspetti psicologici problematici dopo l'arrivo

- ≡ Quando il viaggio termina, la paura di perdere la vita cessa, ma ricomincia l'incertezza ed è difficile ricreare un progetto di vita.
- ≡ Le risorse di resilienza che sono state utili per fuggire e giungere in Italia possono non essere adeguate ad affrontare la nuova situazione.
- ≡ Questo è aggravato dall'impatto con il sistema italiano e la burocrazia, che produce incertezza e lascia spazio a inattività, sentimenti di impotenza, dipendenza da decisioni spesso non comprensibili.
- ≡ Altri fattori di sofferenza riguardano la sorte di familiari ed amici restati in patria: sensi di colpa per averli abbandonati e di impossibilità di aiutarli, anche se ci si pone in comunicazione con essi.
- ≡ Possibile diffidenza nei confronti dei connazionali ed estraneità rispetto agli occidentali e ad altri richiedenti asilo rendono difficile la formazione di reti di appoggio.
- ≡ Situazioni di particolare vulnerabilità: gravidanza, presenza di bambini piccoli, eventi negativi per la famiglia di origine (persecuzione, malattia, morte...), cattiva salute, fattori di invalidità, risposta negativa alla domanda di asilo, conclusione di un progetto (che può comportare la perdita di una casa, del lavoro...).

3. Gli approcci al lavoro psicologico con i richiedenti asilo e rifugiati

La condizione psicologica del rifugiato

Cambiano le esigenze di appoggio e le priorità al variare delle fasi:

- ≡ Dell'emergenza immediata (sbarco...)
- ≡ Del supporto nella fase iniziale (audizione, attribuzione di uno status, primo impatto con la società di arrivo)
- ≡ Del supporto (o aiuto terapeutico) a medio termine

L'intervento psicologico sui rifugiati è ispirato a diversi orientamenti teorici e metodologici. Esso, però è anche condizionato dal contesto socio- politico ed organizzativo entro cui si svolge.

Gli approcci non si presentano tutti sullo stesso piano e non necessariamente sono alternativi

L'approccio clinico ed il trattamento del PTSD nei rifugiati

- ≡ Forte incidenza del PTSD ed altre patologie presso i rifugiati (Steel, Chey et al, 2009, usando 181 studi precedenti la valutano attorno al 30% dei soggetti esposti a conflitti; Silove, 2004, parla di variazione tra il 15% e il 47%)
- ≡ Principali criteri diagnostici del PTSD nel DSM-V
 - diretta esperienza di uno o più eventi traumatici, essere testimone di eventi capitati a stretti familiari o amici ovvero essere ripetutamente esposto ai dettagli degli eventi (non attraverso i media)
 - re-esperire in modo persistente l'evento (incubi, allucinazioni, flash back...)
 - evitamento di quanto si riferisce all'evento
 - incapacità di provare emozioni positive, persistenza di stati emozionali negativi
 - alterazioni nell'arousal: ipervigilanza, disturbi del sonno...
 - durata dei sintomi superiore a 1 mese
 - i disturbi causano seri problemi di funzionamento.

Interventi focalizzati sul trauma

- ≡ La finalità principale di questi interventi, in particolare di quelli cognitivo-comportamentali, è quella di far recedere i sintomi, processando le memorie, superando l'evitamento ecc.
- ≡ Varie metodologie (Narrative exposure therapy, Cognitive Processing Therapy, uso di farmaci, EMDR, tecniche corporee...), talora abbinata con interventi psicosociali
- ≡ Numerosi studi quantitativi di valutazione dell'efficacia di tali interventi (per una rassegna v. Nickerson, et al, 2009: spesso, ma non sempre, viene osservata una riduzione dei sintomi)

Approcci psico-sociali

- ≡ Pluralità di apporti: psicologia di comunità, psicologia della liberazione, modelli ecologici (Miller, Rasco, 2004; Miller, Rasmussen, 2010), modelli basati sulla resilienza (Ryan, Dooley, Benson, 2008)...
- ≡ Critica al paradigma medico e dubbi sul carattere universale del PTSD
- ≡ Critica alla sottovalutazione delle condizioni materiali di vita attuale dei rifugiati e dei relativi fattori di stress e traumatizzazione (incertezza sulla condizione futura, incertezza sulle sorti dei familiari, divario culturale, perdita del ruolo, assenza di progetti, violenza politica, pregiudizio...)

Alcuni principi di un intervento psicosociale

- ≡ Riflessività: chiarezza critica sul contesto entro cui si opera e sulla propria posizione, motivazioni e reazioni.
- ≡ I rifugiati sono persone, immesse in reti sociali, con caratteristiche individuali e culturali, con specifiche esperienze passate e presenti. Occorre tener conto delle differenze.
- ≡ Occorre agire a più livelli: individuale, familiare, comunitario, sociale. Necessità di lavorare in rete con diversi apporti disciplinari.
- ≡ Dove possibile, occorre prevenire la cronicizzazione dei problemi di salute mentale, rafforzando la resilienza individuale e di gruppo
- ≡ Valori e credenze culturali dei migranti sul benessere e la malattia debbono essere incorporati nel progetto di appoggio

- ≡ Dove possibile, le comunità locali debbono essere coinvolte attivamente
- ≡ Curare il trauma, ma anche intervenire sui problemi del presente, aiutando la formazione di progetti di vita

L'approccio etnopsichiatrico

- ≡ Esistono diversi approcci con diverse etichette (psichiatria transculturale, etnopsicoanalisi ecc.)
- ≡ La scuola francese di G.Devereux, di cui sono oggi capofila T.Nathan e M.R.Moro
- ≡ Alcuni principi:
- ≡ **universalismo psichico** nel senso di una possibilità di comprensione transculturale e pari dignità, ma declinato in molteplici forme modellate dalle culture e dalle specificità individuali
- ≡ **complementarismo**: necessità di affrontare i fenomeni attraverso approcci disciplinari differenti (psicoanalitico, sociologico, antropologico, linguistico, medico...), non contrapposti ma non confusi
- ≡ Il dispositivo specifico è il **lavoro di gruppo**, con possibilità del paziente di parlare la propria lingua e di utilizzare i propri riferimenti culturali.
- ≡ Grande e piccolo gruppo.
- ≡ Importanza attribuita al **trauma migratorio** in se stesso, in quanto rottura di omologia tra il quadro culturale esterno e il quadro interiorizzato
- ≡ Idea del **métissage (ibridazione)**: le culture sono dinamiche e la presenza delle culture «altre» trasforma anche il quadro delle società di arrivo.
- ≡ Etnopsicoanalisi come **pragmatica del legame** (tra le culture, tra il migrante e la sua rete di origine, con le reti attuali, tra le esperienze del passato e quelle presenti).
- ≡ Approccio polimorfo, non ancora del tutto codificato, ma che aspira a diventare una disciplina specifica.

4. Il supporto psicologico nella nostra esperienza

Il lavoro di Psicologi nel Mondo-Torino nei progetti

- Non si è trattato di un lavoro incentrato sul trauma, anche se ci siamo dovuti confrontare con esso
- Al di là di ogni etichetta (vittima, traumatizzato...) ci proponiamo di incontrare ogni persona nella specificità della sua storia, delle sue difficoltà e risorse, cercando non tanto di «curarla», quanto di accompagnarla in una fase cruciale del suo percorso.

L'accompagnamento psicologico

- Permette loro di **raccontare la propria storia**, ridando senso agli eventi vissuti nel passato e nel presente, riconoscendo le proprie capacità di affrontarli, nonostante gli aspetti più dolorosi patiti.
- Permette di acquisire **strumenti per capire la realtà** che li circonda, dando importanza all'impatto emotivo che la realtà vissuta ha per ciascuno.

Il dispositivo d'intervento

- ≡ DADA (Dispositif d'accueil pour le demandeurs d'asile), ispirato al «gruppo piccolo» di M.R.Moro.
- ≡ Tendenziale presenza di due psicologi (o di uno psicologo e un antropologo, sociologo ...) e di un mediatore culturale.
- ≡ Uno psicologo stabilmente rappresenta il terapeuta principale; gli altri agiscono come co-terapeuti in forma coordinata.
- ≡ Una figura di psichiatra è a disposizione nei casi in cui sia necessario.
- ≡ È un dispositivo di gruppo.
- ≡ Risponde alle esigenze di molte culture, per le quali ricevere ed offrire aiuto appartiene ad una relazione di gruppo e non individuale (questa talora può essere considerata pericolosa).
- ≡ Facilita la narrazione di eventi drammatici e la ricostruzione dell'identità attraverso il riconoscimento sociale.
- ≡ Altra cosa – ma sempre basata sull'importanza del gruppo - è il lavoro in laboratori (teatro di comunità, video, *photovoice*).

5. In conclusione

Necessità di uno sguardo critico nei confronti della condizione dei rifugiati

- ≡ Non tutti i rifugiati / richiedenti asilo sono «Broken Spirits» (Wilson e Droždek, 2004).
- ≡ L'enfatizzazione della malattia mentale porta a farli considerare solo un problema ed un costo per lo Stato.
- ≡ Tuttavia, la sottovalutazione delle difficoltà legate ai traumi del passato e del presente è altrettanto pericolosa per i rifugiati e per le società che li ospitano (Silove, 2004).

Necessità di uno sguardo critico nei confronti del proprio lavoro

Aspetti positivi	Aspetti critici
Il lavoro svolto ci è parso complessivamente utile: <ul style="list-style-type: none"> ~ molte delle persone incontrate hanno mostrato miglioramenti; ~ i rapporti con gli altri soggetti (educatori, funzionari comunali, mediatori) si sono rinsaldati. 	<ul style="list-style-type: none"> • Spesso si è operato in condizioni emergenziali, in un progetto a breve termine. • Ciò ha reso difficile mettere in campo strumenti di valutazione. • Condizioni di stress di alcuni psicologi, non abbastanza sistematica la supervisione.

Necessità di uno sguardo critico sul contesto

- ≡ Rifiuto di una concezione della psicologia che si limita ad occuparsi del paziente nelle sedute e si disinteressa del quadro complessivo.
- ≡ Necessità di comprensione della «Therapeutic governance» (Pupavac 2001) in un quadro politico più generale.
- ≡ Ambiguità di un lavoro di accoglienza condotto in un sistema non finalizzato all'integrazione, ma più spesso rivolto a «mettere una pezza», nonostante l'impegno di molti operatori.
- ≡ Questo fa sì che manchi una rete di supporto (pubblica e di terzo settore) e che ciascuno cerchi di lavorare bene solo nel proprio segmento.
- ≡ Dal punto di vista dei rifugiati questo premia solo chi è già in grado di muoversi con destrezza tra varie agenzie e lascia in maggiore difficoltà chi ha problemi più gravi.
- ≡ Necessità di combinare competenza psicologica, capacità di interazione multidisciplinare, analisi critica del quadro di riferimento, promozione dei diritti umani

Rappresentazioni culturali “tradizionali” della malattia e della cura e logiche psicoterapeutiche occidentali nel trattamento dei pazienti e delle famiglie migranti. M.Luisa Cattaneo

Il tema che dobbiamo affrontare in questo incontro ruota attorno alla questione: come possiamo curare persone migranti che vengono da altri mondi, che ci chiedono aiuto per dare senso e uscire dalla loro sofferenza e sono portatrici di rappresentazioni culturali diverse dalla nostra?

Come possiamo costruire una relazione terapeutica che sia rispettosa di noi e di loro?

Ho cercato risposte a queste questioni insieme alle mie colleghe della Cooperativa Crinali, con le quali ho sviluppato pratiche di cura da più di quindici anni in servizi dedicati ai migranti¹.

La mia esperienza è quindi soprattutto nel campo materno-infantile e nel lavoro con le famiglie a partire dai problemi dei bambini e degli adolescenti; fa riferimento all’approccio dell’etnopsicoanalisi francese, in particolare alla declinazione che ne fa Marie Rose Moro.

La formazione alla clinica transculturale ci ha permesso in primo luogo di riflettere su di noi e sulla parzialità culturale dei nostri strumenti terapeutici.

Vorrei condividere con voi alcuni riferimenti teorici fondamentali di questo approccio, che è stato fondato da George Dévereux, è stato sviluppato successivamente da T. Nathan e da M.Rose Moro, soprattutto per quel che riguarda il lavoro con le donne e i bambini, le seconde e le terze generazioni.

Universalismo psichico

George Dévereux nei suoi scritti sottolinea continuamente il concetto di universalismo psichico: tutti gli esseri umani, cioè, sono uguali e hanno uguale dignità.

Una delle caratteristiche universali dell’essere umano è quella di appartenere ad una cultura; T.Nathan afferma che non esiste l’uomo nudo: non è dato in natura un uomo che non sia stato pensato, concepito, nato e vissuto all’interno di un sistema culturale (Nathan,1996).

“Da questo principio consegue un atteggiamento morale e filosofico che pone sullo stesso piano tutti gli esseri umani. Questa posizione interiore richiede di diventare consapevoli di quanto siamo stati forgiati dalla nostra appartenenza culturale e di mettere in discussione la preminenza della cultura occidentale rispetto alle altre. Per chi è cresciuto ed è stato educato e formato nel mondo occidentale, per esempio, non è evidente che la scienza e il metodo scientifico siano il modo di rappresentare il mondo e la strada che storicamente l’Occidente ha sviluppato per conoscerlo. Come pure non è evidente che questa visione sia paritaria, in termini di dignità, con ogni altra visione del mondo. Dichiarare a parole che si rispettano tutte le culture è facilmente condivisibile, ma la convinzione interiore di questa affermazione e la conseguente traduzione nella pratica clinica di questo principio non sono affatto scontati. Spesso i clinici si riferiscono ad altre rappresentazioni del mondo, della malattia o della cura con termini svalorizzanti o paternalistici.”

(Cattaneo - Dal Verme , 2015)

Differenze culturali

Tutti gli esseri umani nascono dunque all’interno di un gruppo culturale e ogni individuo attualizza all’interno di una cultura specifica le potenzialità innate che possiede. La cultura è dunque premessa indispensabile per lo sviluppo psichico, è “contenitore” e “pelle” dello psichismo umano: come non

1

Centri di salute e ascolto per le donne immigrate e i loro bambini degli ospedali San Paolo e San Carlo di Milano, servizi di clinica transculturale per i minori migranti e le loro famiglie in collaborazione con l’ASL di Milano e con il comune di Pioltello, un grande comune dell’*hinterland* milanese con un’altissima percentuale di popolazione immigrata.

esiste contenuto senza contenitore, così non può esistere funzionamento mentale al di fuori di un involucro culturale.

Esistono molte culture diverse fra loro, anche se la loro caratteristica comune è quella di rispondere alla domanda tipicamente umana di dare senso e significato all'esperienza, sia individuale che collettiva.

Nei processi migratori accade che persone con rappresentazioni culturali diverse di sé, dell'altro, del mondo, si incontrano e devono convivere nel medesimo spazio, devono imparare ad intendersi senza rinunciare alla propria cultura.

Ma l'incontro con chi è portatore di un'altra cultura suscita in ogni essere umano angoscia (Dévereux 1984), le certezze sulla "naturalità" delle nostre rappresentazioni vacillano davanti ad altri che portano visioni del mondo così diverse eppure umane.

La dimensione stressante, a volte traumatica, della migrazione

Chi emigra vive, inoltre, l'esperienza del trapiantarsi in un mondo che non conosce e di perdere il supporto del proprio gruppo di appartenenza, non solo a livello sociale e relazionale, ma anche culturale e simbolico.

E' questa un'esperienza che mette in tensione e stressa tutti i processi identitari, nella misura in cui il quadro culturale interiorizzato da ciascun individuo in modo peculiare e unico. per mantenersi vivo e svolgere la sua funzione di orientare nel mondo, ha necessità di mantenere uno scambio incessante con il gruppo di appartenenza. La migrazione può diventare traumatica nella misura in cui la persona non trova in sé e nell'ambiente che l'accoglie le risorse per elaborare creativamente questa esperienza e radicarsi in modo costruttivo nel nuovo contesto di vita; rimane allora come sospesa fra due mondi, in quella "terra di nessuno" (Moro, 1998) in cui è difficile dar senso a ciò che si vive, in cui non funzionano più le categorie proprie della società di provenienza, non si posseggono quelle della società di accoglienza, per dare senso, ad esempio, alla nascita, alla morte, alla sofferenza del corpo o della mente.

Sono queste ultime le persone che incontriamo come professionisti della salute nei servizi in cui lavoriamo; incontriamo persone che non ce la fanno o almeno non ce la fanno da sole in quel momento a superare in modo costruttivo gli effetti destabilizzanti del trauma migratorio, che Nathan definisce come "trauma del non senso".

