

1° INCONTRO DI ETNOPSICHIATRIA

“PERCORSI A CONFRONTO” Attraverso le “storie” e le “cure” verso la formalizzazione di nuove tecnologie

Milano 24 novembre 2000

INTERVENTI:

- 1. Cultura, esperienza soggettiva e nuovi modelli di cura**
Paolo Inghilleri - Università degli Studi di Verona
- 2. Etnopsichiatria a confronto**
Anna Felcher - Medico psichiatra del CPS di Bollate e dell'Associazione NAGA
- 3. Il carcere come forziere di risorse eterogenee e sede dove interrompere il flusso di identificazione/alienazione tossicomana. Una festa che inizia a Milano in via Padova e termina in Nigeria**
Augusto Iossa Fasano - Consulente area penale ASL Milano
- 4. Esperienze cliniche**
Carlo Pagani - Resp. Servizio Consulenza Etnopsichiatrica Osp. Niguarda – Milano
- 5. La cura psichiatrica del paziente migrante: una sfida faticosa, ma stimolante**
*Vanna Berlincioni - Psicoterapeuta, psicoanalista SPI
Ricercatrice presso la cattedra di psichiatria Laboratorio di psichiatria, cultura e ambiente – Università degli Studi di Pavia*
- 6. Esperienze cliniche**
François Fleury - Appartenances - Losanna
- 7. La tela del ragno. Politiche della cultura e dell'identità in etnopsichiatria**
Roberto Beneduce - Etnopsichiatra, docente di antropologia culturale Facoltà di Psicologia, Università di Torino

CULTURA, ESPERIENZA SOGGETTIVA E NUOVI MODELLI DI CURA

Paolo Inghilleri - Università degli Studi di Verona

Introduzione: teorie psicologiche e pratiche transculturali

La storia della psicologia e la storia della psicoterapia si sono sviluppate, fin dal loro inizio, all'interno del modello scientifico occidentale. Le misurazioni, le spiegazioni causali di tipo lineare, le metafore e le connessioni con le scienze fisiche e mediche hanno caratterizzato, con modalità e gradi differenti, tutte le grandi correnti delle scienze del comportamento.

Le teorie di tipo cognitivista sembrano esemplificare al meglio questo approccio generale. Secondo queste teorie lo sviluppo del sé ed il comportamento umano si fondano sull'azione di processi attivi (soprattutto di tipo logico-razionale ma anche di tipo affettivo) di un individuo considerato capace di elaborare e controllare l'informazione esterna, di manipolare la realtà, di costruire attivamente il suo mondo interno ed il mondo esterno.

Viene così sottolineata la centralità del soggetto e di meccanismi stabili che regolano, a partire dalla vita infantile, la mente individuale ed il comportamento. Questa impostazione caratterizza, in modo più o meno evidente, anche gli altri diversi approcci teoretici: psicoanalisi, psicologia biologica, comportamentismo.

Negli ultimi decenni abbiamo peraltro assistito ad un progressivo cambiamento. La psicologia e la psichiatria si sono confrontate con altre discipline come l'antropologia, la cibernetica, la biologia molecolare teoretica e ciò ha portato, almeno in parte, ad una visione più complessa ed in un certo senso meno assolutista.

Il comportamento ed il funzionamento della mente vengono così visti non solo come frutto di processi biologici o psicologici individuali ma come la risultante di una complessa interazione tra tre tipi di informazione: la memoria genetica dell'individuo che deriva dall'evoluzione biologica della famiglia di origine e della popolazione di appartenenza; la memoria culturale che deriva dall'evoluzione culturale della popolazione; la memoria psicologica che deriva dalla storia di vita individuale. L'individuo, in altri termini, eredita nel corso della sua vita due tipi di istruzioni comportamentali: quelle biologiche al momento del concepimento e quelle culturali attraverso la sua interazione con l'ambiente: valori, idee, norme, categorie depositate negli artefatti, nei sistemi legali, nelle istituzioni della cultura o delle culture in cui egli vive. Non è questa la sede per discutere dell'estesa letteratura concernente le teorie bioculturali, ma vorrei qui sottolineare un punto importante. Biologia e cultura esercitano una serie di vincoli sul terzo tipo di informazione, quella psicologica (l'individuo infatti interiorizza informazione biologica e culturale), ma non si tratta di una relazione gerarchica in una sola direzione. Siamo di fronte invece ad una relazione di causalità reciproca e circolare, in cui anzi i processi psicologici assumono un aspetto fondamentale. Biologia e cultura, geni, idee ed artefatti non si possono infatti riprodurre e trasmettere nel tempo da soli: è l'investimento dell'energia psichica dell'individuo su di essi che permette la trasmissione nel tempo dei geni e degli enti culturali: i figli vengono concepiti, un'ideologia si diffonde, un oggetto viene comperato solo a seguito di specifiche selezioni psicologiche individuali (Feldman e Cavalli Sforza, 1978).

Un lettore disattento potrebbe pensare che quest'ultimo ragionamento sottolinei nuovamente, sebbene da un altro punto di vista, il primato della mente individuale, rispetto a biologia e cultura,

nella regolazione del comportamento. Ma una più attenta riflessione mostra che in effetti così non è. Infatti:

1) la mente riceve, come si è detto, la sua struttura e i suoi contenuti dal mondo biologico e dal mondo della cultura: è quindi in una stretta relazione di dipendenza, sebbene reciproca, rispetto ad essi;

2) gli studi sull'evoluzione biologica e sull'evoluzione culturale mostrano con chiarezza che questi processi seguono due tendenze. La prima tendenza è la *ripetizione invariata* dell'informazione attraverso le generazioni. La seconda tendenza è *l'aumento di complessità* dell'informazione presente nel sistema (o biologico o culturale): nuova informazione si aggiunge alla vecchia informazione replicata;

3) vista la relazione di stretta influenza reciproca tra i tre tipi di informazione, consegue che una appropriata teoria del funzionamento psichico debba prevedere anch'essa nei processi psichici e nelle loro leggi le due tendenze: replicazione invariata e aumento di complessità, ripetizione ordinata e evoluzione;

4) l'analisi delle teorie classiche a disposizione delle scienze del comportamento sembra indicare che tali teorie non soddisfano appieno questo requisito. Comportamentismo, cognitivismo, psicoanalisi, pur nella loro diversità, sembrano infatti condividere un'aspetto: affermano la tendenza alla replicazione ma non riescono a spiegare in modo adeguato l'immissione non prevista di nuova informazione nel sistema psichico. Queste teorie, e le tecniche psicoterapeutiche ad esse connesse, sottolineano infatti la ripetizione di schemi, di copioni, di fasi di sviluppo, ribadendo in sostanza una visione omeostatica del funzionamento psichico tendente solo all'equilibrio e all'ordine tra le parti;

5) le teorie che focalizzano la propria attenzione sulla fenomenologia e la qualità dell'esperienza sembrano invece soddisfare meglio i due vincoli: replicazione invariata e aumento di complessità. Si tratta di teorie che sottolineano che il comportamento e lo sviluppo del sè non dipendono tanto da specifici aspetti causali (per esempio certe fasi dello sviluppo infantile) quanto dalla buona organizzazione fenomenica dell'esperienza in atto. Per buona organizzazione si intende una ordinata relazione tra le diverse funzioni psichiche (cognizione, motivazione, affettività) e tra mondo interno e mondo esterno della cultura. Per avere buona organizzazione fenomenica è necessaria, in altri termini, una coerenza tra i nostri pensieri, le nostre motivazioni, le nostre emozioni e le concezioni, le idee, le regole del mondo sociale. L'esperienza trova cioè la sua buona configurazione fenomenica se si trova in connessione con la cultura: è quest'ultima che dà la via e il senso per una qualità ottimale dell'esperienza (Inghilleri, 1999). E' però necessario, d'altro canto, che l'individuo possa rielaborare e riorganizzare in modo autonomo il proprio mondo interno e lo sviluppo del proprio sè. Ecco allora che sono soddisfatti i due vincoli rappresentati dalla replicazione invariata e dallo sviluppo e cambiamento.

Un esempio di approccio di questo tipo è la teoria del flusso di coscienza o dell'esperienza ottimale elaborata da M. Csikszentmihalyi presso l'Università di Chicago (Csikszentmihalyi, 1975, 1990, 1993, 1997).

Questo approccio trova le sue basi lontane nel pensiero di W. James e di G.H. Mead e le basi più recenti nelle teorie della complessità: l'idea di base è che lo sviluppo del sè dipenda dalla presenza di un particolare stato di coscienza denominato appunto flusso. Esso deriva da un continuo e corretto equilibrio tra le sfide e le opportunità del contesto da un lato e le capacità del soggetto dall'altro. Motivazione intrinseca e alta efficienza cognitiva sono anche presenti. Il soggetto sperimenta un senso di ordine interno e di integrazione con il mondo esterno. Questo equilibrio rappresenta la ripetizione di informazione passata. Ma proprio questa integrazione permette al soggetto di abbandonare gli schemi e gli scopi acquisiti e conosciuti per evolvere e innovare.

In questo caso è quindi la qualità dell'esperienza che spinge il soggetto a comportarsi in un certo modo, a ricercare scopi, a svilupparsi e a scegliere (e quindi replicare) certi aspetti della cultura e non altri, certe relazioni interpersonali e non altre. La qualità dell'esperienza è però influenzata dalle radici biologiche e culturali dell'individuo. In particolare è la cultura che, attraverso i processi

di socializzazione e di educazione e apprendimento lungo l'intero ciclo di vita, permette alla persona di acquisire capacità, di ricercare opportunità d'azione, di operare cambiamenti evolutivi in sé e nel mondo che la circonda.

Teorie di questo tipo sottolineano come dall'idea, tipicamente occidentale, di un soggetto attivo elaboratore di processi psichici ed esperienze si debba passare a quella di un soggetto la cui mente e le cui esperienze cambiano in modo complesso per effetto dell'azione del contesto sociale: l'azione della cultura contribuisce così in modo determinante, attivando specifiche esperienze soggettive quotidiane, a costruire i vissuti di benessere o di malessere dell'individuo.

E' questa una idea che è stata ampiamente sviluppata dalla letteratura della psicologia e della psichiatria transculturali. Ad esempio, Sheikh e Sheikh (1989) sottolineano come le culture e le terapie tradizionali, quando affrontano il problema delle radici dell'interpretazione e della cura, siano paradossalmente interessate non tanto al passato quanto invece al presente ed al futuro. Questo interesse si manifesta attraverso pratiche terapeutiche attuali che possono guarire: è quindi l'azione presente, e non il passato, che influenza il futuro.

Gli stessi autori ricordano inoltre come le psicologie Hindu e Buddista condividono l'idea che l'essere umano possa controllare attivamente la mente solo in modo parziale. Secondo queste concezioni l'essere umano spesso agisce infatti in modo meccanico, automaticamente, ed in questo senso l'idea di un ego centrale e stabile in grado di controllare attivamente la realtà viene considerata come una visione distorta occidentale. L'esperienza e l'identità devono essere invece viste come un flusso. L'ordine e l'integrazione sono raggiunte attraverso tre vie principali: a) un processo di dissoluzione dell'ego (per esempio mediante la meditazione, b) la ripetizione di esperienze che fluiscono in ordinato collegamento con il contesto culturale, c) attraverso un automatismo regolato dall'esterno dotato di ordine e complessità: i rituali costituiscono un fondamentale esempio di questo meccanismo di integrazione (Sheikh e Sheikh, op.cit.).

Quest'ultimo concetto è particolarmente interessante dal punto di vista psicoterapeutico, specie per quanto riguarda la psicoterapia transculturale: esso si pone quindi al centro di questa nostra riflessione. Per approfondirlo partiremo dall'analisi di alcuni dati della letteratura sulla possessione; analizzeremo poi alcuni temi del pensiero di Tobie Nathan; discuteremo in conclusione un caso clinico da me osservato nell'attività presso il Mental Hospital di Berbera nella Somalia del Nord.

Possessione e sviluppo del sé

Una semplice ed efficace definizione di possessione è data da Janice Boddy: "La possessione da parte degli spiriti si riferisce comunemente al controllo (*hold*) esercitato su di un essere umano da parte di forze esterne o entità più potenti di quanto egli sia" (Boddy, 1994, p.407)

Normalmente gli psicologi e gli psichiatri usano per spiegare e interpretare la possessione le teorie che hanno a disposizione: Suryani e Jensen (1993) citano, al riguardo, il parallelismo con l'isteria (Janet, 1898), con il condizionamento classico Pavloviano (Sargent, 1974), con concetti psicoanalitici come "regressione al servizio dell'io" (Kris, 1952) o "rilassamento di altre funzioni dell'io" (MacKinnon, 1980) o "regressione al servizio del sé" (Bourguignon, 1976).

Sulla linea di quanto esposto nell'introduzione è però possibile *rovesciare il ragionamento e cioè utilizzare le teorie della possessione per spiegare alcuni aspetti del funzionamento psichico in generale.*

In questo senso le ricerche di Janice Boddy sono molto interessanti. Boddy (1988) sottolinea come nella possessione ci sia dissociazione tra l'esperienza e il sé: la persona in trance (nei suoi studi la Boddy fa riferimento in particolare alle donne) diventa temporaneamente, ma legittimamente, una entità non appartenente né alla cultura, né a sé stessa. Non si tratta, come invece sostengono altri autori (Bourguignon, 1976; Crapanzano e Garrison, 1977), di poter agire in modo deviante o di esprimere parti del sé represses. La donna può invece, in questa situazione, osservare il proprio sé come dal di fuori, in modo quindi potenzialmente innovativo, e ciò avviene attraverso un'azione sociale (il rituale), circondata dalla comunità, in connessione con gli spiriti che la possiedono.