Sono persone per cui è difficile tenere insieme due mondi e due culture, due esperienze di sé a volte completamente diverse, e che esprimono la loro difficoltà e infelicità esistenziale attraverso sintomi (ansia, depressione, pensieri intrusivi e ossessivi, sintomi psicosomatici...). E' a questo punto che vengono da noi, che accettano di venire a vedere lo/la psicologa su invio di altri colleghi (il medico di base, la ginecologa, la pediatra del figlio/a..) o di qualche conoscente che c'è già stato/a e che si è trovato/a bene.

L'incontro terapeutico

Quando incontriamo pazienti migranti abbiamo immediatamente il problema di come costruire una relazione rispettosa sia di chi offre cura sia di chi la chiede.

Per farlo abbiamo bisogno di integrare i nostri abituali strumenti professionali in modo da poter leggere e utilizzare in modo terapeutico le diversità culturali.

George Dévereux ci offre a questo fine una metodologia specifica che chiama "**metodo complementarista**".

Egli afferma che per comprendere il comportamento umano occorrono necessariamente almeno due registri, un registro antropologico e un registro psicologico (Dévereux diceva psicoanalitico). I due registri vanno usati obbligatoriamente ma non simultaneamente.

Per esempio una donna marocchina è venuta a chiedermi aiuto al Centro del San Paolo per la tristezza che provava a poche settimane dal parto: piangeva sempre, faticava ad occuparsi del suo bambino, era arrivata da poco in Italia, parlava solo la sua lingua; l'ho ricevuta con la mediatrice linguistico-culturale e ad un certo punto, un po' esitando, mi ha raccontato che la sua mamma, avendo consultato un guaritore al paese, le aveva detto che secondo quest'ultimo il suo malessere dopo il parto era dovuto al fatto di essere stata toccata da un *djinn*².

Come posso leggere questo racconto ?

Se uso il metodo complementarista leggo con il registro antropologico l'eziologia del *djinn* e con il registro psicologico il malessere personale della donna in quel momento. L'eziologia del *djinn* è un modo culturalmente codificato di dire che la signora sta male, non è nel suo stato abituale, non si riconosce più. Li devo usare entrambi separatamente per non confondere l'uno con l'altro. Spesso noi leggiamo ancora l'aspetto culturale con il registro psicologico, con il pericolo di fare gravi danni: per esempio leggere come delirio e psicosi un racconto del genere.

Decentramento e controtransfert culturale

Per usare efficacemente il metodo complementarista è necessario che chi cura assuma una posizione di decentramento culturale e di attenzione al proprio controtransfert culturale.

Il decentramento culturale consiste prima di tutto nel riconoscimento da parte del clinico che i propri strumenti professionali, le teorie e le tecniche di intervento, non sono "neutri", ma connotati culturalmente e imbevuti di implicite culturali. In secondo luogo, l'operatore/operatrice deve saper cogliere che l'altro è portatore di elementi culturali che hanno una loro logica e possono essere capiti, anche se sono diversi dai propri, a volte sconcertanti e non conosciuti.

Occorre inoltre saper riconoscere il proprio controtransfert culturale, cioè le proprie contro-attitudini davanti all'alterità culturale. Dévereux sottolinea infatti come ciascuno abbia reazioni specifiche, quasi sempre connotate dall'angoscia, davanti all'alterità culturale. Spesso queste reazioni sono caratterizzate da aspetti difensivi, che sono del tutto normali, ma che possono essere analizzati e utilizzati costruttivamente nella relazione terapeutica, piuttosto che agiti inconsapevolmente.

Quando per esempio una teoria eziologica dice che la malattia mentale è legata al malocchio, noi occidentali la chiamiamo superstizione, e assumiamo un atteggiamento di superiorità e di disprezzo. Questa è una rappresentazione dell'altro fortemente connotata dall'appartenenza culturale. Siamo cresciuti in una cultura fortemente scienziata e razionalista, atteggiamento che ci porta a dire che la superstizione fa parte di una cultura arretrata, che non ha ancora conosciuto lo sviluppo e l'approccio scientifico. Questo è il significato implicito, è la rappresentazione veicolata dalla parola "superstizione". Diverso è riconoscere che questa è una rappresentazione della nostra cultura e che nessuno ci chiede di rinunciare alle nostre rappresentazioni; come pure nessuno ci chiede di concordare con il fatto che il malessere di una persona derivi dal malocchio. Tuttavia quando entriamo in relazione con qualcuno che porta questa eziologia, è necessario che impariamo a considerarla come una rappresentazione "altra", che non viene né prima né dopo un ipotetico sviluppo del pensiero, in cui la cultura occidentale è più avanti e le altre più indietro. Questo è ciò

² I *djinn*, nelle culture di religione musulmana, sono esseri invisibili che convivono con gli umani ed hanno abitudini di vita rovesciate rispetto agli umani: dormono di giorno e restano svegli di notte, abitano la foresta, i luoghi vicino all'acqua, possono insediarsi in buchi e luoghi abbandonati dagli umani. Se disturbati possono "toccare" o possedere gli umani.

che ci propone la clinica transculturale: non parlare di superstizione, arretratezza e sottosviluppo, ma di rappresentazioni, ossia di immagini fortemente connotate culturalmente e quindi condivise dal gruppo di appartenenza. Una rappresentazione che ha pari dignità rispetto a quella del clinico.

Rappresentazioni culturali a confronto nella relazione terapeutica

Nell'incontro terapeutico con persone di diversa cultura sono molte le rappresentazioni con cui entriamo in contatto, alcune delle più frequenti sono la rappresentazione della persona, delle relazioni familiari, di maschile/femminile, della genitorialità e del ruolo del bambino nella famiglia, di salute e malattia e della cura, di come deve essere una buona comunicazione.

Secondo Isabel Réal (*Atti del seminario introduttivo alla clinica transculturale, 2006*), etnopsicoanalista, nelle società tradizionali africane la rappresentazione della malattia e delle sue cause subordina sempre lo stato del paziente allo stato del suo gruppo di appartenenza. Quindi una persona che soffre non viene mai considerata come una persona a sé stante, isolata, ma come un individuo facente parte di una comunità. Chi è colpito dalla malattia non è necessariamente colui che era originariamente il bersaglio. Quando una persona ha determinati sintomi, questi non lo riguardano per forza direttamente, ma possono derivare da un altro membro della famiglia, dall'intero gruppo familiare e anche dagli antenati. La persona malata non è altro che il sintomo di una disfunzione più generale che riguarda tutta la comunità. Quando si parla di malattia non si intendono solo manifestazioni somatiche ma anche turbe relazionali e comportamentali gravi. Nelle società tradizionali si ritiene che se una persona è portatrice di sintomi significa che nell'ambito della famiglia o della comunità è il soggetto più vulnerabile e quindi il più facile da colpire. Gli esseri più vulnerabili sono sicuramente i neonati, innanzi tutto, i bambini e poi le donne. Il momento in cui la donna è particolarmente vulnerabile è quello della gravidanza e del parto. Proprio per questo nelle società tradizionali vengono svolti atti di protezione da parte di un guaritore consultato dalla famiglia.

Naturalmente anche gli uomini possono essere a rischio e si ammalano, però il loro rischio è inferiore in quanto non partoriscono i bambini. Tramite la rappresentazione culturale si cerca di dare un senso alla malattia. La ricerca del senso della malattia è una questione alla quale la medicina moderna non dà risposta. Essa tende piuttosto a concentrarsi sulle cause e fornisce una risposta rispetto alla genesi della malattia, al trattamento, alla cura, alla prognosi, ma qualsiasi individuo che faccia parte di una società tradizionale ha bisogno di un processo che lo aiuti ad attribuire un senso alla malattia che lo ha colpito.

Nelle società tradizionali tutti gli elementi che possiamo chiamare di "disordine", come la malattia, la morte o la sfortuna ripetuta, sono associabili a un universo soprannaturale. Secondo queste culture la morte e la malattia non sono mai eventi naturali, essi derivano sempre da una disfunzione esistente tra il mondo degli esseri umani e il mondo dell'invisibile. In questo mondo invisibile ci possono essere gli antenati, i geni tutelari oppure varie forme di spiriti che, a seconda dei posti, assumono nomi diversi (*djinn, Shaitan...*). L'agente del male è quindi esterno all'individuo.

In situazione di transculturalità, di fronte al paziente che soffre occorre lavorare sulle matrici di senso che la persona attribuisce a determinati eventi che gli accadono, matrici di senso che spesso si allacciano alle eziologie tradizionali. Alcune delle più diffuse eziologie tradizionali sono la stregoneria, la possessione, il malocchio, la trasgressione dei tabù, la perdita dell'anima, il *maraboutage*.

C'è una sostanziale differenza tra psicoanalisi (e psicologie occidentali moderne) e le eziologie tradizionali, in quanto l'agente del disordine è intrapsichico per la psicoanalisi, mentre per le società tradizionali è esterno; l'origine del conflitto infatti nasce dal rapporto disordinato tra il mondo umano e quello non umano. Ma che si tratti di teorie tradizionali piuttosto che di psicoanalisi, il

punto di partenza è sempre la costruzione di una teoria, per passare poi alla terapia.

Se si pensa che all'origine dei sintomi del paziente ci sia un conflitto intrapsichico, si prevederà una cura psicoanalitica, invece se ci si trova di fronte a un paziente che ritiene che i suoi problemi derivino dal fatto di essere posseduto, allora si dovrà mettere in atto un dispositivo terapeutico che risponda all'ipotesi emessa. In questo caso sarebbe indicata una situazione in cui si determini uno stato di *trance*. La tecnica terapeutica della *trance* non ha niente a che vedere con l'ipnosi, perché implica un cambiamento di tutto il corpo, non solo della coscienza. Dopo la *trance* deve essere messo in atto un secondo rito (per lo più si tratta di sacrifici animali, come sgozzare un pollo sulla testa del paziente) per consentire al paziente di "tornare" dallo stato di *trance*. Per questi motivi le due tecniche terapeutiche non sono paragonabili.

Per esempio se un bambino è malato e si pensa che la sua malattia possa derivare dal fatto che un antenato è tornato tra gli esseri umani tramite lui, ci si reca dal guaritore, una figura che collega il mondo degli esseri umani a quello dell'invisibile, permettendo la comunicazione tra i due mondi. Dopo aver utilizzato varie tecniche (come per esempio gettare delle conchiglie e leggere il risultato) per sapere perché l'antenato è tornato reincarnandosi nel bambino e per capire che cosa desidera, a livello terapeutico potrà prescrivere un *sadaka*, cioè un'offerta di *couscous* alla moschea per l'antenato, in modo da riparare la colpa di cui ci si è macchiati e risolvere il problema.

È possibile trovare una complementarità tra la medicina moderna e la medicina tradizionale?

In realtà queste due medicine non sono antagoniste tra loro. La pratica etnopsicoanalitica ha dimostrato che queste due logiche terapeutiche possono coesistere e anzi si possono potenziare. Per esempio se un bambino si rompe una gamba il guaritore, oltre a intervenire immobilizzandogli la gamba, ricondurrà il fatto al disequilibrio tra il mondo umano e il mondo degli antenati e degli spiriti. In questa logica il bambino si è rotto la gamba perché ha camminato su uno spazio che era riservato agli spiriti o forse c'è qualcuno che vuole male alla sua famiglia e che l'ha attaccato attraverso un atto di stregoneria. L'evento "gamba rotta" suscita tutta una serie di interrogativi che obbligano gli individui coinvolti a confrontarsi con gli altri membri della comunità e con il mondo dell'invisibile. In Africa Nera si direbbe che il bambino si è rotto la gamba perché l'antenato non era contento e ha manifestato ciò mediante la frattura.

Quali setting possibili?

Tenendo conto di quanto detto sopra si pone il problema di quali sono i cambiamenti da fare nei nostri setting in modo che possano accogliere le rappresentazioni del paziente e del clinico connotate da culture differenti e le possano utilizzare in chiave terapeutica.

Il setting tipico dell'etnopsicoanalisi, messo a punto da Nathan e rielaborato da Moro rispetto soprattutto alle problematiche dei bambini e delle seconde generazioni, è il dispositivo del gruppo multiculturale.

Questo dispositivo nella pratica francese è caratterizzato dalla presenza di un gruppo di terapisti di diversa provenienza culturale (francesi, africani, maghrebini, indocinesi...), formati alla psicoanalisi e all'antropologia, e di un interprete che parla la lingua della famiglia. Un terapeuta principale dirige la seduta e dà la parola ai diversi coterapeuti; il gruppo multiculturale permette la circolazione di diverse ipotesi di lettura dello stesso problema o sintomo di qualche membro della famiglia per cui è stata chiesta la consultazione e favorisce, nell'ottica di Moro, il processo di *métissage* che necessariamente ogni migrante è chiamato ad attivare per conciliare i mondi e le culture del Paese d'origine e del paese di accoglienza.

Non è questa la sede per approfondire le modalità di funzionamento di tale dispositivo: si rimanda per questo ai testi di Nathan e Moro messi in bibliografia.

Vorrei in questa sede accennare a come nella pratica clinica di Crinali abbiamo declinato la necessità di cambiamento dei setting.

In primo luogo nei colloqui psicologici individuali l'inserimento della mediatrice linguistico-culturale modifica il setting, non più duale ma a tre; la presenza della mediatrice rompe la divisione netta tra un sistema curante tutto italiano e un paziente straniero, meticcias il sistema curante, con conseguenze importanti sull'alleanza terapeutica e sulla complessità dei movimenti transferali e controtransferali.

Stiamo sperimentando altri setting ispirati alla clinica transculturale, all'interno dei Centri di salute e ascolto per le donne migranti e i loro bambini collocati in ambito ospedaliero.

Ci siamo rese conto che il disagio psicologico delle donne spesso non viene formulato direttamente. Molto più frequentemente la donna si rivolge alla ginecologa esprimendo un disagio complessivo, per esempio tutto il corpo fa male, oppure porta la sua tristezza, la sua sensazione di "non farcela" a sopportare la situazione di solitudine e nostalgia legata alla migrazione. In questi casi abbiamo messo a punto un metodo di lavoro che chiamiamo consultazione congiunta; la ginecologa o l'ostetrica dà le proprie prestazioni e poi dice alla signora una frase del tipo: "Lei mi parla di una serie di situazioni rispetto alle quali sento il bisogno di confrontarmi con una mia collega esperta, che può aiutarmi a rispondere meglio alle sue domande". È la ginecologa (o l'ostetrica) che chiede la presenza della psicologa durante il colloquio e si fanno, quindi, colloqui congiunti con la ginecologa o l'ostetrica, la psicologa, la mediatrice culturale e la signora. Questo permette di affrontare una situazione che altrimenti la ginecologa non saprebbe come gestire; d'altra parte la paziente non andrebbe dalla psicologa. Di solito sono sufficienti due o tre incontri di consultazione congiunta. Poi se si riscontrano problemi particolarmente importanti e la signora è disponibile ad approfondire le motivazioni del suo disagio, è possibile che le consultazioni con la psicologa si prolunghino nel tempo.

Altro setting che stiamo utilizzando nei due Servizi di clinica transculturale per i minori migranti e loro famiglie attivi ormai da molti anni è il dispositivo di clinica transculturale ispirato al dispositivo gruppale francese. Chiaramente vi sono significative differenze: la prima riguarda la minore numerosità del gruppo, la seconda il fatto che non abbiamo terapeuti di origine straniera, ma mediatrici culturali che, con noi, hanno seguito un percorso formativo.

Il gruppo è costituito da tre o quattro terapeute italiane, due mediatrici culturali e qualche tirocinante psicologa. È presente l'interprete della lingua madre del paziente. Nel nostro setting l'alterità culturale è quindi rappresentata dalle mediatrici culturali, la cui funzione nel gruppo è stata a lungo discussa. Le mediatrici si sono addestrate con tutte noi a lavorare nel gruppo terapeutico e, oltre a rendere visibile e fisicamente presente la differenza culturale, hanno la funzione di intervenire per evocare rappresentazioni proprie della loro cultura di appartenenza, relative ad aspetti presenti nel racconto del paziente, per esempio alcune eziologie tradizionali, rappresentazioni culturali del neonato, piuttosto che del bambino e del suo posto all'interno della famiglia, proverbi e modi di dire tradizionali ecc.

Partecipano alla consultazione transculturale anche gli operatori invianti. Infatti si tratta di un servizio di secondo livello, a cui le famiglie non accedono direttamente, ma su segnalazione dei servizi del territorio.

Conclusioni

Vorrei concludere il mio intervento dicendo che il quadro teorico della clinica transculturale offre strumenti utilissimi, che possono essere applicati in diversi contesti, con i necessari adattamenti alle

singole situazioni.

La diffusione di una cultura condivisa sull'approccio transculturale ha un impatto sociale importante perché permette di costruire gradualmente una rete di servizi che utilizzano un linguaggio comune, benché ognuno conservi la propria specificità. Gli ospedali, i consultori familiari e pediatrici, i servizi sociali, gli asili nido, le scuole, sono gli ambiti in cui possono essere favoriti processi di integrazione che rendano possibili convivenze pacifiche fra le persone che vengono da culture diverse. In questi ambiti può essere svolta una cruciale funzione di prevenzione del disagio e della sofferenza. Poiché la clinica transculturale è un cantiere in costruzione non possiamo aspettarci di trovare ricette preconfezionate da applicare nel nostro ambito di intervento, ma siamo sollecitati a provare nuove strade e inventare nuove modalità di cura e di prevenzione.