La trance, che è lo stato di coscienza che accompagna in alcuni casi la possessione, è caratterizzata da pura esperienza accompagnata a performance, cioè ad azione (Halperin, 1996). E', in altri termini, esperienza non costruita dal soggetto ma dettata dal contesto e legata ad un agire da parte del soggetto. Questo agire (che è quello degli spiriti incarnati nella persona) non è controllato dall'individuo che in quel momento non può certo compiere attivamente alcuna operazione di elaborazione psichica nel senso dato a questo termine dalla psicologia occidentale. Questo agire è però connesso con i valori e le regole della cultura, di cui gli spiriti che possiedono sono parte fondamentale o addirittura fondatori. Il cambiamento per il sè personale avverrebbe al termine della trance. Il soggetto ricorda i differenti sè assunti, la loro distinzione con il sè quotidiano, la loro connessione con la cultura (in quanto incarnazione degli spiriti). Questa visione vede il sè non come una entità stabile ma come un processo intimamente legato alla cultura (Boddy, 1988).

Boddy (1994) fornisce ulteriori indicazioni su questo tema.

1) Nella possessione sono attivi tre variabili: il sè, gli altri e dei poteri esterni. Attraverso un processo di azione rituale e collettiva vi è un riordino delle relazioni tra queste tre variabili.

2) Presso molte popolazioni troviamo i cosiddetti culti di possessione centrale dove la possessione è un'esperienza positiva che dà connessione con l'ordine morale e sociale (gli antenati, gli spiriti fondatori). Si noti che questo dato contraddice nettamente la visione sostanzialmente di tipo riduzionistico che definisce la possessione come un disturbo e la inserisce nella nosografia del DSM-IV (Bourguignon, 1992).

3) E' dimostrato l'uso strumentale e organizzatore della possessione da parte di gruppi minoritari che possono grazie ad essa esprimere devianza, essere compresi dai membri del proprio gruppo ed essere reintegrati nella comunità. In questo senso è esemplificativo lo studio della stessa Boddy sul significato riordinatore della possessione per le donne infibulate e non fertili in Sudan (Boddy, 1988).

4) Nella possessione gli spiriti entrano nel soggetto e curano e riordinano. Vi è un processo di introiezione nel sè personale. Quest'ultimo è visto come non avente limiti netti con l'esterno: e' un "io culturale" (Terranova Cecchini, 1991) in profonda ed ordinata connessione con il contesto. Vi è quindi una visione contestualizzata della possessione. Essa non è un puro fenomeno psichico; è una azione sociale che porta a profondi cambiamenti del sè individuale e della società stessa.

La possessione sembra infatti rivelare la presenza di un meccanismo psichico generale, che può essere attivo in altri momenti della vita quotidiana: il soggetto partecipa profondamente ad un azione collettiva dotata di significato, ordinata, condivisa. Egli non è in controllo dal punto di vista cognitivo. Alla fine del processo il suo sè è però cambiato. L'ordine e la complessità dell'azione sociale e della relazione tra l'individuo e la comunità sono, attraverso la specifica *esperienza* provata durante la possessione, entrati nel soggetto. Il suo sè è diventato così più ordinato e complesso.

Un interessante esempio di questo processo psichico è sostanzialmente proposto da Kramer (1993): l'idea di fondo è che il sè può essere affetto da esperienze indesiderate e non familiari. Ciò spinge a replicare, con un processo di mimesi, quelle esperienze attraverso gesti, movimenti, danze, rituali o forme artistiche. Si tratta di comportamenti di imitazione ma ricchi di significato e che innescano specifiche esperienze ristrutturanti. Tali comportamenti sono condivisi socialmente e sono collegati ad altri aspetti della cultura: quelli religiosi, economici, simbolici. In questo modo, attraverso un comportamento e non attraverso una elaborazione puramente cognitiva, l'esperienza diventa familiare e conosciuta, incorporata nell'individuo e nella sua cultura. Contemporaneamente la cultura esterna è interpretata e quindi trasformata. La mimesi rituale è così al contempo acquisizione di conoscenza e costruzione di nuova conoscenza. In questo modo sia il disordine presente nell'individuo che quello presente nel gruppo vengono integrati e riordinati. Il processo, nel suo complesso, permette anche lo sviluppo e il cambiamento portando a evoluzione sia dell'individuo che della cultura.

Il contributo dell'etnopsichiatria

L'idea che un cambiamento psichico positivo possa derivare da un'azione culturale complessa e addirittura dall'uso di oggetti¹ è presente nel pensiero e nelle pratiche terapeutiche di Tobie Nathan, professore di psicologia clinica e psicopatologia all'Università Paris VIII dove dirige il Centre George Devereux per l'aiuto psicologico alle famiglie immigrate.

Nathan, come è noto, ha sviluppato negli ultimi anni un interessante metodo clinico che si indirizza soprattutto a pazienti africani e che si basa, in parte, sulla reinterpretazione di tecniche di cura tradizionali. In estrema sintesi, l'azione terapeutica avviene nel modo seguente.

Il paziente, in genere accompagnato dalla sua famiglia estesa o da parte di essa, incontra ripetutamente una squadra di numerosi co-terapeuti di diversa nazionalità e cultura (anche 10 o 12). Egli descrive la sua storia e la sua teoria della causa del disturbo.

Ciascun terapeuta esprime a sua volta la propria interpretazione eziopatogenetica del disturbo in questione, interpretazione che deriva dalla sua specifica appartenenza culturale: lo psicologo brasiliano dice quale è la spiegazione di quel sintomo nel suo paese, lo psichiatra senegalese fa lo stesso, e così via.

In questo senso il terapeuta occidentale (per esempio uno psicoanalista o un cognitivista) esprime solo uno dei tanti possibili approcci culturali alla malattia e la relativa spiegazione causale (in questo caso quelli occidentali).

Tutte le spiegazioni sono dotate di senso e convincenti in quanto legate a uno specifico e complesso sistema culturale locale che spiega con successo ed in modo congruo i concetti di salute e malattia.

Il paziente sente allora profondamente che la sua personale spiegazione del disturbo non è universale.

Attraverso questo meccanismo relazionale e cognitivo si opera cioè una de-costruzione della percezione del rapporto causa/sintomo all'interno del mondo psichico del soggetto e della sua comunità.

A questo punto il terapeuta principale dà una prescrizione: dice ad esempio al paziente di compiere, uscito dallo studio, una precisa azione; spesso riceve, o deve costruire, degli oggetti, dei feticci, che dovrà poi portare con sé o nascondere in specifici luoghi.

Dopo queste azioni il paziente sarà guarito.

Questi ultimi punti della tecnica terapeutica sono assai simili a quelli attuati da diversi guaritori africani (Nathan, 1993).

Cerchiamo ora di definire cosa accade in questo processo che sembra ottenere significativi risultati di cura.

La prescrizione del terapeuta tradizionale africano e di quello parigino e la loro efficacia si basano sostanzialmente sul fatto che il paziente compie specifici atti dotati di senso senza che però intervengano processi di introspezione ed elaborazione soggettiva così come essi vengono intesi dalla psicologia occidentale. Ciò è possibile per precisi motivi.

Nel caso del terapeuta africano ciò avviene perché l'idea del lavoro psichico del soggetto nel senso occidentale non è una categoria del tutto presente e trasportabile nelle culture tradizionali: forze ed energie interne possono infatti derivare da forze esterne, per esempio dagli spiriti degli antenati o da entità maligne innescate da altre persone (come nel caso del malocchio). A dimostrazione di ciò si noti che in quelle culture il disturbo psichico è associato al concetto di spavento (derivante dall'azione di entità esterne, per esempio gli spiriti). E' invece assente il concetto di ansia che è al contrario un processo che nasce dal mondo interno del soggetto (Leff, 1988). Da ciò deriva che bisogna agire con il visibile (facendo e non elaborando) per poter controllare l'invisibile che è inizialmente esterno (gli spiriti). In questo senso nasce, per esempio, l'idea di dare doni alla divinità per placarla.

¹ Gli oggetti artificiali, secondo le categorie occidentali, sono per definizione materiali e si pongono quindi, in questo senso, all'opposto dalla "immaterialità" della fenomenologia psichica del soggetto.

Nel caso di Nathan è invece di fondamentale importanza il complesso lavoro di decostruzione dell'interpretazione eziologica del paziente profondamente radicata al suo interno e quindi connessa con la formazione e il mantenimento del disturbo. Il processo di decostruzione avviene, come si è visto, attraverso le interpretazioni multiple dei diversi terapeuti. E' possibile a questo punto usare gli artefatti. Si utilizzano feticci che contengono e condensano istruzioni comportamentali. La maggior parte di tali istruzioni sono legate al mondo dell'inconoscibile, degli spiriti, che, in quanto tale, non può e non deve essere colto dal paziente attraverso i suoi normali processi cognitivi di elaborazione psichica.

I feticci sono particolari oggetti che, come tutti gli artefatti, assumono su di sé e contengono le idee, le sensazioni, le emozioni e le aspettative dei soggetti coinvolti nel loro uso, vale a dire il costruttore e l'utilizzatore (Monod, 1970), cioè, in questo caso, il guaritore e il paziente: sono in tal senso dei *contenitori* (di forze e di istruzioni comportamentali).

Essi hanno però nello stesso tempo una seconda funzione. Quando vengono usati dai guaritori diventano infatti degli *operatori* (Nathan, op.cit.): contengono cioè le istruzioni comportamentali della cultura collegate alle cause del disturbo e alla cura. Grazie a questa connessione con la cultura essi possono *operare* sulle persone, vale a dire dare ordine e trasformazione interna, senza che il soggetto sia attivo o elabori informazione o abbia esperienze particolarmente integrate.

L'ordine sarà raggiunto al termine dell'azione dei feticci.

I risultati ottenuti con questa tecnica hanno portato Nathan a utilizzare questo metodo anche con soggetti occidentali. La prescrizione di una azione e l'utilizzo di artefatti simbolici sembra produrre infatti cambiamento anche in soggetti appartenenti alla nostra cultura.

Un caso clinico in Somalia

Abbiamo detto che un processo di questo tipo sembra essere attivo tradizionalmente nelle pratiche curative di alcune culture africane. A questo proposito, ricorderò brevemente un caso da me osservato in Somalia, al Mental Hospital di Berbera nella Somalia del Nord. In questa città corre un progetto di cooperazione allo sviluppo della salute finanziato dalla Caritas ed attuato da COOPI e, per quanto riguarda la salute mentale, dal GRT, due organizzazioni non governative di Milano. Il progetto inerente la salute mentale si avvale di diversi collaboratori scientifici italiani e chi scrive è fra questi.

Nosi (useremo questo nome convenzionale) è una giovane donna di 17 anni ricoverata nel reparto femminile che presenta una storia clinica complessa in cui sono presenti differenti problematiche.

Ancora bambina, durante la violenta guerra civile somala (1992-93) si rifugia con la famiglia in un base militare dove uno zio era soldato. Durante un bombardamento notturno Nosi si risveglia tra le fiamme: due fratellini sono morti e lei è ferita ad un piede. Le vengono amputate tre dita del piede destro.

A seguito di questo episodio si instaura una situazione di Disturbo Post Traumatico da Stress.

Nel caos che segue la guerra civile la bambina perde i contatti familiari e si ritrova a vivere ad Hargeisa, capitale dello Stato, con bande di bambini e ragazzi di strada, una delle poche femmine del gruppo. Si instaura una situazione che potremmo definire di marginalità, devianza, comportamento asociale. Nosi assume grandi quantità di *chat*. Quest'ultima è un'erba eccitante assunta tradizionalmente dai maschi somali e che negli ultimi anni si è diffusa tra i giovani come una vera e propria forma di tossicodipendenza.

Nosi viene ricoverata in ospedale con sintomi di agitazione psicomotoria. E' violenta, insonne, incapace di mettersi in relazione. La ragazza riferisce anche di sentire continuamente le voci degli spiriti che le indicano quali scelte comportamentali effettuare.

Da un primo esame clinico appare evidente che non si tratta di allucinazioni ma della presenza ingombrante di diversi Djinn.

I Djinn sono spiriti tipici della cultura islamica, non necessariamente malevoli, che in alcuni casi possiedono l'individuo (in genere di sesso femminile) e la cui presenza non può essere scacciata

ma può essere riequilibrata attraverso specifiche cerimonie tradizionali coraniche (Lewis, Al-Safi, Hurreiz, 1991). L' esistenza dei Djinn è accettata da tutta la cultura somala e quindi rappresenta un evento anormale ma assolutamente in sintonia rispetto alle concezioni di base della cultura stessa.

Nosi soffre della presenza dei Djinn e chiede aiuto.

Un approccio di tipo farmacologico, almeno iniziale, non è possibile: i Djinn, ella dice, le impediscono di assumere la "pastiglia bianca" (la cloropromazina). Ogni volta che le si propone il farmaco Nosi diventa furiosa.

Decido di prendere in carico il caso su tre piani: culturale, relazionale, prescrittivo.

Organizzo delle "sedute del thé", che rappresenta una tipica usanza somala. Siamo seduti in un patio, su un tappeto, con gli infermieri e gli assistenti sociali somali, le altre pazienti e Nosi. Si parla e si chiacchiera: sono i lunghi racconti africani.

Attraverso questa operazione ci colleghiamo alla cultura ma permettiamo anche a Nosi di sentirsi, giorno dopo giorno, in un gruppo, quasi familiare: una "famiglia" che in parte mancava ai bambini di strada. Nosi sperimenta nuovamente relazioni calde e efficaci. In questo modo può però anche cominciare a ricordare e a esprimersi rispetto all' evento della bomba, al trauma infantile: può confrontarsi con quell' episodio tanto doloroso. E noi sappiamo che ciò è molto utile nei casi di Disturbo Post Traumatico da Stress (Yule, 1999).

Nosi può parlare anche del suo rapporto con i Djinn. Può farci entrare nel suo mondo personale e culturale. A questo punto organizzo, annunciandolo pubblicamente, una lunga riunione riservata con gli operatori somali, quasi fosse una riunione degli anziani tipica della tribù. Nosi naturalmente non è presente ma sa che questa riunione di "uomini esperti" si sta svolgendo. Al termine della riunione le propongo un contratto. I Djinn hanno ragione: la pastiglia bianca (la cloropromazina) non va bene: essi sono più saggi di me, il medico occidentale.

Le comunico che lei può fare da ponte tra il team sanitario e i Djinn: è in grado di assumere un ruolo importante e attivo.

In cambio (l'idea dello scambio e dei patti è tipica della cultura somala) Nosi dovrà rispettare le regole del Mental Hospital, comportarsi in modo non violento, non assumere più *chat* (l' erba eccitante) e, soprattutto, dovrà partecipare regolarmente agli incontri con le altre pazienti e gli operatori. Le chiedo, sorprendendola, di impegnarsi con la promessa dei nomadi somali (maschi, come i ragazzi con cui condivideva l'esperienza "di strada"): "chi non mantiene la parola è fuori dalla religione". Nosi lo fa, accetta. Da quel giorno è calma, attiva, non prende più i farmaci; i Djinn, pur presenti, non la disturbano di continuo. Nosi può intraprendere il suo cammino riabilitativo.

Cosa è successo in questo caso ? Mi sembra che Nosi abbia potuto ricevere un aiuto, e cambiare, senza attuare un profondo processo di elaborazione soggettiva, così come lo intendiamo nella psicoterapia occidentale. Ancora una volta sono stati elementi esterni che, attraverso esperienze quotidiane ben organizzate, hanno dato ordine interno. Mediante una serie di piccole operazioni abbiamo cercato di ricollegare Nosi all' ordine della sua cultura, rispettando però la diversità della giovane donna. Questo è il senso della "cerimonia del thé", del riconoscimento dei Djinn, del patto "maschile". Abbiamo utilizzato il ruolo del medico in modo simile a quello degli anziani della famiglia e del clan: essi decidono e possono provocare cambiamento perché grazie al loro ruolo (e alla loro esperienza) essi "sanno". Il loro sapere si esplica senza che essi debbano spiegare tutto al soggetto. Egli non deve comprendere cognitivamente. La decisione però è connessa con l' insieme delle regole culturali, è perciò dotata di senso e tiene in conto l' individuo e le sue esigenze.

Anche in questo caso assistiamo dunque al raggiungimento di ordine psichico che si attua attraverso una azione esterna profondamente connotata culturalmente. Siamo, si badi bene, molto distanti da una visione di tipo comportamentista. L' azione dell'ambiente esterno infatti non porta ad una semplice modificazione comportamentale. Attraverso la formazione di nuove connessioni tra il sé e la cultura si crea invece buona fenomenologia dell'esperienza che può condurre a una vera e propria modificazione dell'organizzazione mentale che ritrova un ordine profondo tra le sue parti.

Ecco quindi, in conclusione, che la recente riflessione della psicologia transculturale, le pratiche etnopsichiatriche e l'osservazione clinica sembrano fornire indicazioni per una nuova prospettiva

teorica e metodologica. Essa mette al centro del cambiamento e della cura non tanto l'elaborazione soggettiva quanto invece la fenomenologia dell'esperienza soggettiva e, soprattutto, il rapporto tra contesto culturale e soggetto, rapporto che permette, in alcuni casi, un agire, un "fare" che porta ad importanti modificazioni, in un certo senso automatiche, del mondo interno. Non si tratta di un comportamento di tipo meccanicistico ma di un'esperienza individuale complessa, che trova il suo senso solo in quanto intimamente connessa con il contesto sociale e che permette profonde ristrutturazioni del sè personale: è l'azione del mondo della cultura che porta ordine e aumento della complessità nel mondo interno individuale.

Bibliografia

- Boddy J. (1988), Spirit and Selves in Northern Sudan: the Cultural Therapeutics of Possession and Trance, *American Ethnologist*, 15 (1), 4-27.
- Boddy J. (1994), Spirit Possession Revisited: Beyond Instrumentality, *American Rev. Anthropol.*, 23, 407-34
- Bourguignon E. (1976) , *Possession*, Chandler and Sharp, San Francisco
- Bourguignon E. (1992), The DSM-IV and cultural diversity, *Transcultural Psychiatry Research Review*, 29, 4, 330-32
- Crapanzano V., Garrison V. (1977), *Case Studies in Spirit Possession*, Wiley, New York
- Csikszentmihalyi M. (1975), *Beyond Boredom and Anxiety*, Jossey-Bass, San Francisco
- Csikszentmihalyi M. (1990), *Flow. The psychology of optimal experience*, Harper&Row, New York
- Csikszentmihalyi M. (1993), in Massimini F., Inghilleri P. (a cura di), *La selezione psicologica umana. Teoria e metodo di analisi*, Cooperativa Libreria I.U.L.M., Milano.
- Csikszentmihalyi M. (1997), *Finding flow*, Basic Books, New York
- Feldman M.W., Cavalli Sforza L. L. (1978), Fenotipi, genotipi ed evoluzione culturale, in Poli M. (a cura di), *Genetica e psicologia*, FrancoAngeli, Milano
- Halperin D. (1996), Trance and Possession: Are They the Same?, *Transcultural Psychiatry Research Review*, 33, 33-41
- Inghilleri P. (1999), *From Subjective Experience to Cultural Change*, Cambridge University Press, New York
- Kramer F. (1993), *The Red Fez: Art and Spirit Possession in Africa*, Verso, London
- Leff J. (1988) *Psychiatry Around the Globe. A Transcultural View*, Gaskell, London
- Lewis I.M., Al-Safi A., Hurreiz S. (eds.) (1991), *Women's Medicine. The Zari-Bori Cult in Africa and Beyond*, Edinburgh University Press, Edinburgh
- Monod J. (1970), *Le hasard et la nécessité*, Seuil, Paris. Ediz.ital. (1970), *Il caso e la necessità*, Mondadori, Milano
- Nathan T. (1993) *Fier de n'avoir ny pays, ny ami, quelle sottise c'était. Principes d'ethnopsychanalyse* La Pensée Sauvage, Grenoble, tr. it., *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996
- Suryani L.K., Jensen G.D. (1993), *Trance and Possession in Bali*, Oxford University Press, Kuala Lumpur
- Terranova-Cecchini R. (1991), "L'io culturale: luogo del pensiero, luogo dello sviluppo", in Inghilleri P., Terranova-Cecchini R. (a cura di), *Avanzamenti in psicologia transculturale*, F. Angeli, Milano
- Yule W. (1999), *Post-Traumatic Stress Disorders. Concepts and Therapy*, Wiley, Chichester, tr. it., *Disturbo post-traumatico da stress. Aspetti clinici e terapia*, McGraw-Hill, Milano, 2000

ETNOPSICHIATRIE A CONFRONTO

*Anna Felcher - Medico psichiatra del CPS di Bollate e
dell'Associazione NAGA*

La nostra Associazione da quasi 15 anni svolge assistenza socio-sanitaria con interventi di medicina di base e specialistica rivolta ad immigrati e nomadi che per motivi giuridico-amministrativi, sociali, economici e culturali non possono accedere ai servizi pubblici. Questa attività ha permesso di maturare sul campo competenze nell'ambito delle patologie e della cura in soggetti di cultura diversa; essa ha rappresentato la premessa indispensabile per l'attivazione del gruppo di etnopsichiatria.

Gli aspetti qualificanti dell'attività del gruppo sono:

la presa in carico interdisciplinare del disagio psicofisico della popolazione immigrata in Milano e provincia, che garantisce un approccio olistico ai problemi, con particolare attenzione all'influenza dell'appartenenza culturale nell'espressione del disagio stesso;

la possibilità di attivare un lavoro di rete che, oltre a consentire una presa in carico multipla all'interno dell'ambulatorio, permetta di creare collegamenti con le strutture di cura del territorio, garantendo un trattamento di continuità meno centrato sulla medicalizzazione e psichiatrizzazione del disagio dell'immigrazione;

la configurazione del progetto come esperienza pilota: si intende tradurre, nel contesto italiano, le esperienze che, realizzate in paesi europei ed extraeuropei, hanno dimostrato la loro efficacia nella cura dei disturbi degli immigrati.

Il nostro lavoro è destinato a soggetti con disagio psichico o psicosociale provenienti dal Maghreb o dall'Africa Subsahariana che accedono all'ambulatorio Naga. In particolare vengono trattati soggetti con disturbi di adattamento, disturbi somatoformi (somatizzazioni, somatoforme indifferenziato, di conversione, algico, ipocondriaco, dismorfofobico), disfunzioni sessuali e disturbi del sonno.

Circa il 5% dei soggetti che accedono al nostro ambulatorio presentano un disagio di evidente natura psicologico-psichiatrica e sono pertanto meritevoli di una presa in carico continuativa, mentre nel 30-40% dei casi la componente culturale e psicologica gioca un ruolo rilevante. Tuttavia proprio l'adesione regolare e a lungo termine al progetto di cura ha costituito una delle difficoltà maggiori incontrate nell'assistenza agli immigrati. In numerosi casi il progetto terapeutico è stato interrotto, seguito discontinuamente o utilizzato "al bisogno", vissuto in sostanza come soluzione estemporanea dell'acuirsi del disagio, piuttosto che come progetto di lavoro terapeutico in comune relativamente sganciato dalle oscillazioni sintomatiche.

Il setting definito interdisciplinare è caratterizzato, mutuando il modello da quello proposto da Tobie Nathan, dalla contemporanea presenza di sei operatori della salute o comunque da un numero di tecnici sufficiente ad offrire una consulenza multidisciplinare appropriata al tipo di sintomo portato dal paziente. Gli operatori potranno essere in numero di uno per ogni tipo di specialità:

psichiatra

psicologo

medico

educatore

assistente sociale o membro dell'accoglienza

mediatore culturale

Altre figure specialistiche potranno essere presenti all'occorrenza e in modo non necessariamente continuativo. Nel caso in cui i pazienti sino stati inviati da qualche professionista operante nel

Centro che per qualche tempo se ne è occupato, questi dovrà essere presente se non in modo continuativo, almeno nei primi incontri.

Viene chiesto al paziente di essere accompagnato alle sedute da un parente, da un convivente o da un amico con il quale ha una relazione sufficientemente significativa. Tale richiesta è spesso disattesa in quanto la tipologia media dei nostri utenti è di soggetti di prima immigrazione e senza legami stabili qui in Italia. Il Naga infatti si rivolge ad immigrati senza permesso di soggiorno.

Le sedute, sempre nello stesso studio, vengono previste in un ambiente tendenzialmente silenzioso e privo d'interferenze disturbanti.

Ogni incontro è videoregistrato, previo consenso informato. La cadenza è mensile con una durata di circa due ore per seduta. La frequenza varia secondo l'esigenza e in base al tipo di obiettivo prefissato. Comunque non superano i dieci incontri complessivi.

Come lavora il gruppo?

Durante la prima seduta, dopo una breve presentazione di tutti i partecipanti all'incontro, l'operatore che presiede descrive brevemente la sintomatologia portata dal paziente e il percorso terapeutico condotto fino a quel momento. I partecipanti intervengono liberamente con quesiti o ipotesi eziologiche rivolte direttamente al paziente o agli accompagnatori o agli altri esperti presenti. Gli scambi avvengono in maniera circolare, non passando necessariamente sempre attraverso il paziente. Al centro del contesto rimane comunque lui e il suo problema. Meglio evitare affermazioni autoriferite come sensazioni o emozioni scaturite dal qui ed ora del contesto. Si tratta di costruire passo passo, con ipotesi successive la possibile origine del disturbo o almeno identificare cause possibili non necessariamente simili o che seguono lo stesso profilo teorico.

Qual è lo scopo del gruppo?

L'intervento etnopsichiatrico ha come finalità quella di arrivare ad una "comprensione" (nel senso di "prendere dentro", o anche, come nella concezione jaspersiana, nel senso di immedesimarsi e condividere l'esperienza umana) interdisciplinare ed eterogenea del problema portato dal paziente e dai suoi accompagnatori. Tale processo passa necessariamente attraverso molteplici modelli epistemologici ed ipotesi eziologiche che hanno la funzione di esaminare il caso da più punti d'osservazione. Ciò permette al gruppo di accogliere le proposte di cura che più sembrano in sintonia con il mondo del paziente. A mano a mano che si dipana tale scenario, emergono percorsi terapeutici di vario genere (terapie psicologiche, mediche, psichiatriche, con prescrizioni provenienti dalla cultura d'origine, ecc.), verso cui s'indirizza il paziente. Inoltre risulterà più chiaro a tutti gli astanti, quindi anche ai parenti ed amici, quale comportamento sia più opportuno tenere nei confronti del congiunto sofferente. Ciò permetterà di attivare una rete di sostegno e di supporto al difficile percorso terapeutico che il paziente dovrà intraprendere, consentendo una condivisione del problema e una migliore risposta alla questione considerata.