Bibliografia

- Devereux G. (1970), *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, Paris, trad.it (1978) *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando, Roma
- Devereux G. (1967), *From anxiety to method in the behavioural sciences*, Mouton & Co- The Hague, Paris, trad.it.
- Severi C. (a cura di) (1984), *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, Bibliotheca Biographica, Roma.
- Moro M. R. (1994), *Parents en exil - Psychopathologie et migrations*, PUF, Paris, trad it. (2002), *Genitori in esilio*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Moro M. R. (1998), *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*, Dunod, Paris, trad. It. (2001), *Bambini immigrati in cerca d'aiuto. I consultori di psicoterapia transculturale*, UTET, Torino.
- Moro M. R. (2002), *Enfants d'ici venus d'ailleurs - Naître et grandir en France*, La Découverte, Paris, trad. it.
- Candelise L. (2005), *Bambini di qui venuti da altrove- Saggio di transcultura*, FrancoAngeli, Milano.
- Moro M. R. (2007), *Aimer ses enfants ici e ailleurs*, Odile Jacob, Paris, trad. it.
- Nortey E. (2008), *Maternità e amore. Quello di cui hanno bisogno i bambini per crescere bene qui e altrove*, Frassinelli, Milano.
- T. Nathan, *Principi di etnopsicoanalisi* (1996), Bollati Boringhieri, Torino
- T.Nathan, I. Stengers, *Medici e stregoni*, (1996) ,Bollati Boringhieri, Torino
- M. L. Cattaneo e S. dal Verme (2005), *Donne e madri nella migrazione. Prospettive transculturali e di genere*, UNICOPLI, Milano
- M. L. Cattaneo e S. dal Verme(a cura di)(2009) *Terapia transculturale per le famiglie migranti*, Franco Angeli , Milano
- A cura dell'équipe di CRINALI (2006), *Atti del seminario introduttivo alla clinica transculturale*, Milano, (reperibile in sede della cooperativa)

II° MODULO



Metodologie e strumenti di lavoro di gruppo e di comunità

A.M. Bastianini, E.Chicco

1. La psicologia di comunità

La psicologia di comunità nasce ufficialmente negli USA nel 1965 (Convegno di Swampscott, Massachusetts). Alla base vi è un rifiuto della concezione biologica e intrapsichica del disagio mentale e una sottolineatura dell'importanza del rapporto delle persone con il loro ambiente di vita, ovvero il sistema di relazioni familiari, di gruppo, sociali, giuridiche, ambientali (Orford (1992) "La persona nel contesto")

I livelli del contesto (Bronfenbrenner)

Microlivello: esperienza diretta di interazione (famiglia, gruppo dei pari, gruppo di lavoro...)

Mesolivello: relazione tra più ambienti di microlivello (es: relazioni scuola-famiglia)

Esolivello: relazioni con sistemi di cui non si ha esperienza diretta, ma che influiscono in modo mediato sulla persona (es: rete amicale dei genitori, rete lavorativa del partner)

Macrolivello: sistemi esterni che possono influenzare la vita di ciascuno (economia globale, sistemi culturali, relazioni politiche a livello nazionale)

L'individuo e il contesto

Il contesto agisce in diversi modi:

- come possibile causa del disagio;
- nella definizione stessa del disagio;
- nella metodologia di intervento;
- non solo nella cura, ma anzitutto nella prevenzione del disagio;
- nella società, promuovendo diritti umani e benessere;
- nella comunità, attraverso la formazione di figure di riferimento non professionali;
- nel piccolo gruppo, aumentando le competenze e la resilienza.

Che cosa è la comunità?

Questo termine può riguardare molti insiemi di persone e sistemi differenti:

- la comunità tradizionale, come entità organica;
- confini geografici precisi, talora isolamento;
- relazioni continuative tra le persone, con forte valenza emotiva;
- grande importanza riveste il gruppo familiare e delle relazioni di vicinato;
- reciprocità, cooperazione, ma anche conflitti permanenti;
- controllo sociale sugli individui;
- comunità volontarie: gruppi di persone affini (culturalmente, per ragioni religiose, per impegno sociale...) o con specifici interessi;
- comunità costruite per particolari scopi (educativi, terapeutici...);
- comunità virtuali, ma con momenti di incontro diretto;
- reti di relazioni basate su legami "forti" (continuativi, impegnativi);

- “Insieme di soggetti che condividono aspetti significativi della propria esistenza e che, per questa ragione, sono in un rapporto di interdipendenza, possono sviluppare un senso di appartenenza e possono intrattenere tra loro relazioni fiduciarie” (Martini, Torti, 2003, p. 13)

Il lavoro di comunità

- Gli psicologi lavorano non solo “per” una comunità, ma anche “con” essa.
- La partecipazione come momento essenziale.
- «...la dimensione comunitaria include il *ruolo attivo della comunità, la sua partecipazione*. E non solamente come invitata, o come spettatrice accettata o come beneficiaria, ma come agente attivo dotata di voce, diritto di voto e di veto” (Montero, 2004, p. 31)
- Il compito degli psicologi è fondamentalmente quello di catalizzatore; *essi debbono operare stimolando le risorse di cui la comunità già dispone*, favorendo l’acquisizione di nuove risorse e lo sviluppo di nuove capacità, attraverso un processo che parte dalla comunità e ricade su di essa.

Un concetto-base: l’empowerment

- Attribuzione di potere, sviluppo di potenzialità, *fortalecimiento*...
- L’empowerment è tanto il processo di... quanto il risultato del processo.
- Diversi livelli dell’*empowerment*: individuale, di gruppo, di organizzazione, comunitario.

A livello individuale

Processo

- Apprendimento di abilità per fare scelte.
- Coinvolgimento nel lavoro di gruppo, di comunità.
- Acquisizioni di conoscenze sul contesto, esperienze di impegno.

Risultati

- Senso di controllo sulle situazioni.
- Comportamento proattivo, partecipativo.
- Aumento della consapevolezza critica, della capacità di intervento.

A livello comunitario

Processo

- Collaborazione tra gruppi, assunzione di responsabilità reciproche.
- Azioni di solidarietà nei confronti delle figure più deboli, delle minoranze.
- Azioni collettive per la democrazia, i diritti civili.

Risultati

- Creazione di modalità di autogoverno trasparenti, di una *leadership* democratica
- Maggiore equità, sviluppo della tolleranza e valorizzazione della diversità.
- Capacità di controllo nelle relazioni con il contesto sociale.

2. Il lavoro nei gruppi

Proviamo adesso a rispondere insieme ad alcune domande che potranno aiutarci a spiegare il senso del nostro lavoro.

Che cos'è un gruppo?

Si definisce gruppo qualsiasi formazione sociale risultante dalla *compresenza partecipante* e *non casuale* di due o più esseri umani. Il gruppo è dunque caratterizzato dall'*interdipendenza* dei suoi membri e da un'interazione relativamente *continua* nel tempo, legata alla conoscenza e al *reciproco riconoscimento*.

L'etimologia offre due linee di forza che ritroviamo durante tutta la riflessione sui gruppi, il *nodo* e il *tondo* [Anzieu Martin, 1968]:

- ≡ *il nodo*: coesione fra i membri di un insieme, non lineare, che è il risultato di un fitto intreccio, una *matassa* appunto;
- ≡ *il tondo*: è il legame, la possibilità di circolazione delle idee e delle fantasie; è il pensiero, ma anche le relazioni interpersonali. [Di Maria, Lo Verso, 1995, p. 11].

L'essere umano nasce come essere sociale: il gruppo permette di *soddisfare bisogni*, biologici o psicologici, che non possiamo soddisfare da soli. Il gruppo ha l'obiettivo di migliorare la *sopravvivenza* dell'individuo. Per gli psicologi sociali evuzionistici la selezione naturale favorisce chi vive in gruppo, piuttosto che chi vive in isolamento.

Perché lavorare nei gruppi? La questione dell'identità

Per poter avere un rapporto da essere umano, sosteneva lo psichiatra Ronald Laing, è necessario possedere un senso solido della propria autonomia e della propria identità; se non è così, ogni rapporto minaccia l'individuo di perdita dell'identità.

Chi sono io? La costruzione dell'identità nasce e cresce nel gruppo familiare, radicato nella dimensione sociale e culturale di appartenenza

Il riconoscimento/costruzione dell'identità passa attraverso un riconoscimento sociale.

Il gruppo partecipa a questo processo. La migrazione comporta una rottura della continuità dell'involucro culturale interno ed esterno: è un momento di particolare vulnerabilità.

Riannodare i fili della proprio percorso di vita, riconoscersi ed essere riconosciuti nella propria storia personale, contribuisce a ricostruire una identità che riguarda non solamente il passato, ma anche il presente e il futuro della propria vita.

Perché lavorare nei gruppi? La possibilità di raccontarsi e di ascoltare.

All'interno di un lavoro di gruppo:

- posso permettermi di "dirmi";
- vengo riconosciuto nella mia specificità;
- posso raccontare la mia storia e costruire una storia differente;
- posso costruire con gli altri una storia di cui faccio parte ma non sono il tutto;
- posso costruire dei punti di riferimento riconosciuti dal singolo e dal gruppo.

Perché lavorare nei gruppi? Il trauma.

Se pensiamo agli aspetti del trauma che generano scissione e fissazione, allora il gruppo rappresenta lo strumento per rimettere più rapidamente insieme IMMAGINI, PAROLE, PENSIERI, EMOZIONI, CORPO e RICORDI.

Il gruppo facilita – talvolta addirittura genera - la possibilità di riattivare collegamenti e ridare mobilità e fluidità al pensiero.

Gruppo e trauma

Il gruppo sostiene la difficoltà di parola e di espressione; dà la possibilità di ricollocarsi in una dimensione di relazione e di legame con gli altri, uscendo dal silenzio e dall'isolamento propri del funzionamento traumatico.

Il gruppo permette un'esperienza emotiva profondamente trasformativa attraverso le dinamiche transferali, di identificazione e di rispecchiamento che sono proprie della vita di un gruppo.

Perché lavorare nei gruppi? Il corpo.

Il disagio si esprime, si colloca e viene detto a livello del corpo, un corpo che significa, comunica e mette insieme parole.

In questa prospettiva ci sembra che l'attenzione al corpo come narrante e significante una sofferenza, con la possibilità di "far qualcosa" di molto semplice per modificare e modulare un poco l'esperienza corporea, riportandola ad una direzione di maggiore benessere, possa contribuire a "cogliere il trauma là dove è", sollecitando l'integrazione di sensazioni, percezioni, rappresentazioni, pensieri, parole in direzione del superamento del trauma (Erik De Soir, Zuccarello, 2013).

Perché lavorare nei gruppi? Resilienza ed empowerment.

Assicura la possibilità di "riattivare la vita psichica" (Godard et al, 2012, pag. 135), ridà spazio al pensiero e alle emozioni, in una condivisione che trasmette la trasformazione dal ruolo di vittima, schiacciata dagli eventi traumatici, a quello di soggetto attivo, che può assumersi delle responsabilità, ma soprattutto è in grado di prendere una certa distanza dagli eventi trascorsi e ricostruire una prospettiva di futuro.

Perché lavorare nei gruppi? La transculturalità.

Nelle **società tradizionali** l'individuo è pensato in **costante interazione con il suo gruppo di appartenenza**. Le condizioni di benessere o di malessere riguardano sempre non solo l'individuo, ma anche la famiglia e il gruppo.

È spesso presente, inoltre, il riferimento al "mondo degli invisibili" in relazione costante con il "mondo dei visibili". Di qui l'importanza di modelli di intervento psicologico e psicoterapeutico che sappiano comprendere le risorse di sviluppo e di cura che il gruppo consente, in un dispositivo "a geometria variabile".

Inoltre la malattia è considerata come un evento che non riguarda solo l'individuo malato.

E' dunque importante che la malattia sia curata in una dimensione gruppale, sia attraverso il gruppo sociale che attraverso un setting terapeutico di gruppo.

Il trattamento collettivo della malattia permette un compromesso fra una eziologia collettiva e familiare del male e una eziologia individuale.

Ma allora quali gruppi?

Gruppi di prevenzione e di accompagnamento

Nell'obiettivo di "restaurare" la capacità di immaginare, di uscire dal blocco del pensiero e dell'emozione e di elaborare il senso di ciò che si è vissuto, reintegrando gli eventi trascorsi, per quanto traumatici o difficili, come appartenente alla propria identità anche in relazione al presente e al futuro.

Gruppi terapeutici

Dedicati alla cura di persone in particolari difficoltà.

Gruppi di accompagnamento e di prevenzione

Gruppi di gioco mamma-bambino, gruppi di narrazione, gruppi focalizzati sulle immagini (*photovoice*, video) e sull'esperienza artistica, gruppi di lavoro centrati sul corpo, teatro di comunità.

Gruppi mamma-bambino

In ogni società, per ogni donna, il diventare psicologicamente madre si colloca in relazione alla propria madre e alle altre donne madri, prima ancora che nei confronti del compagno e/o del bambino. Il riconoscimento di sé come madre nell'incontro/confronto con le altre donne madri sostiene nella relazione con il bambino le funzioni materne di accudimento, sintonizzazione e responsività. Il gruppo tra mamme favorisce l'interazione e la comunicazione verbale e non verbale, con la possibilità di condividere, secondo le proprie modalità culturali, l'attenzione a sé stesse e al bambino, fonte di benessere per entrambi.

Il gruppo di narrazione

Narrare e rinarrare la propria storia permette alle persone di costruire la propria identità.

Quando gli eventi della vita incontrano da vicino la possibilità della propria morte e la morte delle persone care è possibile che questo tipo di esperienza blocchi la capacità di narrare e che le persone sentano e pensino di non poter esprimere i vissuti di una sofferenza così grande. Riattivare pertanto la possibilità di parlare di eventi così traumatici è importante per il benessere dei singoli e della comunità.

Non si tratta solamente di una ricostruzione di eventi in cui ognuno possa situarsi in modo oggettivo (la memoria storica); è importante che ciascuno possa ripensare, ricordare e narrare la personale esperienza emotiva all'interno di questi fatti. Se non vengono raccontati, i vissuti emotivi particolarmente forti possono far ammalare fisicamente le persone (perché le emozioni si concentrano nel corpo, provocando un cortocircuito psicosomatico) o può accadere che le emozioni si esprimano in passaggi all'atto improvvisi, senza poter essere gestite né trasformate (atti di collera e di violenza, esplosioni emotive). Può anche accadere che le persone si sentano invase dal risentimento, isolate, senza valore, colpevoli, incapaci di reintegrarsi nella comunità.

Narrare in un gruppo ha un potere trasformativo individuale e collettivo. Nel gruppo ognuno può sperimentare l'esperienza di essere ascoltato, esperienza che sta alla base della possibilità di ascoltare emotivamente gli altri nella pienezza emotiva della loro storia. In questo modo si costruisce una relazione profonda e intensa di solidarietà.

Nel gruppo, attraverso la narrazione e l'ascolto, si può trovare uno spazio per ricostruire il

senso di ciò che si è vissuto, individuare le risorse che sono state di aiuto nel corso del tempo e riflettere su come questi vissuti si sono incarnati e trasformati nella storia personale. Superare un trauma è anche e soprattutto poter parlare della collera e dell'odio per poterli trasformare non in vendetta ma in energia per lo sviluppo e il benessere proprio e della collettività.

Altre tipologie di gruppo attivati da Psicologi nel Mondo-Torino

- ≅ I gruppi di lavoro attraverso le immagini: l'esperienza del gruppo di *photovoice*.
- ≅ I gruppi di teatro di comunità.
- ≅ I gruppi terapeutici.

La PSICOLOGIA di COMUNITA' è un'AREA di STUDIO, di RICERCA e d'INTERVENTO.
PERSONE e GRUPPI all'interno dei **CONTESTI**.

PROCESSI PSICOLOGICI ↔ PROCESSI SOCIALI sono interconnessi.

La COMUNITA' SOCIALE possiede una DOPPIA VALENZA:

- a) FONTE del DISAGIO PSICOSOCIALE;
- b) PREVENZIONE e RISORSA TERAPEUTICA.

TEATRO e PSICOLOGIA DI COMUNITA'.