Qualora presente, la terapia farmacologica viene mantenuta.

(dopo visione video)

"Auspico una psicopatologia che si assuma dei rischi che si cimenti nella descrizione più raffinata possibile dei terapeuti e delle tecniche terapeutiche, e non dei malati" da queste parole di Nathan raccogliamo la suggestione che potrebbe dare il senso al nostro intervento e a questo incontro.

La cura dell'immigrato pone immancabilmente il terapeuta occidentale "scientifico", e per quanto già sensibilizzato da una visione olistica dell'uomo, di fronte ad un imbarazzante silenzio. Cadono le categorie, e i criteri diagnostici si sovrappongono trasversalmente e orizzontalmente. Come clinici conosciamo la fallacia di certe diagnosi che nel tempo ci hanno portato a dover reinquadrare alcuni nostri pazienti in altri tipi di disturbi. Perché allora non partire da altri presupposti?

Riprendo Nathan:

“Ogni psicopatologia che si interessi ai malati e che abbia come unica preoccupazione quella di oggettivare “le malattie”, si allontana di fatto dalle tensioni che permetterebbero la costruzione di una scienza.” Di fronte al modello di psicopatologia che auspica Nathan, cioè di una “scienza che si dedichi in ogni cultura alla descrizione sistematica delle attività di una categoria di persone incaricate dal loro gruppo culturale di modificare il funzionamento interno degli altri”, ci troviamo privi di strumenti, mentre la nostra formazione sembra soccorerci sempre meno.

L’assioma di base è che un sistema di cura deve essere efficace per “quella persona in quel determinato momento” superando di fatto il pensiero “globalizzante” che chiede alla medicina la panacea per tutti. (Se il sistema funziona per uno e poi per tanti, meglio ancora!!).

E’ dunque l’efficacia in prima istanza e poi l’evocazione di spiriti (che ne costituisce di per sé il decreto di esistenza dell’universo secondo) che ha convinto il nostro autore della ricchezza di processi creativi (cioè “produttori di vita”) appartenenti ai sistemi a universi multipli. Così egli afferma “se è necessario ricorrere agli spiriti per mettere in moto il sistema, allora gli spiriti esistono, almeno in quanto anime invisibili del dispositivo”.

Questa opinione di Nathan, condivisibile o meno, certo ci pone di fronte alla difficile fruibilità del sistema. Nondimeno anche nella nostra scienza esistono “anime invisibili” che sono quegli elementi funzionanti e non completamente conosciuti (sistema endocrino, sistema nervoso, sistema immunitario, ecc.) che operano spesso a dispetto dei nostri presupposti teorici.

Alcune caratteristiche del costruito teorico di Nathan incuriosiscono e intrigano (o affascinano?):

il sistema a “universi multipli” cioè quel modo di “interrogare” il disturbo che diviene segno, obbligando ad interessarsi alla ricchezza del mondo e alla molteplicità degli esseri che lo popolano; lo spostamento dell’interesse dal malato (e dalla possibile stigmatizzazione) all’“invisibile”;

l’affiliazione a un gruppo con un passaggio dall’individuale al collettivo che sviluppa di conseguenza un senso di appartenenza.

La solitudine invece, l’isolamento, l’etichetta di un inquadramento diagnostico nel contesto psicopatologico occidentale rendono il soggetto sofferente un reietto della società, uno dei tanti e ancor di più in quanto straniero.

Concludendo quindi i nostri primi passi hanno offerto a C. uno spazio d’ascolto volto a comprendere più che a spiegare (seguendo la logica Jasperiana). Il passaggio dall’individuale al collettivo sembra essersi realizzato, a conti fatti, attraverso l’utilizzo del dispositivo gruppale rispetto al modello diadico più abituale. Gli “universi multipli” sono stati rappresentati dalla contemporanea presenza di operatori dai diversi percorsi formativi e da quel “portavoce culturale” rappresentato dalla mediatrice egiziana.

Coscienti comunque della riduttività e semplificazione che noi abbiamo realizzato del modello Nathaniano, pure abbiamo sorprendentemente colto che “qualcosa” ha prodotto benessere nei fruitori del nostro intervento nonostante l’indicazione terapeutica fosse poco incisiva sul disturbo. Riferendomi cioè al caso di C. ad es. la farmacoterapia prescritta in dosi quasi “pediatriche” ha subito agito ristabilendo il soggetto con tempi inferiori alla norma.

La creatività quindi del modello Nathaniano induce a cimentarsi su nuovi percorsi siano essi teorici piuttosto che prettamente operativi.

IL CARCERE COME FORZIERE DI RISORSE ETEROGENEE E SEDE DOVE INTERROMPERE IL FLUSSO DI IDENTIFICAZIONE/ALIENAZIONE TOSSICOMANICA

Una festa che inizia a Milano in via Padova e termina in Nigeria

Augusto Iossa Fasano - Consulente area penale ASL Milano

L'esperienza qui descritta si svolge presso il C.O.C., Centro di Osservazione Criminologica, Reparto clinicizzato del Carcere di S.Vittore ospitante detenuti tossico e alcol dipendenti che, in applicazione del D.L. 230/99, viene gestito dalla Unità Operativa Carceri e Area Penale della ASL Città di Milano. Un'intera Equipe multiprofessionale a carattere socio-sanitario, composta da operatori dipendenti e consulenti, vi si dedica in collaborazione con Cooperative del privato sociale. Il C.O.C. ospita oltre 200 detenuti, la grande maggioranza dei quali stranieri. Il presente scritto propone una riflessione sulle possibilità di effettuare trattamenti integrati intracarcerari su soggetti multiproblematici a diagnosi almeno doppia (psichiatrica e tossicomantica) e di attivare una rete di Servizi a favore di coloro che escono dopo aver scontato la pena o che possono godere di misure alternative alla detenzione.

Al C.O.C. si adotta un metodo integrato che tenga conto delle singole specificità culturali e della oggettiva disponibilità di risorse in carcere ma soprattutto fuori.

Verranno qui svolte considerazioni sulla necessità di elaborare un modello che contempli la valenza dell'oggetto droga ovvero psicofarmaco ovvero metadone (molto utilizzato nel nostro Centro, tema poco trattato in letteratura a proposito di stranieri) nelle diverse forme di rappresentazione soggettiva e culturale.

Da tale presentazione si evidenzieranno quali siano i vantaggi e quali i limiti nel cercare di ottenere compliance, risultati terapeutici e sociali, e prevenzione della ricaduta nella delinquenza e/o tossicodipendenza.

Il Centro Etnopsichiatrico Ernesto De Martino

Il taglio di lavoro etnopsicoterapico integrato attuato al C.O.C. di S.Vittore deriva dall'esperienza maturata con il dispositivo di cura e di studio del Centro De Martino.

Il Centro Etnopsichiatrico Ernesto De Martino nasce a Milano in seguito alla constatazione da parte di medici e psicologi, operanti presso i Servizi socio-sanitari, specie quelli di urgenza, e presso gli Istituti Penali per minori e adulti, che l'utenza straniera riceveva trattamenti diversi da quelli offerti alla o negoziati dalla popolazione italiana. Si faceva strada l'ipotesi che le risposte fornite fossero inadeguate al bisogno oggettivo e alla domanda soggettiva di cura posta dal singolo e dalla comunità di appartenenza. Quando l'adolescente o il giovane immigrato era ospitato in un contesto residenziale, la struttura ospitante faticava ad avvalersi del Servizio specialistico – specie di quello psichiatrico – come avrebbe fatto per un utente italiano e la consulenza fornita, pur in linea con standard di protocollo, risultava poco personalizzata e non aggiungeva quel che utenti e operatori di comunità cercavano: un sapere “ponte” che facesse dialogare soggetti e culture di diversa provenienza geografica e disciplinare.

Esempio ne era l'elevato passaggio di immigrati presso il Pronto Soccorso di uno dei maggiori Ospedali italiani. Quando veniva operato il ricovero presso uno dei tre Servizi Psichiatrici Diagnosi

e Cura, i cittadini stranieri ricevevano un periodo di degenza che risultava di durata inferiore della metà o di un terzo rispetto a quello goduto dai pazienti italiani. Inoltre, dopo la dimissione, solo pochi tra gli immigrati venivano inviati ai Servizi Territoriali e quasi nessuno vi giungeva effettivamente per la presa in carico. Si era inoltre osservato che la diretta afferenza delle popolazioni straniere di prima o seconda generazione ai Servizi Territoriali ambulatoriali, semiresidenziali o residenziali non era valutabile o risultava numericamente trascurabile. Era legittimo supporre per un operatore di formazione analitica che la mancata esplicitazione del bisogno o l'irrilevante compliance era relativa all'operatore stesso ovvero all'assetto dei nostri Servizi sia ospedalieri sia territoriali. Nel migliore dei casi le Unità operative di Psichiatria erano inclini a trattare gli immigrati alla pari degli italiani e a tale modo di operare faceva seguito l'ingenua e ostinata giustificazione "democratica e paritaria" nel considerare l'altro e il diverso semplicemente come uno-con-cui-interagire-tramite-interprete senza che tale versione della realtà, anzi *delle molteplici realtà*, che l'immigrazione ci rivela abbia cessato a tutt'oggi di prevalere. Molti soggetti osservati in reparto o transitati in Pronto Soccorso erano giovani o giovanissimi e quelli ospitati all'Istituto Penale Minorile erano solo un campione indicativo di ragazzi clandestini o senza fissa dimora smarriti nella realtà di una grande metropoli come Milano, ricca ed efficiente ma disattenta e inospitale.

Il progetto Heimat

Il progetto Heimat è una rete di servizi a favore di rifugiati, richiedenti asilo politico e perseguitati, promossa con fondi europei dalla Cooperativa Kantara di Milano con Naga e Centro De Martino in sinergia con analoghe esperienze a Madrid e Amsterdam.

Dopo l'esperienza pubblica del Centro De Martino e in parallelo ad Heimat, in qualità di psichiatra, svolgo una consulenza per la ASL Città di Milano presso la Casa circondariale "S.Vittore" di Milano operando sia presso il C.O.C. sia presso altri ragni.

Mi occupo di detenuti stranieri, quasi tutti extracomunitari, privi di permesso di soggiorno e tossicodipendenti. Esercito funzioni mediche di tipo specialistico prescrivendo e controllando terapie psicofarmacologiche, induzioni e scalaggi metadonici, lavoro in stretta collaborazione con colleghi e operatori di tutta la struttura. Ritengo che anche a partire da questa specifica esperienza di cura si può tracciare una serie di riflessioni sulla struttura dell'apparato psichico, dunque su ciò che accomuna gli esseri umani.

Caso clinico di Ella, 28 anni, nigeriana.

La collega infettivologa, dalla naturale sensibilità psicoanalitica, mi chiede di vedere Ella alla sezione femminile. Già carico di lavoro al maschile provo a proporre l'intervento di uno psicologo visto che la paziente era già in cura psichiatrica. Mi viene replicato in modo convincente che non era questione di psicologo o psichiatra, ma che sembrava necessario riuscire a stabilire un dialogo con una persona di cultura diversa dalla nostra che lo chiedeva e avrebbe potuto giovarsene.

Dopo un paio di colloqui iniziali, utili a saggiare la reciproca consistenza e motivazione, la paziente dichiara di accettare la terapia farmacologica ma soprattutto di voler discutere una serie di questioni collegate ai propri comportamenti anomali e disturbanti verso operatori e detenute, psicofarmaci inclusi.

Ella è stata condannata a oltre cinque anni di carcere in seguito a una vendetta di un suo aspirante "magnaccio" che le avrebbe fatto trovare droga in casa per poi denunciarla. Prima faceva la vita si ma in proprio. Di tanto in tanto faceva qualche mestiere regolare e poi, soprattutto, andava a scuola: taglio e cucito. Dopo l'arrivo dello sfruttatore le cose erano cambiate. La ribellione le era costata "solo" una pesante pena carceraria.

La prima seduta significativa le consente di presentare figure e luoghi di credenze delle proprie origini: l'*obo* è il guaritore, l'*obange* lo spirito o il senza corpo, *mammiwater* la sirena dei fiumi, *emmere* il sireno una divinità maligna che, diversamente da mammiwater, ti rende debole e furioso quando si impossessa di te. Ella lascia intendere di non aver ancora regolato i conti con l'*emmere* anche se, e proprio perchè, non si identifica fino in fondo in queste credenze. Trascurarle e ignorarne l'influsso malefico vorrebbe dire lasciar agire indisturbati gli *emmere* nella sua sfera d'azione anche dentro il carcere, tenerli in considerazione richiederebbe l'adozione di metodi di cura tradizionale. Ella sceglie la terza via di inserire questo discorso nelle pratiche di vita e nella protesicità della propria condizione di vita e lavoro in carcere.

Ella mostra un serio riguardo per le credenze dei villaggi nigeriani da cui proviene. Lo fa da antropologa neutrale e partecipe. Si pone in una posizione di rispetto per queste credenze e per la loro funzione psichica. Come se ne avvertisse l'articolazione ristrutturante tra protesi e credenza. Cioè a dire: io "faccio, mi do da fare" ma "credo" anche, detengo una e più credenze, so che non sta tutto lì: nei prodotti del (m)io fare. Anzi c'è prima di tutto un insieme di fattori, la mia cultura d'origine a cui si stanno sovrapponendo idee e pratiche che voglio intrecciare, cucire per il mio domani.

Nella seduta successiva racconta un sogno in cui viene ingoiata da una possente e spumosa onda del mare che la avviluppa insieme a una bimba immobilizzandola per mezzo di legacci e trascinandola al largo.

In un altro sogno si svolge una festa nel quartiere di via Padova dove aveva abitato a Milano. Quando chiede a un connazionale fin dove si estendano i festeggiamenti, questi risponde che iniziano in via Padova e terminano nel villaggio in Nigeria.

Ella vi era nata ma all'età di cinque anni era stata separata dalla madre e affidata a una zia che viveva in una grande città della Nigeria.

Nella seduta successiva Ella dice di aver fatto un brutto sogno. E' nei pressi di un edificio, il commissariato o la questura situata non in città ma in aperta campagna. Ha in braccio una bambina. Ha piovuto e dal terreno che si è fatto fangoso spuntano orribili serpenti di varie dimensioni. Un poliziotto ne uccide a bastonate uno grande e uno piccolo.

Ma un sogno di svolta colloca Ella ormai cresciuta nel villaggio natale dove nei pressi della casa rurale sono stesi ad asciugare dei vestiti da donna uno grande e uno più piccolo ma non c'è alcuna persona nè familiare nè estranea. La detenuta non fatica a ricondurre gli abiti alla figura della madre e alla propria notando anche come la passione per il taglio e cucito abbia per lei un senso pratico ma soprattutto un carattere coattivo.

Fili, prolunghe di collegamenti viarii, scorrere di acque che congiungono e separano, forme viventi allungabili (dal piccolo all'enorme mostruoso, dalla vita al cadavere alla carogna divenuta tale per mezzo di un intervento del poliziotto).

Il fatto che io mi rechi a trovare Ella, una volta alla settimana al "femminile" per una seduta che dura meno di mezz'ora, non passa inosservato. Agenti, suore, l'infermiera dell'infermeria che ospita detenute in isolamento, giudiziario più che sanitario, vi presiedono con professionalità neutrale e astinente. Solo la psichiatra che segue Ella in terapia psicofarmacologica solleva con fermezza un'obiezione riguardo alle conseguenze confusive per detenuta, operatori e Dirigenza del doppio psichiatra. Accolgo l'osservazione e mi dichiaro disposto a occuparmi anche dei farmaci, tanto più che Ella li prende poco e malvolentieri perché non è "matta". Al parlarne insieme è bene che seguano decisioni conseguenti anche sul piano delle prescrizioni: tipo, dosaggio ed eventuali discontinuazioni di alcuni o tutti gli psicofarmaci.

Ella in carcere è *superimpegnata*: ha funzioni di lavorante stipendiata (fa le pulizie), segue un corso avanzato per l'uso del pc, partecipa all'animazione teatrale con caratteri da psicodramma, fa taglio e cucito. Sulla figura del lavorante rimando al mio saggio *La protesi al lavoro nella riabilitazione sociale* in *Ambulatorio/Il piccolo Hans* 2/2000, Bergamo, Moretti & Vitali.

Si configura nella sua curativa tensione protesica che richiede un lavoro psicoterapeutico piuttosto che psicofarmaci. Un segmento di psicoterapia attraverso cui ricostruire la propria soggettività e saperlo, essere in grado di riconoscere da quali componenti è formata la sua complessa struttura psichica, come far funzionare le difese psichiche e le proprie energie creative.

Nel corso di nove colloqui si presenta la forma e il modo del lavoro psichico di Ella dove il sogno e la credenza fanno da collante tra tutti i lavori in cui è impegnata e che rappresentano una risposta complessa ma ancora insufficiente al prevenire inconvenienti gravi. In parallelo ai colloqui Ella può fare a meno degli psicofarmaci che anche la letteratura sconsiglia in casi di disturbi di personalità border-line. Di lì a poco ottiene una scarcerazione improvvisa e inaspettata per rientrare un mese dopo in un altro carcere lombardo e formulare una nuova domanda di colloqui psicoterapici attraverso cui riprendere il filo di discorso interrotto.

L'équipe istituzionale e la multiculturalità in rapporto al pensiero psicoanalitico

Le cure effettuate in équipe multiprofessionale su soggetti che hanno commesso reati, risultano o si dichiarano tossicodipendenti e che, inoltre, sono immigrati clandestini dimostrano la necessità di lavorare tenendo presente struttura e funzioni dell'apparato psichico. L'apparato psichico possiede un'area che non è sotto il controllo della coscienza e della volontà da parte del soggetto, è un'area inconscia. Caratteri comuni all'operatore e al detenuto-paziente. Precisazione da tenere sempre presente e da sottoporre a costante controllo.

Le sostanze non agiscono solo sul Sistema nervoso centrale, ovvero sul substrato cellulare inteso in senso strettamente biologico ma sull'apparato psichico che comprende anche la componente organica e possiede peculiari leggi di funzionamento. Tali meccanismi devono essere sempre tenuti in considerazione e supervisionati pena reazioni terapeutiche negative o altri effetti contrari alla conoscenza e ai piani di trattamento.

La psicoanalisi in quanto cultura, pensiero e anche in quanto pratica clinica capace di formulare proposte di lavoro e intervento ha saputo trarre esperienza da campi che le sembravano preclusi: dagli anni '50 agli anni '90 l'attenzione si è concentrata sulle psicosi specie sulla schizofrenia e, in un'area di sovrapposizione, dagli anni '80 a tutt'oggi sui disturbi di personalità.

Come a dire che il trattamento approfondito e prolungato di soggetti nevrotici, operatori e candidati terapeuti o analisti si è giovato dell'impegno in campi extra-analitici e viceversa i principi ispiratori classici opportunamente sottoposti a revisioni e rifacimenti hanno consentito la formulazione di modelli teorici e di metodologie estese alle équipes multiprofessionali operanti nel territorio.

Lo stesso sta accadendo in rapporto a soggetti, quali gli stranieri di tante etnie che a vario titolo sono presenti sul nostro territorio, afferenti ai diversi servizi ambulatoriali o ristretti nelle nostre istituzioni, che non richiedono né psicoterapia né psicoanalisi e nemmeno si gioverebbero di trattamenti impostati secondo le regole del setting per quanto modificato.

Qualsiasi operatore che abbia un riferimento al pensiero psicoanalitico e alle pratiche che tengono presente un apparato psichico e il relativo inconscio deve prestare grande attenzione a un fenomeno che non è solo *sociale* ma attiene strutturalmente alla composizione dell'identità di ciascuno e dei modi per arricchirla e trasformarla. Studio e cura di soggetti stranieri, sol che noi lo vogliamo, possono dare un contributo validissimo e forse decisivo ai trattamenti di pazienti che solo in termini

ingannevoli e distorti sono attribuiti alla sfera della nevrosi o della depressione. Categorie inaccettabili e non suscettibili, il più delle volte del solo trattamento farmacologico o psicoterapico, perché dietro il loro sintomo si nascondono fenditure più ramificate che solo interessi economici o corporativi possono liquidare con proposte semplicistiche.

Come il cittadino italiano integrato nel tessuto socio-culturale deve tener conto dell'immigrato e del clandestino, l'intruso, altrettanto la cura dei disturbi "psicoanaliticamente trattabili" deve guardare a quelli più gravi e misteriosi, inspiegabili, perché essi – paradossalmente - mostrano ciò che si nasconde nei disturbi "facili". Forme di sofferenza spesso deleterie per l'altro, foriere di distruttività e disfacimento dei gruppi nonché delle loro funzioni che, in quanto normali, risultano invisibili e indistinguibili producendo alla lunga psicosi, demotivazione, fratture sociali quali il razzismo.

La pratica multi-etnica avvalorava l'idea di una psicoanalisi che, anche fuori stanza, senza lettino e con poche parole, possa fare da punto di riferimento al lavoro dell'operatore nell'istituzione e in équipe multiprofessionale.

Protesi e cyborg

Non si può più differire il distinguere la funzione della protesi (che è in rapporto all'integrità strutturale dell'apparato psichico ovvero all'identità soggettiva) dalla funzione dell'elemento chimico, tecnologico o cibernetico che costituisce il cyborg, vulnerabile organismo cibernetico esposto a dissipazione del patrimonio genetico e spaesato depauperamento di risorse culturali.

Il pensiero ispirato dalla psicoanalisi consente di distinguere la protesi dal cyborg in funzione delle dotazioni e attrezzature miste, delle identità che ne derivano, degli interventi necessari o di quelli elaborati sulla base delle decisioni soggettive degli operatori.

A tal fine si distinguono:

Protesi, impianti, trapianti

Tipologia dell'identità derivante dalla diversa marca di composizione uomo/macchina.

Intervento del Servizio pubblico, decisione che tenga conto della soggettività dell'operatore: sopportazione dell'angoscia, salvaguardia o ristrutturazione dell'apparato psichico, sopravvivenza e distanze dalla morte²

Nel breve saggio *L'intruso*, il filosofo francese Jean-Luc Nancy affianca la propria esperienza di trapianto cardiaco, subito quasi dieci anni fa e di cui parla per la prima volta, al fenomeno dell'immigrazione specie di quella clandestina: "L'intruso si introduce di forza, con la sorpresa o con l'astuzia, in ogni caso senza permesso e senza essere stato invitato. Bisogna che vi sia un che di intruso nello straniero che, altrimenti, perderebbe la sua estraneità. ...".

² "Almeno dall'epoca di Cartesio l'umanità moderna ha reso il desiderio di sopravvivenza e d'immortalità un elemento del programma generale di "dominio e possesso della natura". Ha programmato così una crescente estraneità della "natura", ravvivando l'estraneità assoluta del duplice enigma della mortalità e dell'immortalità. Essa ha portato ciò che le religioni rappresentavano alla potenza di una tecnica che respinge la fine in tutti i sensi. Allontanando il termine, l'umanità ostenta un'assenza di fine: quale vita prolungare? a quale scopo? Differire la morte è anche esibirla, sottolinearla.

Si può solo dire che l'umanità non è mai stata pronta a nessun punto di questa questione e che la sua impreparazione alla morte è solo la morte stessa: il suo urto e la sua ingiustizia.", Jean-Luc Nancy, *L'intruso*, Cronopio, Napoli, 2000, p. 21.

ESPERIENZE CLINICHE

*Carlo Pagani - Resp. Servizio Consulenza Etnopsichiatrica Osp.
Niguarda – Milano*

INTRODUZIONE

Per immaginare percorsi di approccio e presa in carico, nel campo della salute mentale di stranieri occorre, da un lato affrontare problemi di ordine metodologico e, dall'altro, avere chiaro il contesto generale, sociale e politico in cui avviene il fenomeno migratorio (poiché lo stress legato al processo migratorio può essere esso stesso fattore patogenetico). Si è visto che un generico atteggiamento accogliente da parte dei servizi non è quasi mai sufficiente a stabilire autentiche alleanze terapeutiche o comunque valide relazioni di supporto con pazienti che appartengono ad altre culture.

Trovandosi di fronte ad un immigrato sofferente di un disturbo mentale si incontrano in effetti due ordini principali di problemi o assi di intervento:

la differenza linguistico-culturale (differenti codici e differenti sistemi di valori).

la specificità, ed i suoi riflessi sul generale funzionamento psichico, della condizione di immigrato.

La differenza linguistico-culturale pone, tra gli altri, un problema metodologico per ciò che riguarda la diagnosi prima e il trattamento successivamente.

Il processo diagnostico è un costrutto culturale che discende da un insieme di saperi e di tecniche profondamente radicate nelle logiche cognitive di una determinata cultura.

E' inoltre dipendente dall'organizzazione sociale generale, dalla storia e dal sistema di valori di quella cultura. Si tratta dunque di un costrutto relativisticamente fondato sulle basi ideologiche del sistema culturale di cui è espressione ma dotato di scarse possibilità di piena generalizzazione ad altri contesti umani. In effetti l'impostazione naturalistica ha impedito per molto tempo di riconoscere che non si può individuare o ricostruire un decorso morboso separandolo dai molteplici fattori transcontestuali ed extraclinici che interagiscono con l'individuo in cui il disturbo giunge ad incarnarsi.

Il decorso del disturbo mentale è essenzialmente sociale, ovvero non naturale e sembra, tra l'altro, autenticamente migliore nelle aree a più lento o arretrato sviluppo sociale.

Occorre quindi, in primo luogo, sospendere il giudizio, non affrettarsi a cercare nei nostri manuali un inquadramento diagnostico ma, piuttosto porsi in una posizione di ascolto empatico per entrare in contatto con quegli elementi della patologia che rimangono indipendenti dagli effetti patoplastici della cultura in quanto espressione di una esperienza umana storica. Questo, che sembra facile a dirsi, comporta in realtà un notevole sforzo da parte dell'operatore perché significa abbandonare, o quanto meno lasciare sullo sfondo il proprio modello teorico di riferimento ed inoltrarsi in un terreno sconosciuto nel quale non esistono percorsi già tracciati. Mi riferisco al mondo simbolico, dei valori, dei significati di una cultura altra.

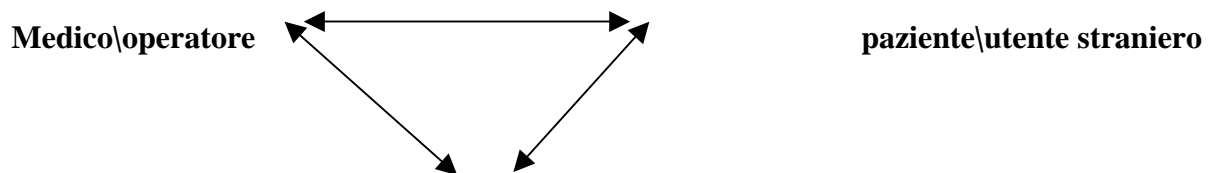
Tuttavia questa è una sorta di "conditio sine qua non" se l'obiettivo è un'autentica comprensione ed un efficace percorso di cura.