Caratteristiche del lavoro di Teatro di Comunità:

- si tratta di un lavoro sul **TERRITORIO**, i cui obiettivi sono:

la **CO-COSTRUZIONE** degli INTERVENTI; la **PROGETTAZIONE** dell'INTERVENTO;

- ~ DESTINATARI e FINALITA';
- ~ è caratterizzato dal LAVORO di **RETE**;
- ~ richiede una FORMAZIONE specifica dell'**EQUIPE** e la DEFINIZIONE dei **RUOLI**;
- ~ vi sono moltissimi ASPETTI PRATICI di cui tenere conto e le DIFFICOLTA' LINGUISTICHE rappresentano uno degli aspetti principali.

Quadro di sintesi

FASI DELLE ATTIVITA' TEATRALI	RELAZIONI UMANE
APERTURA/INGRESSO nel LAVORO ≙ CONCENTRAZIONE ≙ SOCIALIZZAZIONE/INTERAZIONE ≙ TRAINING TEATRALE ≙ TECNICHE di NARRAZIONE ≙ CHIUSURA LAVORI	- PARTICOLARI VULNERABILITA' ≙ ELEMENTI CULTURALI e di GENERE ≙ INTERAZIONE e RITMO ≙ ASCOLTO ≙ OBIETTIVO COMUNE ≙ INTERDIPENDENZE
IDENTITA' e NARRAZIONE	CONTINUITA' e COMPLESSITA'
≙ FORMAZIONE IDENTITA' ≙ IDENTITA' SOCIALE ≙ ELEMENTI CULTURA di RIFERIMENTO NARRAZIONE e TRASFORMAZIONE	≙ ATTIVITA' di AGGREGAZIONE ≙ COMPLESSITA' CRESCENTE e CONTINUITA' ≙ RIPETIZIONE ≙ RUOLO ATTIVO dei DESTINATARI ≙ LIVELLO ATTENZIONE nel GRUPPO ≙ ATTEGGIAMENTO di RECETTIVITA' OBIETTIVO del PROCESSO
RAPPRESENTAZIONE FINALE	
DRAMMATURGIA di COMUNITA' RAPPRESENTAZIONE FINALE? DESTINO COMUNE - INTERAZIONE STIMOLO - <i>EMPOWERMENT</i> APERTURA ALLA REALTA' ESTERNA RICADUTE SULLA COMUNITA' SOCIALE	

MEDIAZIONE DEI CONFLITTI

A.Quattrocolo (Associazione Me.Dia.Re.)

L' ASSOCIAZIONE ME.DIA.RE. gestisce da 10 anni, con il contributo o in convenzione con gli enti locali, dei Servizi gratuiti di Ascolto e Mediazione dei Conflitti a Torino (4) e a Collegno (1).

Tali Servizi sono oggi distinti in Servizi gratuiti di:

- Ascolto e Mediazione dei Conflitti
- Ascolto e Sostegno Psicologico

È accreditata all'Age.na.s. come Ente Provider per le formazioni accreditate ECM e come Ente Formativo dal Ministero della Giustizia (decreto legislativo 28/2010).

Ha costituito ADR MEDIARE Organismo di Mediazione Civile e commerciale (decreto legislativo 28/2010).

È partner della Città di Torino per 3 progetti di sostegno psicologico a favore di:

- donne vittime di violenza
- rifugiati e richiedenti asilo adulti
- rifugiati e richiedenti asilo minori.

Con contributi di Fondazione CRT e Compagnia San Paolo gestisce il Progetto SOS CRISI per Torino e Collegno.

Con contributo della Chiesa Valdese offre sostegno psicologico alle vittime di reato e loro familiari.

Finanzia i Servizi e i progetti soprattutto con le formazioni:

- dal 2004 realizza progetti formativi nelle Aziende Sanitarie;
- dal 2011 eroga Master per mediatori familiari e dei conflitti interpersonali (accr. A.I.Me.F.)

e corsi ex D.lgs.28/2010;

- dal 2013 svolge Master in Victim Support;
- dal 2014 svolge Master in Organizational & Interpersonal Conflict Management;
- dal 2014 corsi accreditati ECM.

Progetti di Ascolto e Mediazione in Sanità

Sulla base del modello teorico-operativo adottato nei propri Servizi gratuiti, ha formato *team* di “ASCOLTO e MEDIAZIONE dei CONFLITTI” nelle Aziende Sanitarie pubbliche di Piemonte, Lombardia ed Emilia Romagna, svolgendo 13 corsi della durata di 160-200 ore d’aula:

- Agenzia Regionale Sanitaria dell’Emilia Romagna (3 corsi nel 2005, 2006, 2007);
- A.Re.S.S. Piemonte (3 corsi nel 2009, 2010, 2011);
- Direzione Generale Sanità – Regione Lombardia (3 corsi tra il 2010 e il 2011);
- A.O. di Lecco (un corso nel 2009);
- Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori (un corso tra il 2009 e il 2010);
- Azienda USL di Modena (un corso tra il 2009 e il 2010);
- A.O.U. Sant’Orsola Malpighi di Bologna (un corso nel 2012).

IL CONFLITTO

- Negazione di bisogni come occasione di conflitto.
- Morton Deutsch: “Spesso il conflitto sorge dal fatto che le parti hanno differenti aspettative sulla relazione”.
- Bisogni relazionali: riconoscimento.
- Reazione: Brian Muldoon: “Mi arrabbio, dunque, esisto.”. Bisogno d’imporre il proprio esistere.
- Reazione dell’altro: imbarazzo, vergogna, senso di colpa, percezione di mancato riconoscimento, ira.



IL CONFLITTO DAL PUNTO DI VISTA COGNITIVO

- Conflitti che sorgono da trappole comunicative.
- Conflitti che sorgono da effetti non voluti → “Errore fondamentale di attribuzione” (Ross-Nisbett).
- Conflitti che si fondano su questioni di principio.
- Conflitti che sorgono da fattori esterni (il contesto, gli stereotipi...).

ESCALATION DEL CONFLITTO

- Perdita di fiducia, senso di tradimento.
- Il dubbio diventa certezza e poi accusa.
- Informazioni flessibili interpretate a conferma della visione negativa dell'altro.
- Spersonalizzazione reciproca
- Costrizione in ruoli rigidi.
- Inefficacia della parola.
- Alleanze, schieramenti (altra rigidità e stereotipi).
- Comportamenti violenti. Ezzath Abdel Fattah sul passaggio all'atto: le inibizioni davanti al reato variano a seconda di personalità e condizioni della vittima e possibilità di legittimare l'atto (+ personalità, cultura, condizioni dell'agente).
- Autolegittimazione attraverso tecniche di neutralizzazione (Sykes & Matza) della responsabilità dell'atto.



III° MODULO



D.A.D.A. Un'esperienza di supporto psicologico in ambito transculturale.

G. Micene

Nel corso del 2013, in seguito ad una sempre maggiore focalizzazione delle proprie attività - fino a quel momento centrate sul lavoro di cooperazione internazionale in Latino America e con le comunità di migranti a Torino - a favore dei richiedenti asilo e rifugiati, Psicologi Nel Mondo sente la necessità di descrivere e riscrivere in modo più puntuale la propria metodologia di intervento.

Rimanendo nel quadro della psicologia transculturale e mantenendo espliciti i riferimenti al lavoro dell'*équipe* multidisciplinare diretta da T. Baubet e M.R. Moro dell'Ospedale Avicenne di Bobigny, ci si rende conto che ogni contesto richiede riformulazioni adatte alle proprie caratteristiche.

Infatti fu durante il corso di un ciclo di supervisione con Isaam Idris che si approdò alla definizione di DADA: Dispositive d'Accueil du Demandeur d'Asile, a sottolinearne le caratteristiche di intervento a cavallo di un'accoglienza giocata più sulla dimensione psico-sociale che strettamente psicoterapeutica.

I riferimenti teorici del nostro approccio sono quelli della psicologia transculturale, con particolare riferimento all'impostazione di lavoro di Marie Rose Moro.

La base teorica della clinica transculturale deriva dall'etnopsicoanalisi, o etnopsichiatria - i termini vengono spesso usati come sinonimi, generando alcune potenziali confusioni.

In sintesi, potremmo dire con L. Cattaneo (Elementi di Base della Clinica Transculturale) che George Devereux è considerato unanimemente il fondatore dell'etnopsichiatria, il suo allievo Tobie Nathan ha successivamente messo a punto il dispositivo tecnico caratteristico di questo approccio e Marie Rose Moro lo ha sviluppato e modificato per applicarlo alle problematiche delle seconde e terze generazioni.

Concetti di Base:

- ≡ Universalismo psichico
- ≡ Codifica culturale: il livello dell'essere, del senso, del fare
- ≡ Il metodo complementarista: registro antropologico e registro psicologico
- ≡ Decentramento
- ≡ Posizione del curante
- ≡ Controtransfert culturale

Universalismo psichico:

Caratteristica universale dell'essere umano è quella di appartenere a una cultura: *tutti gli esseri umani sono uguali e hanno pari dignità.*

Cultura

Tobie Nathan definisce la cultura come un contenitore, come la "pelle" dello psichismo umano. Egli afferma che *"non esiste l'uomo 'nudo': non è dato in natura un uomo che non sia stato pensato, concepito, nato e vissuto all'interno di un sistema culturale"*. Non può esserci funzionamento psichico senza contenitore culturale.

Possiamo distinguere tra cultura esterna (del gruppo di appartenenza) e cultura vissuta (elaborazione personale, unica e irripetibile, che l'individuo fa della cultura di riferimento). La cultura è anche un processo dinamico.

Marie Rose Moro (1994) definisce la cultura come "un sistema costituito da una lingua, da un sistema di parentela, da un *corpus* di tecniche e di modi di fare (le cure igieniche, la cucina, le arti, le forme di cura, le tecniche di *maternage*). Tutti questi elementi sparsi sono strutturati in maniera coerente attraverso modi di pensare: le rappresentazioni."

Il metodo "complementarista"

Elemento distintivo della psicologia transculturale è l'utilizzo del doppio registro.

Il terapeuta/curante utilizza insieme, ma non simultaneamente, sia il registro antropologico, per decodificare il senso collettivo (l'esterno), sia quello psicoanalitico, per decodificare l'interno (il contenuto).

Bisogna utilizzare strumenti diversi: il livello culturale si decodifica con strumenti antropologici e quello psicologico con strumenti psicologici. Non è necessario che sia un'unica persona ad indagare entrambi i livelli.

Un non-antropologo non può indagare il livello culturale, ma può acquisire un certo numero di conoscenze antropologiche (attraverso letture, libri, pubblicazioni, viaggi ecc.) che daranno qualche informazione supplementare. Allo stesso modo, un mediatore, medico o psicologo proveniente dalla stessa cultura del paziente potrà avere accesso ad un certo numero di elementi culturali, ma anche queste informazioni non saranno sufficienti per decodificare il livello culturale: sono necessarie ma non sufficienti (Moro).

Il decentramento dello sguardo

La posizione interiore del terapeuta dipenderà da entrambi questi due livelli: culturale e psicologico.

È necessario fare uno sforzo per “decentrarsi”, in quanto noi riteniamo naturale tutto ciò che è culturale. Gli aspetti culturali ci impregnano fin dalla nascita (ancora prima, in gravidanza), gli elementi culturali vengono assimilati con il latte materno (Montaigne), è difficile riconoscere qualcosa che è sempre stato presente.

L'antropologia offre molte chiavi di lettura utili a identificare cosa avviene nelle altrui ma anche nostre culture.

Per esempio, i riti di passaggio sono sempre presenti, cambiano in contenuti ma mantengono una struttura comune inalterata (A. Van Gennep, 1909).

Questa si suddivide in 3 stadi:

- fase pre-liminale: separazione;
- fase liminale: transizione (*limen* = soglia, confine);
- fase post-liminale: reintegrazione.

La fase liminale è quella di particolare interesse in questo contesto, in quanto ci sembra descrivere benissimo la fase di stallo, limbo, in cui sostano i richiedenti asilo una volta arrivati in Italia (Francesco Vietti). Si tratta di una fase carica di ambiguità, rischi ma anche potenzialità (Turner, 1969).

Le persone che si trovano insieme nella fase liminale costituiscono una *communitas*, costituendo un ordine complementare – ma non opposto - a quello della società.

Caratteristica principale della *communitas* è la temporaneità: se la condizione liminale si protrae nel tempo – divenendo condizione esistenziale – questo andrà a generare un problema.

D.A.D.A: strumenti e metodologia

Strumento di lavoro principale è il colloquio psicologico e quindi la narrazione (non solo attraverso le parole) portata dal paziente e dal contesto in cui è inserito.

Per narrazione non intendiamo forzatamente la storia del trauma o del percorso di

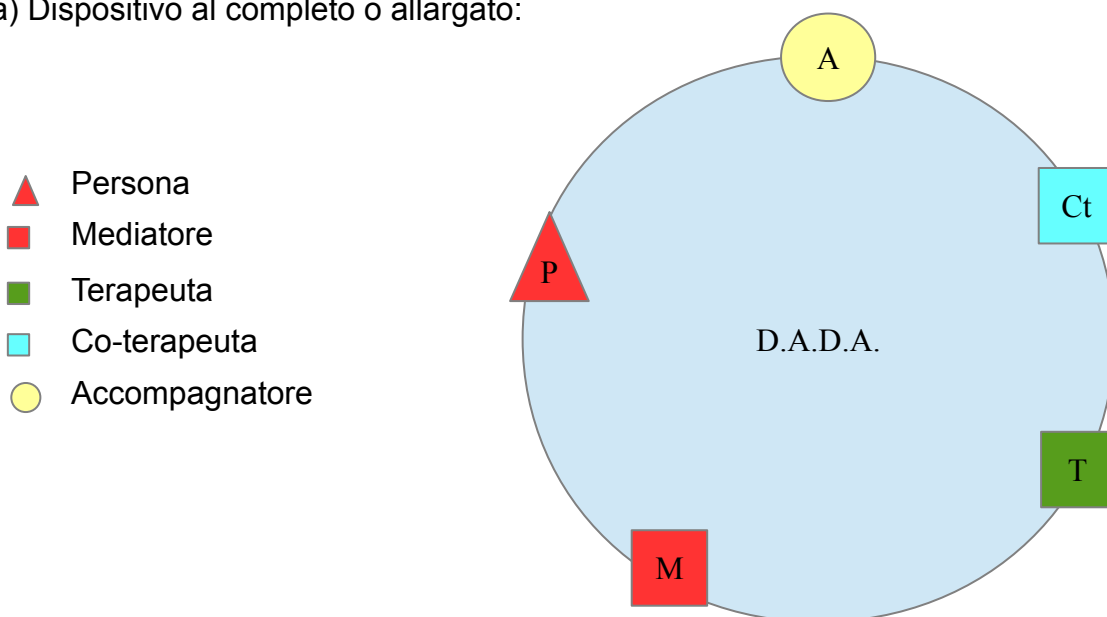
migrazione, ma intendiamo la narrazione che riesce a dare di sé la persona, attraverso i suoi sintomi, ciò che decide di dire ma anche di non dire, il modo in cui interagisce con noi e il modo in cui fa interagire gli operatori intorno a lui.

Il colloquio – o il ciclo di colloqui – si inserisce in un dispositivo di accoglienza del richiedente asilo, del rifugiato e del titolare di protezione umanitaria.

Tale dispositivo comprende evidentemente il setting in cui avviene il colloquio psicologico, così come la fase preliminare e successiva al colloquio, nel riconoscimento dell'importanza del lavoro di rete con gli altri numerosi ruoli chiave coinvolti nel percorso dell'individuo.

Il colloquio stesso varia, seguendo la logica del dispositivo a geometria variabile che si modifica in modo flessibile, ma pur sempre rigoroso, a seconda della necessità del caso singolo.

a) Dispositivo al completo o allargato:



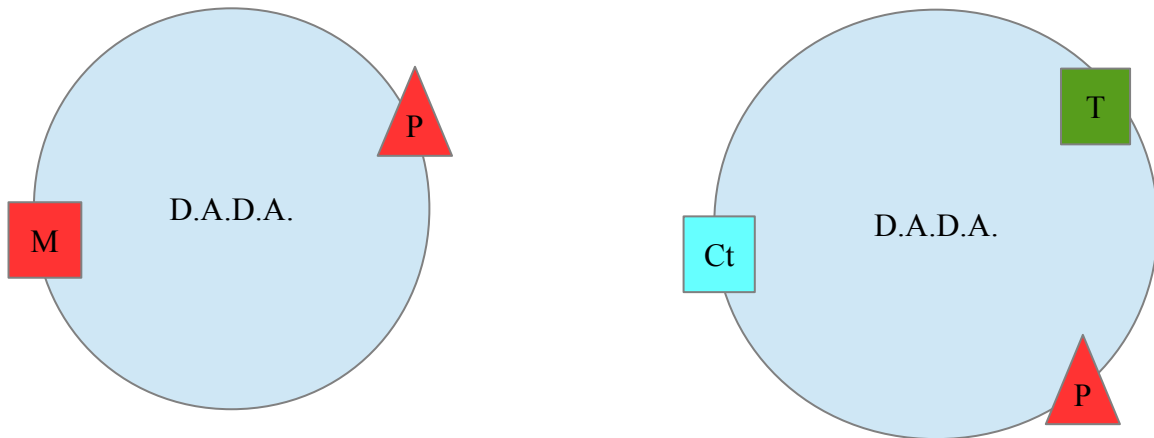
Come abbiamo detto, la matrice teorica di riferimento del dispositivo è quella della consultazione transculturale, così come proposta dal gruppo di lavoro francese di Marie Rose Moro e Thierry Baubet all'Ospedale Avicenne di Parigi.