La proposta metodologica è dunque quella di considerare il linguaggio somatico, emotivo ed espressivo del paziente come uno strumento che favorisce e orienta una corretta operatività terapeutica. I pazienti non devono pertanto essere considerati solo come soggetti bisognosi di attenzione e di cure ma come i rappresentanti titolati di questi altri mondi anche se si sono

transitoriamente smarriti all'interno dei nuovi contesti di adozione. La ricostruzione narrativa di un mondo culturale è assolutamente necessaria perché permette di riconoscere che ogni cultura fabbrica gli individui in modo specifico e diverso da quelli creati dagli altri sistemi.

La cultura, infatti, struttura valori, relazioni, conflitti, biografie, tecniche del corpo e terapeutiche che, nel loro insieme, rendono autonomo l'individuo dal condizionamento arbitrario e necessario della natura. Non si tratta, ovviamente, di idealizzare la funzione dei pazienti "altri" elevandoli o deformandoli, al rango di informanti culturali. Si tratta invece di costruire quella base di interazione in cui la lingua del paziente non sia sconosciuta all'orecchio del clinico, perché altrimenti questo esporrebbe il soggetto sofferente ad una serie di incomprensioni e fraintendimenti che preparano i fenomeni di rigetto, di marginalizzazione esistenziale e di trascuratezza assistenziale.

In questa prospettiva operativa viene ad assumere un ruolo di primo piano la figura professionale del mediatore linguistico-culturale. La comunicazione tra medico e paziente straniero è infatti caratterizzata dal fatto che i due soggetti principali della comunicazione appartengono a culture diverse e questa particolarità è una barriera con cui bisogna fare attrito se si vuole produrre comunicazione. Il mediatore linguistico-culturale si pone come "terzo" facendo da ponte tra i diversi codici del medico e del paziente.



Mediatore

L'esperienza della migrazione è condizionata in modo determinante dall'atteggiamento del paese ospite, ovvero dalla sua politica in materia di accoglienza, di controllo dei flussi e di integrazione dei cittadini stranieri immigrati.

In Italia il discorso sull'immigrazione è da sempre legato all'emergenza. Questo fa sì che l'immagine dominante sia ancora quella dell'immigrato come emarginato, non integrato e precario. Per generalizzare viene enfatizzata la differenza, l'estraneità, la potenzialità di minaccia.

Ciò nasconde, ma anche assimila la maggioranza che silenziosamente procede in solidi percorsi di integrazione. C'è una sorta di frattura tra l'immagine pubblica (condizionata dai media) e la realtà quotidiana dell'immigrazione. A fronte di un processo diffuso di integrazione (difficile e a volte doloroso) persiste sul conto dell'immigrato un immaginario di precarietà e marginalità. Questo anche grazie ad una politica sull'immigrazione che per molti anni non ha tenuto realmente conto degli immigrati. Se prendiamo per esempio il D:L: 489 del '95, appare evidente che il dibattito che l'ha preceduto è gravitato attorno a due polarità: espulsioni (sostenute dalla destra) e sanatoria (sostenuta dalla sinistra e dal mondo cattolico).

In particolare nel '95 appariva evidente l'urgenza che il governo aveva di aggregare parte dell'opposizione sull'approvazione della finanziaria. Perciò da una parte si è fatto un uso strumentale delle problematiche emergenti subordinate agli equilibri politici e alle esigenze di consenso sociale, mantenendo in realtà un'ambiguità di fondo che certo non ha contribuito a modificare primitivi comportamenti diffidenti da parte della comunità.

Così, in un mondo in via di rapida creolizzazione come il nostro l'immigrazione è ancora, in fondo, l'intrusione di minoranze esterne nel territorio di una società locale che ha diritto di precedenza su quel territorio. Questa ha interesse a elaborare il fenomeno come intrusione e perciò ad imporre un'interpretazione della nuova presenza come pericolosa.

Vengono così a costituirsi comportamenti ed azioni collettive non sempre conscie che tendono a perpetuare l'alterità dell'immigrato ed a ricordargli che è pur sempre un ospite i cui diritti sono subordinati a quelli dei padroni di casa.

Per questo i veri percorsi di integrazione sono quelli silenziosi e individuali, quasi clandestini, che progressivamente si staccano dall'immaginario collettivo (immigrato = pericoloso) e si fondono nel tessuto locale del micro contesto sociale (anche se ancora per generazioni dovranno tollerare il senso di precarietà dell'ospite).

Questa, diciamo, atmosfera che circonda e permea l'esperienza soggettiva della migrazione (almeno in Italia) è una variabile dunque di grande importanza che dà ragione della oggettiva difficoltà di contatto tra il paziente\ utente straniero e i servizi socio-sanitari e che comunque pesa nella relazione terapeutica.

Non solo per comprendere, ma anche per agire correttamente occorre tener conto del contesto culturale del paziente da un lato e della condizione peculiare di vulnerabilità in cui si trova come soggetto sociale dall'altro. Questo è tanto più vero per quei pazienti che portano una sofferenza psichica in cui il senso di estraneità si fa più forte e richiama una diffidenza di fondo rispetto, per esempio, agli stessi servizi che sono, appunto, espressi dalla cultura dominante e, da questo punto di vista autoreferenziali.

LA SITUAZIONE DI MILANO

A Milano, alla fine del '96 c'erano oltre 50.000 residenti stranieri provenienti da paesi in via di sviluppo. A questa cifra si aggiungono gli immigrati in possesso di permesso di soggiorno temporaneo e i clandestini (dati del Comune di Milano). Anche solo quantitativamente si tratta di un'importante fetta di popolazione per la quale il rischio di insorgenza o slatentizzazione di disturbi psicopatologici è probabilmente più alto rispetto alla popolazione autoctona. Tale rischio è implicito in ogni fase del processo migratorio che, come abbiamo visto, è fattore di stress e forte istanza di adattamento, ma è pure implicito nell'incontro di mondi culturali differenti quando uno è dominante. Le manifestazioni di disagio psichico assumono forme diverse in relazione alla cultura di appartenenza ed anche al grado di integrazione. D'altra parte il polimorfismo, sia etnico culturale sia relativo alle motivazioni e alle modalità della migrazione rappresenta una peculiarità del fenomeno migratorio in Italia e costituisce una pesante ipoteca che grava su qualsiasi iniziativa per la salute mentale degli stranieri. Le conoscenze circa il bisogno di salute degli immigrati, in particolare quelli appartenenti alla seconda generazione, sono tuttora molto frammentarie.

Ma se, per vari motivi, la richiesta diretta di presa in carico presso i servizi psichiatrici è assai bassa sono invece in aumento gli interventi ed i ricoveri urgenti per disturbi psichici ed anomalie del comportamento presso i pronto soccorsi e gli SPDC degli ospedali milanesi. A fronte, per esempio dei circa 200 ricoveri nel '97 presso i reparti psichiatrici di Niguarda per un totale di 1520 giornate di ricovero, anche quando si tratta di cittadini stranieri regolarmente residenti si è verificato che è molto basso l'indice di fruizione dei servizi territoriali. Sembra che il disagio psichico resti invisibile finché non raggiunge la soglia del controllo sociale (in effetti molti ricoveri avvengono con l'intervento della polizia).

Inoltre da alcuni osservatori privilegiati come l'Ufficio stranieri del Comune di Milano o i centri di prima accoglienza giungono segnali preoccupati dagli operatori che, sempre più spesso, si confrontano con problemi psichici e di comportamento anche importanti. Il carcere minorile

Beccaria ha una popolazione detenuta composta da adolescenti (maghrebini, slavi ecc) per circa il 50%.

Attualmente, dunque, il disagio psichico della popolazione straniera non trova risposta adeguata nell'ambito delle abituali attività delle UOP e dei Dipartimenti di salute mentale ma il crescente ricorso al pronto intervento tramite i P:S: psichiatrici è certamente indicatore di una domanda, ancorchè implicita di intervento.

IPOTESI DI LAVORO

Da quanto detto finora appare evidente che, volendo predisporre i servizi territoriali ad accogliere e prendere in carico pazienti immigrati non è sufficiente una semplice dichiarazione o un aumento della recettività senza tener conto della specificità di questa tipologia di pazienti. E' pur vero che, trattandosi di un fenomeno relativamente nuovo non esistono strumenti codificati. Non si può che porsi in una prospettiva sperimentale che, a partire dalla nostra cultura di psichiatria di comunità, il modello psicosociale ne tenti una declinazione in chiave transculturale per verificarne la congruità nel trattamento di pazienti stranieri. E questa è una sfida per le capacità di adattamento dei servizi pubblici alla realtà in costante cambiamento.

Ma cosa significa questo quando non si hanno a disposizione, come spesso accade, risorse necessarie come tempo da dedicare, mediatori linguistico culturali, formazione specifica?

Rispetto ai due assi precedentemente individuati, quello intrapsichico condizionato dalla cultura di appartenenza e quello, diciamo, sociale, la prima azione del medico o dell'operatore che entra in contatto con il paziente sarà quella di costruire uno "spazio" per l'incontro che è già un primo momento di negoziazione. L'obiettivo è quello di consentire al paziente di raccontare e di ricostruire la sua storia e, tenendo l'attenzione ai sintomi sullo sfondo, cercare di aiutarlo a ricontestualizzarsi (in questa fase è sempre importante avvalersi dell'apporto, ove possibile, della famiglia, amici, conoscenti dello stesso gruppo etnico). L'atteggiamento negoziale, sia detto per inciso, serve per compensare in parte il gap tra medico e paziente determinato dalla cultura dominante cui appartiene il medico.

Ma già nella fase d'ascolto occorre esplorare l'asse sociale, infatti nella maggioranza dei casi il vissuto del paziente è condizionato anche dalle problematiche insite nel suo essere immigrato (a prescindere dalla fase in cui si trova) : problemi economici, di "disorientamento", di rapporti con le istituzioni e altri che non possono essere ignorati pena una visione molto parziale ed insufficiente della complessità del problema.

Perciò è necessario prendere contatto, entrare in rete con le agenzie che normalmente interagiscono con gli immigrati. Queste sono, innanzitutto, fonti preziose di informazione e formazione sui contesti e sui vissuti del multiforme mondo degli immigrati. I centri di accoglienza, l'Ufficio stranieri del Comune, aree del privato sociale sono dei nodi, degli scambi che vedono passare gran parte degli stranieri seguendoli fin dai difficili momenti iniziali.

Per altri versi, altri riferimenti, sebbene più difficili, possono essere cercati presso i rappresentanti ufficiali o carismatici delle comunità etniche. Questo a Milano è difficile per la diffusa frammentazione, a parte alcune eccezioni, dei vari gruppi etnici ma sarebbe importante poterlo fare. In molti paesi esiste una grande capacità di farsi carico della famiglia\clan rispetto alla malattia in generale e al disturbo mentale in particolare, mostrando notevoli risorse di "cura".

In una prospettiva operativa tutte queste diverse agenzie possono configurarsi come nodi di una rete. Il modello di presa in carico diviene, in un certo senso, multicentrico, articolato cioè contemporaneamente su più servizi funzionalmente integrati.

D'altra parte, realisticamente parlando, è una necessità perché di fatto un singolo servizio non ha le risorse sufficienti per trattare realtà così complesse: storie dove si intersecano, appunto, differenze, bisogni, aspettative che non sono più di tanto generalizzabili e che essendo fondamentalmente interdipendenti, non possono essere affrontate con successo in modo frammentario.

In realtà, come si vede un serio approccio alle problematiche poste dall'utenza straniera porta comunque ad implementare modelli di presa in carico efficaci anche per gli utenti autoctoni, innescando, possibilmente, circoli virtuosi della qualità dei servizi.

Alcune esperienze in questo senso, che chiamerei di etnopsichiatria applicata, si svolgono da alcuni mesi presso un centro psichiatrico territoriale di Milano. Il Centro psicosociale della zona 11 (città studi).

Sulla base di alcune osservazioni che registravano da tempo un aumento delle prestazioni in pronto soccorso su pazienti immigrati che ricorrevano ripetutamente alla guardia psichiatrica e anche al ricovero in SPDC, è nata l'esigenza di approfondire la conoscenza del fenomeno.

I primi contatti con l'Ufficio stranieri del Comune hanno confermato la percezione di un vasto disagio psichico, per lo più sommerso tra la popolazione immigrata.

Intorno ad un tavolo del CPS si sono riuniti operatori dell'Ufficio stranieri e dell'Ufficio giovani del Comune, della cooperativa di mediazione linguistico-culturale Kantara, della Caritas Ambrosiana per studiare ipotesi di lavoro integrato da sperimentare su alcuni casi clinici.

Ne è emerso una sorta di protocollo operativo che consente di attivare progetti complessivi sui singoli pazienti considerando le diverse variabili in gioco. Ogni punto della rete può attivare uno o più altri punti partendo comunque da una fase iniziale comune di ascolto e individuazione di priorità di bisogni.

Si formano tra gli operatori dei servizi coinvolti dei gruppi di lavoro trasversali che si coordinano attraverso incontri periodici che fra l'altro diventano momenti di autoformazione.

Per fare un esempio, J.O. ha 23 anni, tre anni fa è arrivato in Italia dallo Sri Lanka appoggiandosi al fratello ormai da molti anni stabile, con famiglia e ben integrato.