La metodologia di lavoro da noi utilizzata è ispirata a quella messa a punto dal Servizio di Psichiatria transculturale dell'Ospedale *Avicenne* di Bobigny, Parigi, diretto dalla Prof.ssa M.R. Moro e dal Gruppo Trauma diretto dal Prof. T. Baubet.

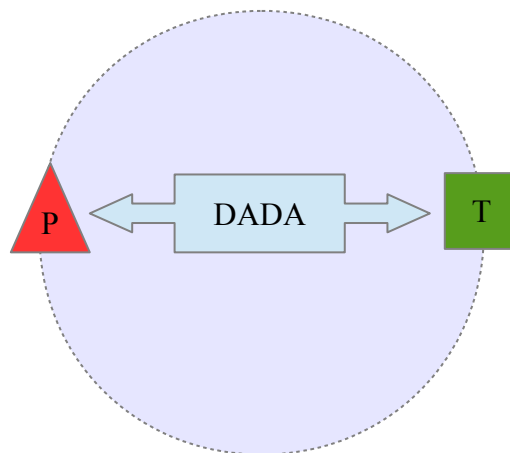
Secondo tale impostazione il gruppo di terapisti e operatori di diverse culture, assieme al mediatore culturale, accoglie la persona, ed eventualmente i suoi familiari, in una ricerca collettiva del senso delle difficoltà presenti, permettendo a ciascuno di “dire la propria singolarità” in uno spazio contenitore adeguato, in cui i diversi codici culturali e le differenze delle persone e delle culture vengono messi al servizio del pensiero e della cura. La capacità di “potersi dire”, di poter raccontare a sé stessi, la propria vita e la propria storia, passa attraverso la possibilità di poterla raccontare ad altri. In questa prospettiva, il dispositivo mira a favorire una narritività gruppale, che fa da supporto alla capacità del singolo di narrarsi in modo per lui strutturante, attraverso una tecnica terapeutica che favorisce le libere associazioni a partire dalle immagini e dalle metafore delle persone che partecipano al gruppo. In questa narrazione, oltre alla storia del soggetto, hanno importanza la storia della famiglia, ma anche le relazioni fra il soggetto che ora vive qui e quanto di lui è restato laggiù, nella sua patria di origine. Il gruppo diventa pertanto luogo di accoglienza, di elaborazione delle difficoltà delle persone e di ricerca di soluzioni, in quanto attiva ed amplifica le risorse dei soggetti, riconosciuti nella loro singolarità ed individualità, nonché nella loro possibilità di inventarsi e condividere un nuovo progetto di vita in un Paese diverso dal proprio, ma non per questo necessariamente del tutto estraneo.

Il dispositivo può essere ridimensionato sulla base di fattori diversi: la valutazione di necessità specifiche della persona richiedente il supporto, la possibilità e idoneità che altre figure possano venire incluse; spesso anche sulla base di necessità pratiche, che nel lavoro con i richiedenti asilo irrompono costantemente e che non possono essere trattate come interferenze esterne al setting, ma assumono un ruolo significativo nel percorso di accompagnamento, a cui si deve riconoscere il significato e la funzione che assumono per tutti: terapeuti, operatori, richiedenti asilo.

b) Situazioni intermedie:



Il cerchio si restringe se l'incontro avviene alla presenza di un solo terapeuta o se il mediatore culturale non fosse incluso.



Se il paziente fa espressa richiesta di poter evitare la presenza di un mediatore culturale e fa richiesta di un terapeuta che parli la sua lingua (nel caso in cui il richiedente asilo si esprima in inglese, francese o italiano) il cerchio della consultazione deve rimanere virtualmente presente: in questi casi è fondamentale mantenere attiva la funzione del gruppo attraverso momenti di analisi e di elaborazione precedenti e successivi agli incontri.

A questo proposito si sottolinea che la possibilità di poter comunicare nella stessa lingua fra terapisti e pazienti non è una condizione sufficiente ad escludere il mediatore, che è presente non solo come interprete.

Si tratta di una situazione molto delicata sia per il terapeuta che per il paziente, perché il trauma rischia di diventare il “terzo soggetto”, mancando la terzietà simbolizzata dalla presenza dell'altro. Per questa ragione è fondamentale che, anche quando le circostanze portano a questa situazione, si mantenga la presenza dell'*équipe* multidisciplinare di

lavoro nella fase di pre-colloquio e post-colloquio

A prescindere dalla composizione del gruppo di lavoro, ampio o ristretto, e di chi vi partecipi, la persona in consultazione avrà un punto di riferimento nel terapeuta principale, ai fini di non disorientarla; le diverse figure però mantengono tutte una stessa legittimità di funzione, in quanto ognuna di esse è lì per contribuire ad aiutare il paziente a sciogliere quel nodo che lo tiene in una condizione di sofferenza e stallo.

Concludiamo con una citazione di M.R. Moro a proposito della posizione del curante: *“si può essere medico, assistente sociale, infermiera, mediatore e così via, le formazioni sono diverse. Ma c'è un punto in comune fra tutte queste posizioni: è la posizione interiore di quello che definirò «il terapeuta». Uso il termine terapeuta nel senso più ampio del termine: la figura che ha il compito di accogliere e curare; intenderò con questo termine tutti coloro che partecipano a questo dispositivo di accoglienza.”*

Bibliografia

G. Devereux, *Saggi di etnopsichiatria generale*, Roma, Armando, 1978

G. Devereux, *Dall'angoscia al metodo*, Roma, Istituto della enciclopedia italiana, 1984

R. Moro, *Genitori in esilio. Psicopatologia e migrazione*, Milano, Raffaello Cortina, 2002

T. Nathan, *Principi di etnopsicoanalisi*, Torino, Bollati Boringhieri, 1996

T.Nathan, I. Stengers, *Medici e stregoni*, Torino, Bollati Boringhieri, 1996

Marie Rose Moro, Qwitterie De La Noë, Yoram Mouchenik, Thierry Baubet, Manuale di psichiatria transculturale. Dalla clinica alla società, Milano: Franco Angeli, 2009

Il dispositivo DADA: Sistemi del Sé e campo relazionale nella comunicazione transculturale.

S. Corrente, L.Giachero



Il dispositivo DADA: Sistemi del Sé e campo relazionale nella comunicazione transculturale

SARTRE "L'universale singolare"

J.-P. SARTRE, *L'universale singolare. Saggi filosofici e politici 1965-1973*, Milano, Mimesis 2009

**L'uomo è come tutti gli altri
è come qualcun altro
è come nessun altro**

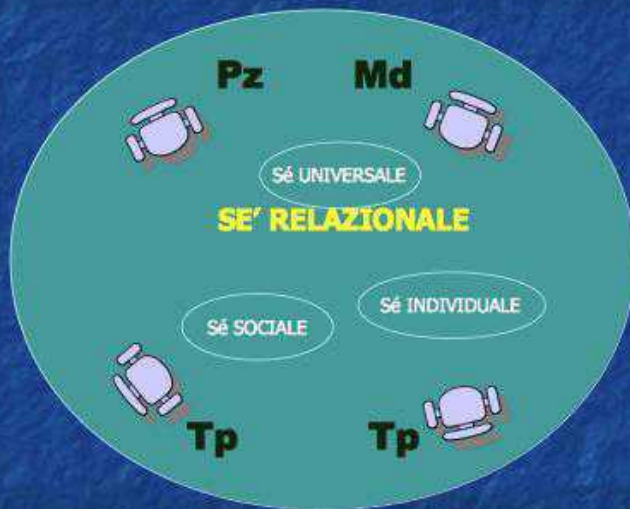
Luca Giachero – Simona Corrente, 2015

Il dispositivo DADA: Sistemi del Sé e campo relazionale nella comunicazione transculturale

L'uomo è
come tutti gli altri: il sé universale
è come qualcun altro: il sé sociale
è come nessun altro: il sé individuale

Luca Giachero – Simona Corrente, 2015

Il dispositivo DADA: il campo del sé relazionale



Ogni sistema del Sé (universale, sociale, individuale) rappresenta un ponte per l'altro e, nella conversazione, l'operatore può passare dall'uno all'altro a seconda dell'opportunità

Luca Giachero – Simona Corrente, 2015

Il dispositivo DADA: Sistemi del Sé e campo relazionale nella comunicazione transculturale

- L'uomo è come tutti gli altri -

IL SE' UNIVERSALE

Il sé universale aiuta ad entrare e rimanere in contatto quando le differenze culturali sono marcate, permettendo di entrare in sintonia.

Ci si vede come persone che vivono emozioni, hanno pensieri, sono socievoli, nutrono bisogni di amore e cura simili

Percepisce gli esseri umani nelle loro similitudini

Luca Giachero – Simona Corrente, 2015

Il dispositivo DADA: Sistemi del Sé e campo relazionale nella comunicazione transculturale

Quando si avverte la distanza il terapeuta
esprime in prima persona emozioni e
pensieri (**SE UNIVERSALE**)

Ciò invita e facilita il paziente a narrare, a
sua volta, il proprio vissuto

Tp: tua figlia ha da poco compiuto 5 anni e so che nel tuo paese viene praticata l'infibulazione. Ho **PENSATO** che il tuo viaggio fosse collegato a questo. **NON SONO RIUSCITA** a parlatene la volta scorsa perché l'idea **MI FA MOLTA IMPRESSIONE, FACEVO FATICA** a far emergere il discorso.

- **LIVELLO DEL SE' UNIVERSALE** -

Luca Giachero – Simona Corrente, 2015

Il dispositivo DADA: Sistemi del Sé e campo relazionale nella comunicazione transculturale

- **L'uomo è come qualcun altro** -

IL SE' SOCIALE

Il sé sociale si riferisce alle appartenenze a gruppi sociali (nazionali, religiosi, politici, geografici, di genere)

Quando una persona vive una situazione in cui crede, all'interno di una comunità che attribuisce un sistema di significati al fenomeno, quella situazione esiste, c'è.

Luca Giachero – Simona Corrente, 2015

Il dispositivo DADA: Sistemi del Sé e campo relazionale nella comunicazione transculturale

Raccontare cosa accade nella propria cultura è un modo per mettere le culture a confronto (**SE SOCIALE**)

Tp.: so poco al riguardo, ma nella mia cultura non se ne sapeva nulla
fino a poco tempo fa: la gente vive questa cosa come qualcosa di
violento, come se si togliesse una parte del corpo...vorrei invece
sapere di più, raccontami com'è, se pensi di farlo...

- LIVELLO DEL SE' SOCIALE -

Luca Giachero – Simona Corrente, 2015

Il dispositivo DADA: Sistemi del Sé e campo relazionale nella comunicazione transculturale

- **L'uomo è come nessun altro** -

IL SE' INDIVIDUALE

**Ogni abitante della terra è un essere unico. La realtà non
è solo una costruzione universale, non è solo una
costruzione sociale e culturale, ma è anche una
costruzione relazionale e narrativa.**

**Attribuire significati ad azioni sociali è un atto universale,
mentre ogni livello di contesto fa sì che l'attribuzione di
significati diventi unica nella comunicazione. Sarà la
persona a guidarci e a spiegarci: lei è l'esperta di se
stessa più di chiunque altro**

Luca Giachero – Simona Corrente, 2015

Il dispositivo DADA: Sistemi del Sé e campo relazionale nella comunicazione transculturale

L'azione trasformativa avviene all'interno
del contatto con il modo personale e unico
del paziente di sentire percepire vedere la
propria vita e se stesso (**SE' INDIVIDUALE**)

*Di ogni esistenza, della sua singolarità, nessun nome ci svela il mistero.
Perché di volta in volta un essere che definiamo un uomo,
una donna dovremmo poi dire il come:
come è donna quella donna? E uomo quell'uomo?*
(Nadia Fusini, 1995)

Luca Giachero – Simona Corrente, 2015

Il dispositivo DADA: Sistemi del Sé e campo relazionale nella comunicazione transculturale

PENSIAMO DI ESSERE TUTTI UN PO'
DIVERSI E INVECE SIAMO TUTTI UN PO'
UGUALI

Luca Giachero – Simona Corrente, 2015

Il dispositivo DADA: Sistemi del Sé e campo relazionale nella comunicazione transculturale

Bibliografia:

**“La costruzione dei sé nella comunicazione interculturale”
di Cecilia Edelstein**

www.psicologisenzafrontiere.org/uploads/.../Edelstein2.pdf

Luca Giachero – Simona Corrente, 2015

Il trauma psicologico nella migrazione forzata e modalità di intervento con adulti e minori non accompagnati: il dispositivo della consultazione transculturale.

Charles Di

(Trascrizione della relazione magistrale del 25 Aprile 2015)

“Sono contento di partecipare a questo momento di riflessione.

Non è soltanto l'occasione per raccontarvi di esperienze fatte altrove, ma per scambiarle con altre fatte qui.

Vorrei cominciare presentando quello che è il Gruppo Trauma dell'Ospedale Avicenne.

Il Gruppo Trauma è una modalità di presa in carico dei pazienti traumatizzati.

Ma non di tutti i traumi, ma di quei pazienti traumatizzati in cui la problematica ha una connotazione culturale. Devono esserci tutti sintomi di un paziente traumatizzato, ma anche che il paziente legga quello che gli accade attraverso un riferimento culturale, che i sintomi siano connotati in modo culturale, che i curanti (psichiatri, psicologi...) pensino sia utile ricorrere alle leve culturali per curarlo.

Il Gruppo Trauma funziona con le le modalità di consultazione transculturale, valgono le stesse regole del metodo complementarista e le stesse regole che adesso andrò a spiegare.

Il dispositivo di consultazione transculturale

Sotto l'aspetto puramente descrittivo, nel dispositivo ci sono un terapeuta principale e i co-terapeuti. A fianco del terapeuta principale ci sono: un clinico in formazione che prende annotazioni scritte, talvolta con l'aiuto di un registratore, alcuni clinici, alcuni clinici in formazione e talvolta anche dei visitatori.

A fianco del terapeuta principale c'è un interprete/mediatore/traduttore (3 funzioni in una): è una sola persona che può fare la traduzione, essere mediatore e interpretare.

A fianco di questo elemento che fa da ponte, c'è il paziente, oppure tutta la famiglia; a volte c'è anche l'operatore che ci ha inviato la famiglia.

Solo il terapeuta principale e il mediatore si rivolgono direttamente al paziente. Tutti gli altri co-terapeuti si rivolgono al terapeuta principale, che poi va a riformulare, rafforzare o attenuare ciò che viene detto dai co-terapeuti.

Tra le regole di funzionamento c'è il fatto che non poniamo domande dirette: si utilizzano

delle formule che in gergo vengono chiamate *analogie di preposizione*. Per esempio, se voglio parlare della tristezza del paziente, se il paziente ha l'aria triste o malinconica, non gli chiedo "Sei triste?", ma gli dico "Se fossimo a casa mia qualcuno penserebbe alla tristezza.". Il principio dell'analogia di preposizione consiste nel dire cosa accadrebbe in quella situazione e per associazione il paziente farà delle inferenze riguardo la propria storia.

Un'altra strategia nell'atto di cura è quella di utilizzare le metafore, di riportare le storie della propria cultura. Il principio è quello di non far parlare per forza del trauma il paziente.

Si tratta di una nostra scelta teorica e clinica. Noi pensiamo che il trauma sia un momento nella vita del soggetto: prima del trauma c'è una vita, dopo il trauma c'è un'altra vita. Possiamo parlare di queste due vite, piuttosto che focalizzarci sul momento traumatico³.

La maggior parte dei clinici presenti nella consultazione transculturale sono sociologi, storici, antropologi, la maggior parte con una doppia formazione professionale. Nel dispositivo ci sono sempre dei terapeuti che vengono da origini culturali diverse.

Un altro elemento importante è il posto del mediatore, interprete e traduttore. È il *tramite* tra i mondi, è anche colui attraverso il quale il paziente si sente autorizzato ad esprimersi attraverso la propria lingua madre. Ci sono molti studi che dimostrano che molte emozioni scelgono la lingua attraverso cui venire espresse: dare la possibilità al paziente di poter scegliere in quale lingua esprimersi ci permette di lavorare con lui nella sua interiorità. C'è la lingua della collera, la lingua del piacere, la lingua della gioia, della sofferenza, dell'esclamazione... E quando interroghiamo qualcuno al di fuori della sua lingua madre, ci priviamo e lo priviamo di cose che quella lingua porta e veicola chiaramente. Ci sono persone che dicono che ora parlano il francese e che non vogliono parlare la loro lingua madre: noi lo rispettiamo, ma glielo proponiamo comunque.

3

Sono molti i teorici che pensano che l'abreazione (la ripetizione) sia terapeutica: è una possibilità, ma non è la nostra opzione. Penso che il soggetto abbia l'abilità di parlare del trauma o di non parlarne del tutto. Personalmente, nella mia cultura di origine, gli eventi traumatici si sedimentano nel corso della vita. Io sono francese, ma la mia cultura di origine è camerunense - ho passato più di mezzo secolo in Francia e qualche giorno della mia vita in Camerun, ma è la mia cultura di origine - e sono sempre sorpreso quando in Francia, se hai perso il lavoro o una persona molto cara, sento gli altri dire: "Attraverserò un momento molto duro". Perché diciamo così? Non è detto! Qualcuno starà male, qualcuno no! E non è obbligatorio parlarne con qualcuno per essere sicuri che non ci si deprimerà. È evidente che la maggior parte delle terapie post-traumatiche propongono i *debriefing* a soggetti potenzialmente traumatizzati, per far sì che non si scompensino ulteriormente. È una possibilità, ma non significa che bisogna per forza riaprire la ferita dal trauma: possiamo intervenire mobilitando altri aspetti. Non abbiamo paura di parlare dell'avvenimento traumatico, ma non subiamo la fascinazione di parlarne per forza fin da subito. È in funzione di quello che il paziente è in grado di fare: se ne parla subito, lo trattiamo subito; se ne parla dopo due anni, lo tratteremo dopo due anni!

C'è la funzione di traduttore, la funzione di interprete (dare un altro significato), la funzione di mediatore; è una funzione molto importante, che ci aiuta a dire al paziente che la sua lingua non deve essere nascosta, non deve essere clandestina, anche se lui è un clandestino. Vediamo il paziente cambiare, risvegliarsi, ritornare vivo, quando scopre che qualcuno parla la sua lingua nel cuore di Parigi, quando credeva di essere solo nel cuore del deserto. È una funzione importantissima.

C'è il gruppo, perché il gruppo è una modalità di gestione dei problemi in alcune culture. La situazione terapeutica duale è occidentale. Per i pazienti che vengono dall'Africa subsahariana il gruppo è rassicurante, mentre la relazione duale può essere minacciosa. Ma per pazienti che vengono dal Sud-est Asiatico è il gruppo che diviene minaccioso (all'epoca dei Khmer Rossi, se venivi preso da una piccola assemblea, tutti sapevano quel che sarebbe accaduto!). L'intervento in gruppo è pertanto una strategia a geometria variabile, in funzione dell'origine culturale del paziente e di ciò che il gruppo rappresenta per la sua cultura.

Il gruppo ha dunque questa funzione, di raffigurare l'albero della parola, così come lo vediamo in Africa. Il gruppo ha anche una funzione contenitiva per persone che per lungo tempo hanno sofferto la solitudine: una solitudine multipla, perché sono soli a vivere ciò che vivono anche se sono in molti a vivere la stessa cosa; solitudine perché le parole non possono spiegare ciò che vivo concretamente; solitudine perché se dico che soffro perché il mio *totem* è ferito voi non mi comprenderete e io sarò solo in questa esperienza, che non arriverò mai a condividere perché voi non condividete le mie stesse rappresentazioni culturali. Il gruppo ha quindi questa funzione di contenitore, di involucro.

Ho parlato di gruppo, di mediatore e ora rimane un elemento fondamentale: l'utilizzo dei parametri culturali come leva terapeutica. Non significa dire che tu vieni di là e là c'è la stregoneria, gli spiriti e i fantasmi: questo è di cattivo gusto.

L'invio

Un ultimo elemento è quello dell'invio: le persone ci vengono inviate ad un secondo livello di intervento.

Inizialmente le persone sono seguite per questioni legate ad un trauma: quando i sintomi sono ribelli a tutti i trattamenti e quando sia il paziente che il curante pensano che vi sia un'implicazione a livello culturale, sono inviati a noi. Si tratta dei casi che non rispondono veramente a nessun altro trattamento, i casi più faticosi per i curanti.

L'inviante può essere uno psichiatra, un operatore del sociale (insegnante, assistente sociale...).

Se noi ci rendiamo conto che c'è bisogno della psicoterapia individuale cerchiamo di attivarla presso il servizio dell'Ospedale, ma l'ideale è che questo non avvenga con un terapeuta del dispositivo, anche se succede che possa essere incaricato qualcuno del gruppo. I nostri pazienti continuano ad essere seguiti dallo psichiatra e anche dallo psicologo per una psicoterapia durante il nostro intervento. Questo ci permette di occuparci in quel momento solo degli aspetti transculturali.

Il dispositivo funziona come un dispositivo di cura autonomo che vuole curare i propri pazienti fino in fondo. Non è più efficace dello psicologo o dello psichiatra, ma è complementare: ciascuno lavora entro la propria logica. Lo stesso vale per il funzionamento autonomo tra psichiatra e psicologo: nessuno dice all'altro come lavorare; la stessa cosa è tra noi e loro. D'altro canto, talvolta noi rappresentiamo un legame per evitare che vengano psichiatrizzati dei comportamenti normali in una certa cultura ma che possono sembrare patologici in un'altra; questo accade spesso.

Un'ipotesi di base dell'approccio transculturale è che una grande parte della disorganizzazione psicologica del soggetto migrante sia dovuta al trauma migratorio e che la presa in carico di questa parte di disorganizzazione permette al soggetto di ritrovare tutte le sue facoltà.

Riguardo ai pazienti, l'esperienza sulla questione della migrazione corrisponde a quanto si può osservare a Parigi: noi possiamo migrare in una città, Paese, continente, e qualche volta la distanza geografica può essere enorme, ma non quella culturale. Ci vogliono 12 ore per andare da Parigi a Montreal, senza perdersi: riconosciamo tutto. Al contrario, tra il sedicesimo e il dodicesimo distretto di Parigi ci sono meno di 3 km di distanza, ma sembra di essere a Bamako. Non è la distanza chilometrica, ma quella psicologica che crea il problema. Ed è questo che è difficile quando incontriamo il migrante.

Migrazione e trauma

Torniamo al trauma. Ci sono più traumi: c'è il trauma prima della migrazione, il trauma durante la migrazione e il trauma una volta che si è arrivati nel Paese di destinazione; è ciò che si chiama il trauma cumulativo.

Prima della migrazione si chiama guerra, questioni politiche, miseria, cataclisma...; durante la migrazione... penso che l'Italia sappia bene di cosa si tratta, non posso

parlarne meglio di voi! Dopo la migrazione, una volta sul posto, nella terra di accoglienza, abbiamo un individuo che è sradicato dai suoi cari: quando si viene da un paese nero, si è tutti soli davanti a molti bianchi; ed è pericoloso, perché per noi i fantasmi sono bianchi!

È molto complicato nella testa del migrante, perché i bianchi incontrati fino ad allora potevano essere un colono o un albino: e gli albini noi li prendiamo per fare dei *gris gris*! E se qua ci sono molti “alбини”, deve trattarsi di un mondo di stregoneria e magia!

La migrazione è anche causa di trauma perché vengono spezzati i legami con i nostri cari, con i sapori, la lingua, e tutti i nostri riferimenti: è stupefacente come si possa vivere con uno psichismo esplosivo in questo modo! Una volta sul posto, i migranti vivono ciò che il sociologo Abdel Sayad chiama la *doppia assenza*: sono assenti qua perché qua non sono visibili, sono assenti da dove vengono, dove hanno ancora un'esistenza sociale ma non sono più presenti; vivono quella che lo psichiatra Jean Claude Metro chiama la *doppia marginalizzazione*; vivono anche ciò che chiamo nella mia ricerca la *doppia presenza*: lui è qui e deve per forza vivere qui, mangiare qui, dormire, abitare, e deve per forza continuare a vivere là perché è là che ha le sue radici, spesso ha dei debiti, e le persone là aspettano che lui si prenda cura di loro.

La situazione del migrante è lontana dall'essere semplice, è una situazione esigente. Li rende vulnerabili, ma non c'è solo la vulnerabilità: è anche ciò che li rende resilienti. Non bisogna piangere sui migranti. Bisogna piangere per i migranti che stanno male e danzare con i migranti che stanno bene. Perché questa situazione complessa permette agli individui di sviluppare enormemente le loro facoltà. Con i migranti bisogna individuare i fattori di resilienza per rilevare ciò che li ha resi fragili. E noi, nella consultazione del Gruppo Trauma, lavoriamo sui fattori di resilienza.

I minori stranieri non accompagnati (o minori stranieri isolati)

Ciò che ho appena detto lo si ritrova con i minori stranieri isolati (o minori stranieri non accompagnati). In questo caso le problematiche sono più complesse. Andrò a delineare 3 assi.

Con i minori non accompagnati intervengono molte figure: il giudice dei minori, il servizio sociale, la prefettura e i curanti.

Il giudice dei minori si occupa della protezione del bambino fino ai 18 anni, dopodiché lo affida ai servizi sociali e la prefettura concede il titolo di soggiorno in funzione dei criteri della prefettura: se è una domanda di asilo, allora bisogna mostrare che si è veramente

stati vittime di persecuzione nel proprio Paese, e bisogna dirlo con precisione, spesso con prove che lo dimostrino. Salvo che spesso i minori non accompagnati sono stati messi su di un barcone e non hanno alcuna prova di dove arrivino. Dopo aver vissuto eventi traumatici la memoria risulta instabile, la cronologia deformata e non si riesce a fare un discorso coerente.

Quando ci vengono inviati, il nostro progetto sarebbe di curarli, ma questi bambini/adolescenti, di cui la maggior parte soffre psicologicamente, sanno che se non avranno un titolo di soggiorno saranno rimandati nel loro Paese, e di colpo arriva la pressione della prefettura: le prove, le storie, spesso riattivano il trauma e tutto ciò fa saltare il nostro lavoro!

I servizi sociali, che hanno il loro programma impeccabile - tu arrivi, hai un progetto di formazione, ti devi trovare un lavoro o finisci sulla strada - e la prefettura - con tutte le sue domande "quando? con chi? dove? e le prove?" - rischiano di riattivare il trauma.

In Francia i servizi sociali hanno un programma che dura 6-8 mesi: formazione, lavoro, ricerca di alloggio. Molti arrivano con il sogno di diventare medico, ingegnere, e quando arrivano e gli viene detto "6 mesi di formazione [professionale]" tutti i loro sogni sono troncati.

Il giudice dei minori: dopo i 18 anni tutto finisce, niente più tutela!

Abbiamo quindi degli interventi che rischiano di generare più angoscia in questi soggetti, che devono invece essere accompagnati.

Il trauma

Considero 3 assi per parlare di trauma:

- ≡ DSM V
- ≡ psicoanalisi
- ≡ approccio culturale.

DSM. In Francia non amiamo molto il DSM, gli americani lo amano molto e chiamano il trauma PTSD. Un soggetto può essere diagnosticato con il PTSD se ha vissuto una minaccia alla vita sua o di una persona a lui vicina, soprattutto se ha vissuto un rischio di morte o una ferita incurabile, un avvenimento molto grave e inevitabile. E' necessario, inoltre, che il soggetto abbia sviluppato in seguito una forma di reviviscenza: sia sotto forma di sogno traumatico, di comportamento iper-vigile, sia di problematiche

neurovegetative (disturbi del sonno, della vigilanza, dell'attenzione). Qualche volta ciò si accompagna a dei momenti di depressione che intaccano la vita professionale e sociale del soggetto. Parliamo di eventi potenzialmente traumatici, perché dal nostro punto di vista teorico, non tutti gli avvenimenti traumatici sono traumatici per tutti: ci sono eventi traumatici naturali, non naturali, intenzionali, non intenzionali, collettivi, individuali...

L'approccio psicoanalitico. Ce ne sono diversi; riprendo qui quello che dice Freud e che si rifà a 3 elementi: un avvenimento improvviso, che provoca terrore, senza possibilità di angoscia preparatoria. Questo crea un'inondazione dell'apparato psichico, a causa dell'eccitazione che provoca ciò che Freud chiama effrazione dell'apparato paraeccitatorio: avviene una rottura dell'apparato psichico che permetteva di contenere l'eccitazione.

È così che la psicoanalisi di Freud ha cercato di teorizzare il trauma; ci sono altre spiegazioni ma il fondamento è questo.

Approccio culturale. Il trauma è stato visto in molte parti del mondo.

In Africa del Nord lo chiamano la *khalà* e lì, per curarlo, vengono ricreate condizioni minitraumatiche in un contesto protetto per il soggetto. Generalmente nonni o amici, figure piacevoli, riscaldano un cucchiaino, distraggono la persona e gli applicano, a sorpresa, il cucchiaino caldo sulla schiena. È un modo per ricreare le condizioni traumatiche ma in un contesto rassicurante, che quindi non mandi in frantumi la persona. In questa parte del mondo viene trattato così.

In America Centrale e del Sud gli avvenimenti traumatici sono chiamati *susto*.

Ogni cultura si è dovuta confrontare con la rottura dell'apparato psichico delle persone di fronte ad un avvenimento traumatico e ogni cultura ha pensato come, da un lato, aiutare le persone ad uscirne e, dall'altro, fornire delle risorse culturali per affrontare delle esperienze di questo tipo. Quindi nelle consultazioni del Gruppo Trauma noi cerchiamo di riattivare queste risorse culturali, queste difese culturali. Non si tratta di rinviare le persone alla loro cultura, perché questo non è efficace, ma non bisogna neanche pensare che siano diventati tutti bianchi come noi! Sono i *colori meticci*, ed è su questo che bisogna lavorare. Si parte da un senso culturale collettivo, affinché la persona possa avere un senso individuale. Non bisogna necessariamente essere maliano per curare una persona che arriva dal Mali, ma forse in Mali c'è un modo per prendersi cura di quei problemi e in questa situazione sono i pazienti e i mediatori gli esperti.

La domanda che ci poniamo è come le persone che accogliamo qui pensano la salute mentale e le cure che si possono dare a casa loro. Il fatto che abbiano un loro sistema di

cura non significa che ignorino che ne esistono altri possibili. Questi sistemi non sono sempre in rivalità, ma possono essere complementari

Le rappresentazioni culturali riguardanti la natura di una cosa vanno a determinare il senso che poi verrà dato a quella cosa, così come gli atti che si compiranno nei confronti di quella cosa. Abbiamo questa trilogia con il trauma: la natura, il senso, il fare. La rappresentazione della natura del trauma dà una direzione al senso che viene dato all'atto traumatico e determina anche il tipo di cure che verranno fatte.

Non parliamo soltanto di un avvenimento materiale, ma del senso che questo avvenimento ha in una determinata cultura. Il rischio in clinica è che un avvenimento che in una cultura non è traumatico sia reinvestito di un valore traumatico dallo sguardo che il curante mette su questo avvenimento: darò un esempio.

M., un ragazzo della periferia parigina che non ha conseguito un diploma, che non ha avuto vita facile, ma che è diventato un grande attore di Hollywood. Quando gli si chiede "Hai avuto un'infanzia felice?", lui dice "Sì! Ma la prima volta che sono stato al cinema è stato quando ero alle superiori, perché mi hanno portato con la scuola.". Allora il giornalista dice "Non puoi dire di aver avuto un'infanzia felice se non sei mai andato da bambino al cinema con la tua famiglia!". E allora M. dice "E' stato allora che ho capito, attraverso il loro sguardo, che la mia infanzia, che io ho ho vissuto come felice, invece è stata infelice!".

A volte è proprio il nostro sguardo, le nostre domande, ad inscrivere nella categoria del trauma gli avvenimenti che invece le persone non hanno vissuto così male, o che sono riuscite a cicatrizzare. Perché noi guardiamo la storia dell'altro con i riferimenti della nostra cultura. Non tutto è traumatico per tutti, e non in qualunque momento. Ci sono cose che facevamo qui, nel nostro occidente, che non erano traumatiche ma che oggi lo sono, perché la legge ci dice che sono traumatiche, perché gli psichiatri, gli psicologi, i grandi scienziati ci dicono che sono traumatiche: in Francia se tu picchi un bambino per educarlo, per correggerlo, perché non diventi un ladro o un drogato, tu vai in prigione con le manette, perché ci dicono che picchiare un bambino è traumatico. Sinceramente devo ringraziare mio padre di avermi traumatizzato perché altrimenti sarei in prigione o morto! Questa mia provocazione è per dire: noi clinici siamo in grado di pensare che ciò che pensiamo noi non è del paziente?

George Devereux diceva che bisogna accordare lo stesso statuto etico ed epistemologico a tutte le produzioni culturali; gli antropologi ci dicono che non esiste una gerarchia di

culture; ma quale *status* epistemologico accordo, nel mio studio, alla cultura della persona che ho davanti?