J. ha molte aspettative ma, come sempre, prima di tutto arrivano le frustrazioni. Non ha terminato la scuola secondaria, non trova lavoro, è economicamente dipendente dal fratello.

Frequenta un gruppo di giovani del suo paese che si ritrova in centro. Da tempo è un po' depresso ma non lo può mostrare perché teme di essere allontanato dal gruppo. Comincia a bere sempre più spesso e ad avere comportamenti aggressivi, passa spesso fuori buona parte della notte. In questo caso il gruppo etnico di appartenenza non funziona tanto da supporto ma, piuttosto da cassa di risonanza di un rapporto ambivalente con la cultura ospite da cui il paziente si sente sedotto ma anche escluso. I suoi ritmi si modificano, dorme di giorno creando tensione nella famiglia del fratello.

Inizia un'escalation che si conclude con una buffe delirante e conseguente ricovero in stato di agitazione presso il SPDC di Niguarda. Si rimette nel giro di pochi giorni e viene inviato al CPS.

Il paziente parla un italiano molto stentato così viene subito chiesto l'intervento del fratello che supplirà in parte la mancanza di un mediatore linguistico-culturale.

Si dedica un primo momento all'ascolto della storia di J. Cercando di stabilire un buon rapporto con il paziente che è molto sospettoso. In seguito si interviene sulla terapia farmacologica riducendo le dosi e si inizia una mediazione con la famiglia del fratello restia a riaccoglierlo.

Contemporaneamente si programma di parlare con l'Ufficio stranieri che ha alcune risorse per promuovere percorsi di inserimento lavorativo.

Sempre tramite il fratello si recuperano alcuni degli amici che si offrono di supportarlo in questa fase.

Il programma è tuttora in corso.

LA CURA PSICHIATRICA DEL PAZIENTE MIGRANTE: UNA SFIDA FATICOSA, MA STIMOLANTE.**

***Vanna Berlincioni - Psicoterapeuta, psicoanalista SPI
Ricercatrice presso la cattedra di psichiatria Laboratorio di
psichiatria, cultura e ambiente – Università degli Studi di Pavia***

La psichiatria si è variamente occupata delle conseguenze psicopatologiche delle esperienze migratorie interne dei lavoratori italiani e dei loro familiari, soprattutto nella prima metà del '900. I paesi e le culture lontane, con le loro specifiche malattie psichiche e i relativi sistemi di cura, erano invece conosciute solo da una minoranza di psichiatri con interessi antropologici culturali. Inoltre fino a qualche tempo fa la maggioranza delle persone nasceva, viveva e moriva negli stessi luoghi. Solo pochi, i più ardimentosi o semplicemente i più ricchi e privilegiati, conoscevano usi e costumi del resto del mondo. Al giorno d'oggi il contatto con culture estranee, è alla portata di tutti: sia per una maggiore mobilità della popolazione per motivi di lavoro o svago, sia per il flusso migratorio che conduce da noi numerosi stranieri.

La psichiatria e la psicoterapia non possono assolutamente ignorare il cambiamento culturale e sociale che così si produce e sono costrette ad adeguare i propri metodi e strumenti conoscitivi e terapeutici ad una realtà divenuta "diversa" e in rapida trasformazione. Del resto, uscire dalle consuetudini, "dalla conoscenza quotidiana, sperimentare il nuovo o anche lo straordinario e riportarlo poi nell'ambito della realtà conoscitiva ordinaria, è una sfida faticosa, ma stimolante", (Turra, 2000). Il "nostro" psicotico e lo straniero, da questo punto di vista, presentano per lo psichiatra qualche analogia: entrambi ci forzano ad accettare e valorizzare i modi diversi dal nostro di intendere la realtà, i rapporti fra le persone e quindi la cura. E a ripensare radicalmente i nostri modelli interpretativi e terapeutici. In altri termini occorre riuscire ad apprendere dai "saperi locali" ed esotici di cui certi pazienti sono portatori. Quando esaminati attentamente e non squalificati a priori, come spesso è accaduto, presentano un senso proprio e una loro funzionalità, coerenza ed efficacia.

L'interesse per questa area problematica mi deriva da un certo modo di intendere la psichiatria, così come l'ho appresa nella scuola pavese, che ha sempre avuto attenzione per gli aspetti culturali e ambientali, per gli elementi di contesto, magari vicini, ma culturalmente distanti e che si confrontano con quel dispositivo culturale speciale che è l'operare psichiatrico stesso.

L'antropologia culturale e la psichiatria transculturale ricordano allo psichiatra che egli opera solidalmente al quadro culturale, istituzionale e sociale a cui appartiene; portano l'attenzione sul fatto che esistono diversi livelli di realtà che la sua posizione, o il suo punto di vista professionale tendono a mascherare o a non prendere adeguatamente in considerazione. Sottolineare quindi il rapporto profondo che esiste tra la cultura e la prassi psichiatrica che essa esprime, significa aprire degli utili interrogativi sui presupposti del lavoro clinico e dell'elaborazione concettuale ad essi connessa (Petrella, 1999). Questo modo di intendere la psichiatria, renderebbe discutibile il concetto di etnopsichiatria e superfluo l'uso dell'aggettivo "culturale" per definire un certo tipo di psichiatria e stabilire una sua specificità, aspetto del resto discusso da più autori (Nathan, Beneduce, Coppo): la psichiatria transculturale dunque, sarebbe sempre una psichiatria per quanto esportata altrove, mentre l'etnopsichiatria rivendica una sua scientificità specifica perchè, considerando tutti i sistemi terapeutici senza esclusioni né gerarchia, si propone di descriverli, estraendo da essi la razionalità

che li distingue, e valorizzandone il carattere necessario e la validità, all'interno di una specifica comunità etnica, religiosa o sociale (Nathan, 1999).

Ma l'attenzione a questi temi nasce anche dalla mia pratica psicoanalitica: uno psicoanalista dovrebbe infatti maturare una certa dimestichezza con quel "pensiero diverso" che è la modalità inconscia del pensare, vera e propria lingua straniera con cui è necessario familiarizzarsi per attivare un processo comunicativo. "Il confronto con l'altro in quanto estraneo al proprio mondo promuove il contatto con lo straniero che vive in ognuno di noi" e viceversa (Algini, Lugones, 1999). Musatti (1976) già 25 anni fa, scriveva che "gli analisti sono come gli emigranti che nel paese ospite continuano a parlare la propria lingua, ma mista alla lingua del paese. Quando tornano in patria non sanno più parlare la loro lingua, oppure la parlano, ma con altro accento".

Questo scambio, questa fecondazione reciproca, questa "mutua transculturazione" mi sembrano alcuni degli aspetti più interessanti e originali della nostra epoca e della nuova psichiatria. In questa direzione mi sembra vadano le riflessioni di Fabietti (2000), quando auspica la necessità di "produrre nuove 'rappresentazioni etnografiche' non più legate alla sovrapposizione delle identità alle culture e di queste ultime a territori circoscritti"...stante che la vita di coloro che studiamo/curiamo "non è più quella vissuta esclusivamente in 'seno alla tradizione'". La "reciprocità costitutiva" che si va sviluppando, è evidenziabile nel nostro operare "(etno)psichiatrico" quando tentiamo di penetrare nell'universo culturale del soggetto e di intendere il suo disturbo a partire da elementi a lui più familiari (Beneduce, 1998). Certo, nel caso di persone culturalmente troppo lontane il rischio è di non conoscere adeguatamente i loro sistemi di cura, nel caso di soggetti che appartengono al nostro stesso sistema culturale, il rischio è quello di non considerare sufficientemente questi aspetti perché ne siamo troppo coinvolti (Petrella, 1999). Cosa significa allora per lo psichiatra confrontarsi con la "diversità" culturale? Quali difficoltà nascono dalla complessità delle situazioni personali, relazionali, istituzionali in cui ci troviamo immersi nell'incontro con lo straniero? Penso che la nostra pratica terapeutica possa restare fondata sull'accoglienza e l'ascolto, ma, per poter decodificare la domanda ed individuare i bisogni del paziente, non possiamo contare sui soliti parametri di riferimento e basarci sulla consueta fiducia interpretativa. In questo contesto, i malintesi, i fraintendimenti, le incomprensioni, sono frequenti. Di qui la necessità di cogliere le indicazioni che il paziente ci dà nel guidarci nella sua terapia. Apprendere dall'esperienza, dunque e non solo dalla dottrina. Parafrasando F. Scotti (1999) che si riferisce allo psicosi e allo psicotico, potremmo dire: approfondire il discorso sull'esperienza migratoria alla scuola del migrante (piuttosto che alla scuola della propria supposta normalità o superiorità), al di là di ogni idealizzazione o elogio di maniera dello "straniero" in quanto tale. Dal punto di vista dell'apprendere sul campo, l'esperienza di Nathan è esemplare.

Non so se il bisogno di dare un senso e comprendere le esperienze in cui siamo coinvolti, vadano considerati come esigenze comuni a tutti gli esseri umani e nella medesima misura, o se, come afferma Galimberti (2000), il bisogno di attribuire un senso all'esistenza appartenga solo all'antropologia giudaico-cristiana; tuttavia il rispetto, la simpatia, l'impegno conoscitivo, l'alleanza terapeutica, mi sembrano esigenze irrinunciabili di un buon rapporto terapeutico e quindi anche del contatto con "pazienti" stranieri. D'altra parte, come ci ricorda T. Nathan, l'incontro con l'altro è sempre traumatico e contiene in sé una dimensione tragica. L'altro interroga la nostra unicità, emergendo dallo sfondo dell'unità duale come estraneo angoscioso (il riferimento qui è a Spitz). L'aspetto tragico risuona nella conflittualità radicale espressa nell' "homo homini lupus" a partire dalla penuria e dal bisogno di sicurezza primitivo, dell'orda direbbe la psicoanalisi, rappresentato dalla necessità di cibarsi, di avere un proprio territorio, le donne con cui procreare e, oggi, il lavoro, la casa ecc.

La situazione si complica ulteriormente se pensiamo che le nozioni di persona, identità, autonomia, cura, l'idea di relazioni tra i sessi, di coppia, di famiglia, di gruppo sociale, a partire dalle quali si sono strutturati i modelli e le tecniche della psicoterapia occidentale, si rivelano poco utili e scarsamente maneggevoli quando la domanda di cura proviene da soggetti che si riferiscono ad altri modelli terapeutici. Persone cresciute con un'altra concezione dell'individuo, del valore della

soggettività e della collettività (Beneduce, 1998). “I pazienti provenienti da culture non occidentali non riescono a ...pensare se non nel quadro di ‘teorie eziologiche’ cosiddette ‘tradizionali’ - scrive Tobie Nathan (1993). A volte d’altra parte, è proprio il paziente straniero che ci sembra più occidentale di noi, e ci rimanda, filtrato dalla sua cultura e dalle sue aspettative, l’immagine dell’intervento che stiamo facendo su di lui, mettendone a volte in luce le contraddizioni o i limiti. Se cerchiamo di immaginare noi stessi in una situazione speculare, probabilmente proveremmo altrettanto, se non superiore disagio, dovendoci sottoporre ad una terapia tradizionale. Sempre che questo riesca possibile, proprio in virtù delle differenze culturali, siamo comunque sempre portati a considerare il nostro sistema di cura come quello migliore, più vero, più efficace. E qualche volta anche i nostri pazienti risentono di questa pregiudiziale presunta superiorità del sapere occidentale (che è poi il pregiudizio della “scienza” rispetto ai saperi tradizionali). Questa affermazione richiede tuttavia una precisazione: infatti un conto è la scienza con i suoi valori di razionalità tendenziale, e un conto sono i saperi mistico-magici presenti nella scienza stessa. Un conto è lo scientismo riduzionistico, e un altro è riconoscere i valori del “mondo magico”, la sua coerenza culturale ed efficacia relativa. E’ un rischio temibile comunque che i saperi tradizionali possano essere marginalizzati senza comprensione, si possano perdere a favore della diffusione di marca colonialista, di una psichiatria di tipo occidentale o possano convivere con stridore gli uni accanto agli altri. Ricordo a titolo di esempio i curanderos andini, che continueranno ad operare finchè esisterà una società tradizionale, cioè finchè si manterranno le tradizioni che l’hanno plasmata e la sostengono. Ma destinati a scomparire nel millennio della “globalizzazione” in cui la cultura egemone americana, neoliberista imporrà la sua economia, lingua, tecnologia e cultura (Polia, 2000).

Vorrei ora riferirmi alla mia esperienza clinica con gli emigrati: da alcuni anni la Sezione di Psichiatria del Dipartimento universitario a cui afferiamo svolge un’attività di ricerca nell’ambito della psichiatria transculturale. Da circa tre anni è stato attivato, all’interno dell’ambulatorio territoriale dell’ASL, diretto da F. Petrella, un gruppo di assistenza ad extracomunitari che ci vengono inviati o dal Servizio di diagnosi e cura del Policlinico S. Matteo di Pavia dopo un ricovero, o da altre agenzie presenti sul territorio.

Fin dall’inizio di questa attività rapidamente emerse la necessità di avere un’idea, il più precisa possibile, dell’entità del fenomeno migratorio presente sul nostro territorio. Dal lavoro di ricerca (Berlincioni V., Nichini C., Loconte M. et al.) finora effettuato abbiamo rilevato una presenza di stranieri nel territorio pavese, certo non altrettanto massiccia rispetto a quella esistente nelle più grandi città italiane. Nel 1997 limitandosi alla popolazione regolarmente registrata, ovvero ai residenti nel comprensorio territoriale dell’azienda sanitaria locale abbiamo rilevato 1768 stranieri, la maggior parte dei quali di sesso maschile.