I filosofi ci dicono che ci sono tre visioni del mondo.

E il modo con cui noi intendiamo il mondo determina come noi vediamo le cose e che cosa ce ne facciamo: se si pensa che la piccola testolina nella pancia della mamma è un piccolo uomo, gli diamo un nome, gli parliamo, gli cantiamo, magari gli comperiamo anche una macchinina, perché no...?! Ma se pensiamo che questa piccola cosa nella pancia della mamma è uno spirito, non si parla agli spiriti come si parla agli uomini, non gli si canta, non gli si dà un nome e non gli si compera neanche una macchinina... ma faremo altre cose!

Capiamo quindi che la visione del mondo, la rappresentazione che le persone hanno di una cosa, dà il senso alla cosa e determina ciò che facciamo con questa cosa.

Ci sono, dunque, tre visioni del mondo: quella che il filosofo chiama *monismo*, in cui il mondo è uno e ci sono energie, forze, che mutano in proporzione; la malattia risulta quindi dalla disarmonia delle forze. Lo ritroviamo nella concezione del mondo orientale, con lo Yin e lo Yang: la cura consiste nel ridare armonia a queste forze.

C'è il mondo dei *dualisti*, la concezione del modo occidentale, che abbiamo appreso dai filosofi occidentali (Socrate, Platone... fino a Cartesio): c'è il mondo fuori di sé e il mondo del soggetto. Il mio corpo e la mia anima fanno parte uno del mondo materiale e l'altra del mondo spirituale.

E poi c'è il *pluralismo*, così come lo si incontra al di fuori dell'Oriente e dell'Occidente.

E qua ci sono due grandi mondi: il mondo materiale visibile e il modo invisibile. Il mondo invisibile e il mondo visibile coabitano nello stesso tempo. All'inizio ognuno ha la sua autonomia, ma qualcosa che è determinato nel mondo invisibile passa, per forza, nel mondo visibile. E, quindi, quando noi non riusciamo a risolvere le questioni del mondo visibile con i mezzi del mondo visibile bisogna tornare al mondo dell'invisibile.

Provo a dare la rappresentazione di queste cose, che mi rendo conto essere un po' complicate. Prendiamo per esempio la notte: c'è una notte universale e una notte culturale. La notte universale è quella che troviamo ovunque: a Parigi, a Bamako, anche a Torino. È la notte del pasticciere, del panettiere, è anche il momento in cui si fanno più bambini, è la notte in cui si fa tardi, in cui tutti i gatti sono grigi, in cui si beve di più, dove si può dare un po' più libero sfogo alle pulsioni istintuali perché la legge si attutisce.

Cosa ci può fare paura in queste notti? Ladri, banditi....

Cos'altro ci può fare paura di notte? La notte culturale è la notte del mondo invisibile: il mondo invisibile è pieno di spiriti, di morti, di *djinn*, di magie nere, di stregonerie, di magia bianca.

Nei popoli in cui il mondo invisibile è importante, la notte cambia tutto. Non è più solo il bandito di cui abbiamo paura, ma abbiamo paura di tutti gli spiriti cattivi; il male, il malessere, la malattia, e anche la stessa morte, sono gli effetti di una volontà malefica del mondo della notte, del mondo invisibile.

Quando vi accade un incidente avete due visioni del mondo diverse: la visione del mondo occidentale attribuisce la *causalità lineare* e la visione del mondo non occidentale una *causalità multifattoriale*. Quest'ultima fa riferimento ad una catena causale: un incidente è un male e un male viene sempre dal mondo invisibile; non è dell'incidente che ho paura, ma è di chi mi vuole male nel mondo invisibile, che ha fatto sì che fossi lì al momento dell'incidente.

I due tipi di pazienti traumatizzati con cui abbiamo a che fare non possono essere curati nello stesso modo, perché hanno paura di due cose diverse: uno ha paura del mondo invisibile, l'altro dell'incidente. Se ho un incidente con il treno, possono anche assicurarmi che i treni hanno prestazioni migliori, che hanno meno incidenti, ma questo non può rassicurarmi: quello che può essere terapeutico è di essere rassicurato rispetto al fatto che i treni siano sicuri, ma anche avere una protezione rispetto a chi, nel mondo degli invisibili, mi vuole male. E questa è un'arte: l'arte della protezione. E questo è ciò che, nella mia ricerca, chiamo le figure culturali del trauma.

Io posso essere traumatizzato a causa del treno, ma, oltre al treno, io posso essere traumatizzato da altri fattori. Può essere a causa di una trasgressione che io ho fatto nei confronti degli spiriti. Può essere una possessione, uno spirito cattivo entrato in me; può essere una rivalità - anche non contro di me, magari la rivale di mia mamma che, per attaccare lei, sta attaccando me - ; può essere un debito contratto da mio padre, mio nonno o mio bisnonno. Le possibili cause che attirano verso di me la malevolenza del mondo invisibile sono molteplici.

Non bisogna pensare che tutti quelli che provengono da un Paese in cui si crede nel mondo invisibile ci credano a loro volta, ma quando si cerca di ascoltare, comprendere, prendere in considerazione la rappresentazione culturale del problema, può darsi che si tratti di un'aggressione del mondo invisibile. Noi non siamo guaritori tradizionali a Parigi: siamo medici, psicologi, psichiatri, ma possiamo dire al paziente che, se c'è un difetto del

mondo invisibile, ci sono delle strategie di protezione che possono essere fatte nel Paese di origine o che possono essere adattate qui. Libero lui di fare ciò che pensa sia meglio per lui, affinché possa rendersi conto che il suo sistema di cure viene rispettato. Questo gli permette di utilizzare le risorse del suo mondo ma di beneficiare anche delle risorse del nostro mondo occidentale. Perché in questa rappresentazione del mondo la trasgressione può essere sia verso la natura, che verso un tabù, che verso l'ordine sociale; la trasgressione può essere contro Dio o contro gli antenati, può essere una maledizione.

Ma ci sono anche altre cose, come i bambini speciali (*enfants singuliers*): nell'antropologia della malattia, soprattutto quella transculturale, si parla di bambini speciali quando si tratta di bambini che hanno delle particolarità fisiche o mentali alla nascita, oppure che nascono subito prima o subito dopo un avvenimento strano avvenuto in famiglia, ad esempio un lutto, una violenza, un evento traumatico... qualcosa di forte.

Li chiamiamo i bambini speciali. Ma questa è ancora un'altra storia...

Ritornando al tema delle leve culturali, non ci sono leve culturali a fini terapeutici, come le leve del cambio della macchina. Bisogna creare un'alchimia tra ciò che vive il soggetto, nei suoi diversi frammenti di vita, e le risorse culturali. È un modo di mobilitare, di rianimare, le risorse culturali della persona che curiamo.

Quando cerchiamo di comprendere un evento, un fenomeno, una situazione, è molto occidentale voler suddividere le cose in pezzi sempre più piccoli per arrivare ad individuare i legami tra le cose. Questo è interessante, perché ci permette di vedere le cose in maniera complessa, ma si divide talmente tanto che si finisce per uccidere l'oggetto.

Ma se usciamo da una logica di causalità lineare ed entriamo nella causalità multifattoriale, chi lo sa cosa succede? La nostra posizione teorica è tutto questo: psicoanalisi dura e pura, antropologia dura e pura, culturale puro e duro. Ciascuno con una sua propria logica, in modo complementare.

A proposito della difficoltà di operare in uno spazio di intervento strutturato da normative e limiti temporali: effettivamente c'è un luogo che si chiama spazio terapeutico, ma io ho la debolezza di pensare che non è terapeutico solo ciò che accade in quello spazio.

Ciò che disorganizza da un punto di vista psichico l'individuo non è l'ospedale, ma quello che accade nel quotidiano e questo accompagnamento nel quotidiano, a mio avviso,

partecipa al processo terapeutico. Talvolta le persone affondano proprio perché non incontrano nessuno che rinvii loro uno sguardo umano: quando incontrano qualcuno che li guarda come esseri umani, questo è terapeutico!

Per accompagnare il trauma non ci sono delle ricette (che io sappia...): ci sono delle sfumature nell'azione di cui non si conosce l'epicentro.

Io lavoro con gli adolescenti, il trauma e le dipendenze.

A parte il fatto che io conosco qualcosa di quel che dicono i libri di cosa succede alla psiche quando avviene un evento traumatico... ma ve lo devo dire proprio francamente: quello che ho letto nei libri non corrisponde a quello che passa nella testa!

La domanda è: ma io sto accompagnando delle persone in una cura o cosa? Per farmi ancora più male, mi porrei una domanda ancor più complicata: quando è che tu sai che stai curando? La mia risposta è disastrosa! Non c'è nessun'arte nella mia clinica che curi. Per me quello che cura psicologicamente è quando, come per incanto, io cerco con il paziente qualche cosa che né io né lui conosciamo. Ma il paziente sente nel mio sguardo, nella mia postura, nelle mie riflessioni, nelle mie letture, nelle frasi che formulo, che io voglio curarlo, ed è questo che rianima la sua forza. Non sono mica le frasi sapienti (che io non ho!), dal momento che io ho la stessa teoria clinica per tutti i miei pazienti, ma non tutti guariscono. Allora penso che facendo dei progetti più modesti potremmo forse essere più efficaci: un essere umano sensibile alla sofferenza di un altro essere umano, in modo sincero. Senza pretendere di viverla questa sofferenza, e neanche pretendere di capirla, perché non sarebbe vero, ma avere un'inclinazione autentica nell'accompagnare questa sofferenza: questo è possibile.

Si tratta di essere estremamente prudenti, senza trasformarci in guaritori tradizionali di un mondo tradizionale, ma noi sappiamo che in ogni cultura ci sono delle modalità culturali per prendere in carico queste cose. Non si può neanche dire: viene da Bamako quindi crede sicuramente alla stregoneria, perché ci sono moltissime persone di Bamako che non credono affatto alla stregoneria. Si tratta veramente di un ascolto molto attento, per essere più vicini a quello che vive il paziente: infatti è il paziente che seguiamo, perché sono loro i veri esperti della loro sofferenza, della loro cultura, ed è lì che il mediatore ha un posto tanto importante quanto quello del terapeuta. Perché allo stesso tempo ci offre una rappresentazione del suo mondo e perché accompagna il paziente in un'esperienza in cui lui si sente solo.

Depressione in soggetti Africani

Ci sono molte ipotesi per spiegare perché gli africani soffrono di depressione meno degli occidentali.

Una delle ipotesi è che la depressione, sul piano psicoanalitico, sia un disinvestimento libidico che faccio sugli oggetti fuori di me; quando il disinvestimento libidico nei confronti degli oggetti si trasforma in un disinvestimento verso sé stessi, si va verso la melanconia. Che cosa può condurre una persona a disinvestire gli oggetti o il Sé?

Ci possono essere delle cause esogene o endogene. Generalmente pensiamo che una successione di eventi tristi possa essere una causa esogena. Sul piano endogeno, all'interno dello psichismo, si tratta di un conflitto tra le rivendicazioni dell'Es e di un Super Io talmente repressivo per cui l'Io diventa dominabile. Se noi prendiamo le cause esogene che vengono dall'esterno – la mia casa brucia, mia moglie mi lascia, non ho più un lavoro - come faccio? Tutto ciò è talmente triste che mi deprime, questo è universale.

Questo è il problema: in Africa la casa brucia? non è grave, vado a vivere dal vicino; mia moglie se ne va? non è grave, mia zia, una cugina, mi troverà un'altra moglie; mia moglie è morta? non è grave, perché tutta la comunità parteciperà al mio lutto; è accaduto qualcosa di piacevole? non sono solo, perché lo condividerò con tutta la comunità.

L'ipotesi è che l'intensità dolorosa che provoca la caduta depressiva in un soggetto è suddivisa tra tutta la comunità, che accompagna l'individuo colpito.

Non c'è un lutto privato, tutti sono in lutto: perché devo deprimermi da solo? Ci sono anche le persone incaricate di piangere i morti: c'è una presa in carico collettiva sia degli aspetti dolorosi che gioiosi, che fa sì che il soggetto non sia individualmente colpito al punto di deprimersi.

L'altra ipotesi è che sul piano delle cause endogene intrapsichiche ci siano delle logiche proiettive che fanno sì che il soggetto tenda a proiettare all'esterno la causa del suo malessere, e quindi si riduce l'afflizione dovuta al senso di colpa: si è meno vittime e anche meno responsabili dei nostri mali, e quindi ci deprimiamo meno.

C'è ancora un'altra ipotesi, quella che le stesse condizioni esistenziali non siano per loro natura tali da produrre una caduta depressiva.

Questo mi permette di riprendere alcune domande classiche, in psicologia e in psichiatria. Ci sono delle culture ideali in cui la malattia mentale sia rara o assente?

Altra domanda: ci sono significati diversi nella prevalenza?

Altra domanda: ci sono dei disturbi mentali tipici di alcune culture che non compaiono in

altre? Ci sono delle differenze nosologiche nelle manifestazioni dei disturbi mentali in una cultura piuttosto che in un'altra? Ci sono delle sindromi psichiatriche specifiche di alcune zone culturali?

La questione della depressione ricade proprio in queste domande e la risposta mi sembra complessa.

E allora farei l'ipotesi a partire dalla domanda della signora: se è vero che gli africani si deprimono meno a casa loro, si può dire altrettanto che si deprimono meno anche quando sono qua? L'ipotesi che farei, sulla base degli elementi clinici che possiedo, è che quando migrano le sindromi depressive aumentano, ma si esprimono attraverso una sintomatologia diversa.

I sintomi in quel momento variano dall'inibizione cognitiva, che effettivamente si ritrova in ogni sindrome depressiva, al ripiegamento su di sé... ma un primo sintomo è la rottura del legame con il Paese di origine: non vogliono più telefonare, non vogliono più che gli altri gli telefonino; presentano delle somatizzazioni (dolori di schiena, dolori muscolari, cefalee resistenti ai farmaci), ma c'è qualcosa che sta insieme alla difficoltà della lingua e che ci dà l'impressione che abbiamo a che fare con persone ritardate. Qualche volta, quando arrivano in questa fase depressiva, abbiamo proprio l'impressione che siano deficitari dal punto di vista cognitivo. Però la maggior parte dei clinici sanno come passare oltre questi sintomi per ritrovare la depressione che li sottende.

Tutti i soggetti umani sono soggetti alla depressione, ma ci sono dei contesti culturali e sociali che favoriscono la depressione. Si può dire la stessa cosa quando parliamo del trauma: possiamo anche aggiungere che la cultura ha delle difese culturali contro il trauma, e di conseguenza delle mancanze di difese. Si può anche dire che le persone di una determinata cultura potrebbero essere più vulnerabili a determinati traumi che altre persone. Per caricaturare questo, avete capito che i morti sono vivi in me, e che nei paesi dei morti ci sono i buoni e i cattivi, e dal momento che la via della morte passa dal cimitero, potete immaginare che io – Charles Di – sarei molto prudente nel passare vicino al cimitero di Torino. E se per caso passando vicino al cimitero di Torino ci fosse una piccola esplosione, per me l'esplosione non avrebbe lo stesso significato che avrebbe per Ester: per me l'esplosione materiale andrebbe a risvegliare in me l'idea di una mancanza di protezione nei miei confronti in occasione di un attacco dal mondo invisibile, ed è lì che vado a sviluppare un trauma in occasione di un avvenimento così semplice.

Quindi la cultura porta, allo stesso tempo, delle difese e anche delle mancanze di difese

che rendono più vulnerabili le persone di quella determinata cultura.

Vi faccio un altro esempio, sempre estremizzato: le depressioni *post partum* nelle migranti. Qui quello che si ha nella pancia è un piccolo uomo: si va all'ospedale, esce fuori dalla pancia, 3 giorni dopo è nella sua cameretta, 3 giorni dopo va a casa e la mamma del bimbo torna con il marito. In certe culture, dal momento in cui la donna è incinta c'è uno spirito dentro di lei: la donna deve essere protetta, non chiudendola, mettendola dietro un muro o del filo spinato, ma ricorrendo a protezioni tradizionali nei confronti del mondo invisibile, che sono delle negoziazioni nei confronti degli spiriti; è un implorare la benedizione degli antenati, e la donna nasconderà la sua gravidanza fino a quando riuscirà a farlo. E allora si comprende quale sia la mancanza di difese culturali nel momento in cui qui viene fatta una fotografia, che noi chiamiamo ecografia, di qualcosa che dovrebbe essere tenuto nascosto. La mamma capisce solo che non ha saputo proteggere quello che ha dentro e che sicuramente ci saranno delle conseguenze. Alla nascita non dovrebbe sorprendere se l'interazione precoce mamma-bambino è disturbata. Sempre riguardo la maternità, quando si è primipare si è accompagnate nella maternità dalle co-madri: le sorelle, le vicine, la mamma insegnano alla giovane donna cosa si fa, cosa si mangia, come ci si comporta. Per 6 settimane rimane a letto e viene lavata con l'acqua calda, viene nutrita con cibi speciali dalle altre donne, le viene portato il bimbo per essere allattato e per il resto sono le altre donne che si prendono cura del bambino. Tutto questo costituisce una rappresentazione culturale dell'accompagnamento e le donne che hanno visto questo, che pensano che è così che debba essere, si ritrovano nel reparto maternità di Torino e 3 giorni dopo hanno un faccia a faccia mortale con questo piccolo affare che non si sa da che parte prendere, 24 ore su 24! È terribile per queste donne e quindi è facile che sopraggiunga una depressione *post partum*. La mia ipotesi è che la loro cultura non gli abbia dato le difese necessarie per poter far fronte ad un faccia a faccia duale.

Possiamo quindi fermarci a questa idea: la rappresentazione che si ha della natura della cosa determina il senso che si dà a questa cosa e gli atti che si fanno con questa cosa.

La rappresentazione che si ha della natura del trauma, di che cosa sia il trauma, determina il senso che diamo al trauma e anche che cosa fare per uscire dal trauma.

E queste 3 rappresentazioni, dell'essere, del senso e del fare, sono portate da una visione del mondo: questo è quello che noi chiamiamo cultura. Ma la cultura non è né fissa né statica e ha sicuramente degli elementi che vengono da altre parti: pensare alla cura dei

pazienti stranieri traumatizzati invita a tenere conto che ci sono delle rappresentazioni culturali della cura, ma anche delle rappresentazioni universali; sono delle mescolanze ed è così che dobbiamo poter pensare la complessità della cura.

L'intervento clinico sul trauma con minori stranieri non accompagnati

In etnopsichiatria sappiamo che, anche se siamo dei clinici, non è il sintomo che vediamo, ma quello che nella mia cultura è sintomo. Le cose che possono sembrare sintomatiche nella mia cultura in un'altra sono normali. Il doppio rischio è di prendere per sintomatico qualcosa che è normale, oppure di non occuparsi di un sintomo dicendo che è un qualcosa che dovrebbe essere normale in quella cultura.

Questo succede anche col trauma. L'espressione dei sintomi traumatici varia da una cultura all'altra. Anche se nelle forme più acute si ha lo stesso carattere arcaico, quando invece si è negli estremi della curva di Gauss del trauma, la cultura sbiadisce e può anche non essere vista. Questo lo vediamo anche in quegli individui in cui la cultura non ha una forma così certa, penso ai minori stranieri non accompagnati. Loro sono ancora in costruzione dal punto di vista psicologico: non hanno ancora un'impregnatura completa della cultura d'origine, la traiettoria migratoria li ha trasformati. Probabilmente gli elementi traumatici del prima-durante-dopo la migrazione, anche questo li trasforma? Come sapere se qualcosa è il segno della cultura, del trauma o semplicemente di una persona che si trova in un Paese di cui non conosce i codici? Questo rende più complessa la clinica dei minori stranieri non accompagnati: ci si trova in un insieme di rischi di malintesi; soprattutto perché noi vediamo, sentiamo, secondo i gusti della nostra cultura... e come al solito voglio provocare un po'!

Gli occidentali hanno fabbricato un mucchio di cose brutte, tra cui l'adolescenza!

Per esempio, in Brasile c'è il *candomblé*, un rito d'iniziazione che permette agli adolescenti di farsi una struttura. Altrove, si fanno dei riti a 12-14 anni: bisogna dimostrare di saper cacciare, costruire una casa, avere una donna. In altri posti, quando si è in età adolescenziale si è già sposati, si hanno dei bambini, non è che si ha il tempo di fare altro. Gli occidentali hanno creato uno stato di età in cui tutti i disordini sono permessi. E quando un clinico adulto occidentale, o formato all'occidentale come me, riceve un giovane pakistano con questa età, 14-19 anni, io lo penso adolescente. Mi aspetto che faccia stupidaggini come gli altri adolescenti, che mi parli del suo ragazzo/a, che sia disorganizzato, che abbia comportamenti di rifiuto, che metta manifesti alle pareti, che

sbatta le porte. Guardo il pakistano con gli occhi dell'adolescente di Torino e Parigi. E subito mi dico "Strano! È un adolescente ma non mi parla di problemi con le ragazze: che succede?". È possibile o no? Forse da dove viene lui non si parla di questo con gli adulti. Forse non è strano lui, sono le mie orecchie strane: sono le mie orecchie da decolonizzare, per adattarle all'alterità. Dobbiamo prendere coscienza che noi percepiamo il mondo attraverso il velo della nostra cultura.

All'ospedale Cochin e alla *Maison des adolescents* dove lavoro, riceviamo minori stranieri isolati, come si chiamano in Francia. Penso ad un giovane afghano, Abdul, portato dalla comunità in cui era stato messo. Nei suoi progetti voleva fare studi complicati, di chimica nucleare; la logica è stata quella implacabile di inserirlo in un percorso di formazione professionale, ma lui non capiva cosa stava succedendo. Lui voleva andare a fare degli studi complicati e pensava che la Francia fosse un posto dove fosse più facile fare questi studi: e invece scopre che soffocano il suo progetto. Gli educatori ce lo portano perché pensano che sia strano: non parla con gli adulti, è ripiegato su sé stesso, non fa quello che gli adulti gli dicono di fare e l'unica cosa che gli interessa è avere delle cuffie per ascoltare della musica.

Effettivamente la sua storia migratoria non è stata semplice: alla base c'è un evento traumatico su uno sfondo di guerra, con una traiettoria di passaggio attraverso l'Italia. Però era là davanti a noi. Noi volevamo vedere un adolescente come quelli della nostra cultura, ma non era così. Abbiamo cominciato ad avvicinarci realmente a lui quando il traduttore/mediatore culturale ci ha spiegato che i giovani di quell'età sono pudichi e non parlano mai delle storie con ragazzi e ragazze agli adulti: lui non era strano, eravamo noi a esserlo! Lui si chiedeva "Perché questi adulti mi fanno delle domande che non si fanno a un bambino?".

Il primo spazio di fraintendimento è l'interpretazione: leggiamo l'adolescenza con i segni di qua, mentre lui si legge con i segni della sua cultura.

L'altro fraintendimento sono le parole. Un giorno ci dice che ha un fratello rimasto al paese, col quale ha ripreso a telefonarsi. Gli si chiede se ogni tanto parla di quello che succede in consultazione e lui dice "Sì: mio fratello vi saluta.". Noi ci siamo detti "Va bene! E' andata!". Siamo rimasti dopo la consultazione - la consultazione avviene una volta al mese e dura un'ora e trenta, un'ora e tre quarti; abbiamo uno spazio prima e dopo il colloquio: prima per elaborare gli assi d'intervento e dopo per elaborare il controtransfert - ed eravamo molto contenti che suo fratello ci salutasse, era un buon segnale di alleanza

terapeutica, finché non abbiamo chiesto al traduttore “Cosa dobbiamo rispondere al fratello?”. A quel punto lui ci dice che è un modo di dire, che suo fratello non ci ha mai mandato i suoi saluti: avevamo preso alla lettera una parola che nella sua cultura non rinviava a quello a cui noi l'avevamo rinvia. C'è il rischio di sbagliarci: sull'età, sulle parole.

Abbiamo detto che nel momento del colloquio bisogna riattivare le risorse culturali del paziente per rimmetterlo sulla traiettoria positiva del suo percorso migratorio. Qual è l'identità culturale di un ragazzo in un percorso migratorio, che ha subito un trauma? Bisogna fare *tabula rasa* della sua cultura e mettergli la nostra? Questa è la finezza dell'accompagnamento di un minore straniero non accompagnato nella sua doppia fragilità.

La soluzione ce l'ha data lui e passa attraverso la cucina: ci dirà che frequenta i ristoranti parigini in cui si mangia cibo della sua cultura; per molto tempo ha mantenuto il legame col Paese d'origine solo attraverso il ristorante, senza riuscire a parlare con chi era rimasto là. Con i traumatizzati c'è anche la possibilità che si mettano in pericolo: pericoli che vanno dall'alcolismo alla sessualità pericolosa.

Il rischio di fraintendimento, che dipende dalla proiezione di quello che noi pensiamo essere l'adolescenza, ci obbliga a tirarci fuori da questa rappresentazione, per permetterci di sentire come nelle altre culture viene vissuta quest'età. Perché è una tendenza naturale vedere buono quello che viene dalla nostra cultura e brutto quello che viene dall'altra cultura: ma per fortuna c'è la cultura meticciosa! Quante volte facciamo dichiarazioni di guerra con le nostre interpretazioni cliniche? Quindi bisogna cominciare ad aprire la cassa lentamente: si allevano i neonati in modo diverso, li si allatta in modo diverso. Diverso non vuol dire “bene” o “male”: diverso è solo un'altra cosa. La clinica ci obbliga a dialogare con l'alterità: questo significa che dobbiamo lasciare l'etnocentrismo; è una tendenza naturale, non bisogna arrossire se gli italiani dicono che gli piace la pizza: è normale, ma non tutti gli italiani l'amano, ci sono anche quelli a cui non piace!

Un clinico deve imparare a fare attenzione alle interpretazioni etno-centrate. Vi faccio un esempio semplice, non è mio ma di Levi-Strauss: parla di incesto, gli antropologi lo conoscono. L'incesto è universale, perché in tutte le società si è trovato il divieto di rapporti sessuali con i parenti prossimi. Ma ogni società definisce in modo diverso il parente prossimo: quello che è incestuoso per me, non lo è per l'altro. Se io penso che è incestuoso, bisogna sapere che lo è per me.

Franz Boas dice che noi prendiamo per naturali cose che per noi sono comuni: in clinica siamo intrappolati in questo. Il malinteso è nelle parole, perché altrove c'è un altro significato; il malinteso va anche nelle interpretazioni della sintomatologia stessa.

Penso a una giovane paziente di Cochin. E' una ragazza che viene dal Rwanda. Ha vissuto gli avvenimenti traumatici del '94. Ha perso tutta la sua famiglia, eccetto il fratello più grande, di 17 anni, che prende la sorellina di 6 anni e migra con lei in Burundi. Trova una famiglia in cui si inserisce con lei fino ai 14 anni; fanno i documenti insieme per andare in Francia. Ma prima di venire in Francia il fratello maggiore muore di AIDS e allora la piccola migra da sola in Francia, come minore straniero isolato. E tutto questo non funziona! È una ragazza che ogni tanto ha dei momenti di crisi vera e propria, e quando è in crisi fa dei suoni gutturali con la gola: fa pensare che ci sia qualcuno che parla nella sua gola. Questo ha inquietato molto gli operatori sociali. Poi è una ragazzina che canta molto e gli operatori non capivano perché si chiudeva nella sua stanza a cantare: hanno pensato che si stesse dissociando. E quando era contrariata usciva sotto la pioggia: si metteva a cantare e danzare sotto la pioggia; gli operatori sociali dicevano che danzava mimando i gesti di un mitra. Hanno chiamato l'ambulanza e a più riprese è stata trasportata in ospedale, e alla fine l'hanno portata da noi, per una valutazione. Abbiamo cominciato il lavoro con lei: parlava male il francese e abbiamo chiamato un mediatore culturale; non avevamo la pressione del tempo, i limiti dell'età per esempio. Gli operatori sociali devono fissare scadenze di sei mesi in sei mesi: casa, lavoro, studio; ma questo non significa che non si dovesse cercare un modo per comunicare! Cercare di comunicare significa essere consapevoli che non capiamo tutto: se siamo convinti che c'è un disturbo comportamentale di tipo psichiatrico, non c'interessa più capire, non comunichiamo più. Perché anche se non si parla la stessa lingua, si ha la possibilità di comprendersi!

Effettivamente questa ragazzina, che chiamo Marta, arriva al colloquio con una storia traumatica reale, che si riferisce al suo trauma da bambina. Riprendendo i sintomi che l'hanno fatta portare di forza dai pompieri all'ospedale, abbiamo capito che c'era stato un malinteso, da morire dal ridere. Per fortuna!

La cultura non spiega tutto: la cultura non è un'*expertise*, ma una lettura complementare; non possiamo farci limitare dalla lettura culturale. Questo è quello di cui sono stati accusati gli antropologi americani, col movimento culturalista, quando Gardner parlava del movimento *culture and personality*.

La cultura non spiega tutto il comportamento dell'individuo: non posso dirlo più forte di

così. Ma può aiutare, ed è quello che è successo con Marta. Quando ci hanno detto che lei ballava sotto la pioggia e cantava da sola in stanza, è una banalità se si conosce la cultura africana: le persone cantano da sole, in camera, in cortile, in strada, dappertutto; sia per pensare, sia per fare un pezzo di strada; ballare sotto la pioggia è un fenomeno comune in Africa: quando piove i bambini scendono in strada per bagnarsi, giocare, lavarsi. Una bambina di 14 anni arrivata a Parigi non ha avuto il tempo di capire che i bambini francesi non ballano sotto la pioggia! Faceva spontaneamente quello che i giovani fanno laggiù. Siccome la gente sapeva che aveva vissuto la guerra, cantare e ballare sotto la pioggia erano considerati comportamenti dissociati, ancor più se mimava il gesto del mitra: quando abbiamo visto questi passi di danza, abbiamo capito che si trattava della musica e dei passi di un musicista molto in voga! Fa un po' ridere, però siamo contenti che ci faccia ridere. C'è stato un malinteso anche sul significato che viene dato ai gesti; si è vista la fragilità della giovane struttura psichica di un'adolescente ancora in formazione, uno psichismo che ha vissuto esperienze traumatiche nel proprio Paese, con una traiettoria migratoria difficile, che viene in Francia, e la si è fatta portare all'ospedale in ambulanza, con la camicia di forza.

Devo ammettere che il lavoro clinico con i minori stranieri isolati non è semplice!

I "bambini speciali"

Prima vi ho parlato della lettura occidentale di un fenomeno africano. Quando gli africani parlano di bambino speciale, qua si applica il concetto che è proprio della terapia sistemica familiare occidentale, il risultato di due grandi discipline: la teoria generale dei sistemi e gli psicoanalisti della Scuola di Palo Alto. Quando dici *paziente designato* stai convocando con te tutta una serie di teorie occidentali: dietro alla parola "designato" c'è una folla di pensieri e teorie che vengono mobilitati; e per questo si pensa al bambino speciale con tutte queste teorie.

Il complementarismo non esclude nessun metodo: li usa in modo complementare. Una lettura sistemica ("paziente designato"), psicoanalitica, antropologica...: noi non sappiamo quale di queste sia la spazzola che toglie i nodi dai capelli!

Ma a livello del "bambino speciale", rinvia a qualcosa di più complesso. Ogni popolo ha pensato al rapporto dell'uomo con il male. Non vi sarà sfuggito che il "bambino speciale" sia un bambino con handicap, mentale o fisico. In Francia si parla di bambino handicappato: tutto il suo essere è colpito da handicap; come uno schizofrenico, come se

anche i suoi capelli fossero schizofrenici: non è un bel modo di parlare! Bisogna dire che “Ha la schizofrenia”, “Ha un handicap”! I canadesi parlano di “*capability*”, che indica che uno ha un handicap visivo, per esempio, ma ha un'abilità manuale. Lo stesso vale per l'autismo, che è un modo diverso di vivere, non necessariamente un handicap.

Dove in Francia parliamo di handicappati, dietro al concetto di “bambini speciali” cosa hanno messo gli altri popoli? È un doppio senso, lo vedremo. I bambini speciali sono mediatori tra gli uomini e il mondo degli invisibili. Non bisogna prenderli in giro, ma trattarli bene, per avere tramite loro la benedizione del mondo invisibile. Questo permette di integrare questi bambini nella vita sociale con molta benevolenza, invece che porre su di loro tutte le cose cattive che una società vuole rigettare. Questa è la prima funzione, che ha anche un suo lato negativo: se l'handicap di questo bambino ci dice che siamo stati eletti da Dio in quanto famiglia, siamo felici di averlo handicappato; quindi non vogliamo curarlo, perché non vogliamo che guarendo si rompa il legame privilegiato con Dio. È su quest'ambivalenza che bisogna giocare quando li si riceve in consultazione, ma anche questa è una lettura.

La formazione

L'etnopsichiatria è molto giovane. Gli strumenti che utilizziamo sono nuovi nella pratica. Abbiamo iniziato con il buon senso e con il sapere che le persone ci portavano. Poi abbiamo scritto e riflettuto, messo insieme tutte queste conoscenze e ora c'è una formazione che aggiunge ai mediatori un sapere in più rispetto a quello che già hanno; ci vuole una formazione per proteggere il mediatore, perché non è facile sentire parlare di trauma (fascinazione del trauma, contro-transfert nei confronti del trauma...). I clinici fanno supervisione, ma anche i mediatori dovrebbero avere uno spazio, perché loro stessi non sanno gli effetti che questo ha su di loro.