Il dato è necessariamente approssimato per difetto non essendo stato possibile valutare né le persone non residenti, ma in possesso di regolare permesso di soggiorno, né tanto meno gli stranieri in condizioni di clandestinità. Al 31/12/97 secondo la Questura di Pavia il numero complessivo di stranieri regolari nella Provincia di Pavia erano 4784, dato più o meno sovrapponibile a quello derivante dalle rilevazioni effettuate dal Ministero dell’Interno nell’aprile ’98 (gli stranieri presenti nella provincia di Pavia dotati di residenza o di permesso di soggiorno erano allora poco più di 4000). Secondo dati rilevati ed elaborati dall’ASL pavese al marzo ‘99 gli stranieri residenti erano poco meno di 7000, su un totale di circa 500.000 unità. Se a questi si aggiungono gli stranieri che richiesero il permesso di soggiorno a sanatoria il numero complessivo sale a 9193 unità (C. Fratti, 1999). I dati dei tre anni non sono confrontabili, essendo stati rilevati su territori non esattamente sovrapponibili, tuttavia ad una grossolana valutazione si evince che il fenomeno è in costante progressivo aumento, anche sul nostro territorio.

Le presenze numericamente più significative riguardano il Nord Africa, l'Europa dell'est e, se escludiamo i paesi che fanno parte della CEE, l'Africa centro meridionale e il Sud America³.

L'intervento cosiddetto etnopsichiatrico in cui ci stiamo impegnando, può essere inteso come una pratica volta a ristabilire connessioni e legami e costruire nel presente una nuova storia, memorie comuni, una nuova territorializzazione, marcature di appartenenza, avendo tali persone perduto i testimoni del proprio passato e i legami con il proprio contesto sociale. I tentativi e gli sforzi del gruppo terapeutico mirano a contenere e contrastare quella "crisi della presenza" (De Martino) generatrice di angoscia legata alla perdita delle memorie specifiche personali e collettive (Bodei) Il disagio dell'immigrato spesso nasce proprio dal trovarsi sospeso tra due mondi culturali diversi, tra cultura di origine e cultura di accoglienza, tra lingua materna e lingua sociale, tra modernità e tradizione.

Secondo un'eziologia tradizionale la malattia è suscitata da esseri soprannaturali che si impadroniscono del corpo e del funzionamento psichico della persona, allo scopo di ottenere qualcosa dagli esseri umani: un'offerta, un sacrificio, una atto di devozione e di rispetto verso un antenato dimenticato o trascurato per esempio attraverso l'attribuzione ad un nuovo nato nella famiglia, del nome di tale antenato. Tutto questo è invece denominato e modellizzato diversamente nella cultura occidentale, secondo le categorie nosografiche della psichiatria.

Nella nostra esperienza il lavoro grupale viene privilegiato sia nel primo incontro che nella successiva presa in carico, sebbene ci siano occasioni in cui il paziente viene esaminato singolarmente, meglio se in presenza di un mediatore linguistico e culturale, e seguito individualmente.

Secondo la consuetudine della psichiatria occidentale, l'incontro terapeutico tra medico e paziente avviene tipicamente in una dimensione duale in cui il soggetto si sente generalmente più protetto e rispettato nella sua intimità. Quando si propone ad un paziente nostrano una terapia di gruppo, spesso la prima reazione è di disagio e di diffidenza, come se fosse richiesto un certo sforzo per riuscire ad esprimere, in un contesto più allargato, i propri problemi e il proprio disagio.

Secondo quanto viene teorizzato da Nathan (1993), in altre culture la dimensione del gruppo, del clan è invece molto più familiare e spontanea; il gruppo ha:

- funzioni statiche
- funzioni dinamiche

Funzione statiche. Il gruppo 1) ricorda l'assemblea dei paesi arabi (gema'a) o le chiacchiere africane nella piazza del villaggio. 2) "media la relazione tra il terapeuta principale e il paziente

Questa raccolta di dati ci ha posto difficoltà notevoli innanzitutto per l'impossibilità di ottenere valori numericamente attendibili, visto il fenomeno della clandestinità ed irregolarità giuridica, che caratterizza buona parte della popolazione immigrata; gli enti più accreditati di questo tipo di ricerca quantificano gli irregolari in una percentuale del 25-40% dei regolari. Inoltre il censimento è complicato dalla elevata mobilità di queste persone e da situazioni contingenti legate a lavori stagionali o a eventi politici (per es. lo zuccherificio di Casei Gerola o l'emigrazione dalla ex Jugoslavia e dall'Albania).

Dopo una valutazione delle prestazioni sanitarie richieste da questa popolazione abbiamo rilevato che se si escludono gli esami di laboratorio e radiodiagnostici, le maggiori richieste di intervento sono state quelle in ambito ostetrico e ginecologico, mentre gli interventi psichiatrici sono stati relativamente scarsi. Quindi benchè la popolazione femminile sia meno numerosa di quella maschile, la richiesta di assistenza è stata significativa. (di 219 ricoveri registrati nel 1997 nelle strutture sanitarie pubbliche dell'ASL di Pavia relativa ai residenti immigrati 76 riguardavano gli uomini e 143 le donne). Da qui due ordini di considerazioni: da una parte la difficoltà almeno per il momento di studiare la popolazione in senso complessivo visti gli ostacoli di tipo burocratico e di registrazione, dall'altra dunque la necessità di rivolgersi a situazioni più specifiche. Per quanto riguarda la psichiatria in questi anni abbiamo visto una trentina di pazienti per un totale di circa 145 visite. La maggior parte dei pazienti proveniva dal Nord Africa seguito dall'est europeo e dal Sud America. Una valutazione più dettagliata di questi primi anni di attività dell'ambulatorio etnopsichiatrico della tipologia di pazienti e della durata della presa in carico, confrontata con l'accesso degli immigrati all'ambulatorio negli anni precedenti è tuttora in corso.

lasciando che le eziologie tradizionali si svolgano fino all'evocazione della vita privata e profonda del soggetto...Esse sono formulabili solo in gruppo”.

Funzioni dinamiche. Il gruppo 1) permette un discorso sul paziente che non lo fissa in una rappresentazione univoca di tipo diagnostico, ma consente uno svolgimento caleidoscopico delle interpretazioni, facendole circolare e mettendole a disposizione del paziente affinché egli possa sviluppare le sue associazioni di idee e giungere a decisive elaborazioni intrapsichiche.

2) assicura una funzione di sostegno psichico e culturale.

3) decostruisce, come un “oggetto attivo”, la rappresentazione che il paziente desidera offrire del proprio disturbo, come se ogni terapeuta si impossessasse di un frammento dei problemi espressi dal paziente e li elaborasse per proprio conto davanti a lui. Quando il terapeuta principale formula la sua proposta, il paziente si vede presentare una riorganizzazione dei propri elementi strutturali a partire dall'esperienza vissuta in gruppo.

Infine il gruppo sottrae l'individuo alla propria solitudine e lo rende partecipe di una costruzione collettiva, eletta dalla famiglia, dal villaggio, dall'intero gruppo etnico e in questo caso dal gruppo terapeutico.

Da qui si rende evidente come sia indispensabile ai fini dell'applicazione di questa tecnica la presenza dei cosiddetti mediatori culturali, coterapeuti professionisti, medici, psichiatri, psicologi, in genere di formazione psicoanalitica, ma di diversa origine culturale. Costoro non hanno solo la funzione di traduttori della lingua o del dialetto del paziente, ma sono veri e propri interpreti della cultura di appartenenza del soggetto.

Fin qui Tobie Nathan, la cui esperienza al Centre Devereux, da anni organizzato per l'assistenza agli emigrati, è ormai nota a tutti. Nel nostro ambulatorio, inserito in un contesto sociale e culturale ancora del tutto impreparato ad affrontare l'emergenza migratoria, i problemi sono molteplici: innanzitutto i pazienti che si presentano al servizio spesso parlano poco l'italiano o lo hanno comunque imparato qui e da non molto. Non possiamo contare sul fatto che i pazienti abbiano appreso precedentemente la nostra lingua nel loro paese di origine come più facilmente avviene per il francese. Inoltre non possiamo contare, almeno al momento, su mediatori culturali stabilmente a nostra disposizione. Finora ci siamo avvalsi di volontari o di collaborazioni saltuarie, col risultato che il lavoro risulta spesso frammentario a scapito della coesione del gruppo e dello sviluppo di una cultura comune.

Potremmo affermare dunque che in ambulatorio, all'atto della consultazione, la nostra condizione è speculare a quella del paziente: anche noi come terapeuti ci troviamo sospesi tra due universi culturali: quello della psichiatria e della psicoanalisi e quello, tutto da scoprire del mondo del paziente con cui non condividiamo credenze, lingua, abitudini e verso cui sentiamo spesso inadeguati e inefficaci i nostri strumenti.

Questo può produrre vari atteggiamenti: lo scoraggiamento derivato dal sentimento di impotenza, che a volte può indurre, se non a veri e propri agiti espulsivi, per lo meno a fantasticare di far tornare il paziente al suo paese di origine dove si immagina possa essere curato più adeguatamente; il desiderio di comprensione e di accoglimento che a volte spinge a sottovalutare le differenze in nome di un ecumenismo universalista; il tentativo, forse maggiormente realistico, di mediare tra la sensibilità del migrante e la nostra, tra i suoi riferimenti culturali e i nostri.

Caso clinico

Il caso clinico che descriverò, mi sembra esemplifici il nostro disagio nei confronti di regole familiari, sociali e culturali che ci sono estranee e che plasmano lo sviluppo dell'individuo all'interno della società di origine e lo sforzo di intenderle ed interagire con esse.

Il Sig. Mokhtar è un uomo sulla trentina, emigrato dalla Tunisia, in Italia da alcuni anni, sposato con una donna conterranea di 10 anni più giovane, che lui ha visto nascere, e alla quale è legato da

un rapporto di parentela: sono infatti primi cugini. Mokhtar fa il muratore e ci racconta che il suo principale è un uomo brusco e sbrigativo, che lo tratta duramente e che spesso mette a dura prova la sua pazienza. Ci viene inviato dal Servizio Psichiatrico dell'ospedale dopo un breve ricovero, in cui viene diagnosticato un episodio delirante con idee di riferimento: esse consistono nella convinzione che alla televisione si parla di lui come di un personaggio importante, chiamato a svolgere sulla terra una funzione di proselitismo, di diffusione della religione musulmana. Il "delirio" è accompagnato da "fenomeni allucinatori visivi" (così li denomina la psichiatria), una sorta di visioni oniriche e profetiche in cui egli vede una luce intensa e il sole, collegato alla terra attraverso la coda di una stella cometa: egli si sente pieno di energia, ma anche scosso da tremori, ed è convinto che Allah gli parli e gli chieda di essere buono e di diffondere il suo credo. Ha inoltre frequenti fenomeni di déjà vu et déjà vécu, come se, con una vivezza impressionante, gli si presentassero davanti agli occhi situazioni di vita già vissute in epoche remote, persone già conosciute, che hanno a che fare con una condizione di potere e di regalità. I prodromi di questi fenomeni sono rappresentati da una sorta di fischio che avverte nella testa e che può essere molto disturbante, nonché da una sensazione mista di eccitazione e di paura. E' inoltre pervaso da un senso di tristezza e, a volte, scoppia in crisi di pianto. Tutto questo gli dà la sensazione che "le cose non siano a posto" e lo spinge a chiedere a aiuto.

Da parecchio tempo Mokhtar e la moglie cercano di avere un figlio senza riuscirci: entrambi si sono sottoposti a tutti gli accertamenti necessari senza nessun esito patologico sul piano organico.

Nell'anamnesi due dati salienti: un padre molto autoritario e violento che lo puniva pressoché quotidianamente a suon di cinghiate; la morte del fratello maggiore primogenito in un incidente stradale avvenuta in Tunisia, dopo l'emigrazione di Mokhtar che è il secondogenito.

Da Mokhtar, che parla stentatamente l'italiano, mentre la moglie non lo parla per niente, apprendiamo che è molto religioso: i suoi atti quotidiani sono ispirati agli insegnamenti del Corano, ma non riesce a spiegarci compiutamente il significato che per lui assume la parola di Allah. Egli comunque interpreta tutto quanto gli accade come il segnale di una comunicazione tra sé e Dio. Il suo nome in arabo significa "cervello che sale, che si eleva". Di fronte alla condizione dura e problematica di emigrazione che ha comportato uno sradicamento e grosse difficoltà di integrazione, questa sorta di elezione divina consente a Mokhtar, il profeta, di elevarsi sugli altri esseri umani e di recuperare, attraverso questa sorta di possessione, il rapporto con la terra natia in una dimensione di prestigio e di regalità, essendo sottomesso solo al volere di Dio. Quando Allah "fa un fischio", egli è pronto a servirlo, ad obbedirgli in nome di una causa superiore, in una situazione che comunque non è del tutto condivisa dalla moglie (che veste all'occidentale e "non crede in certe cose", né tantomeno nei jinn- gli spiriti-) e dai familiari (i due fratelli e la cognata che vivono qui).

Nel gruppo terapeutico, a cui talvolta partecipa la moglie o qualche altro componente della famiglia, si apre un problema che riguarda i rapporti fra l'immigrato e i suoi familiari. Il nucleo familiare sembra sopravvivere a spese di un membro che si ammala. Egli diventa depositario delle tradizioni familiari, assumendo su di sé la lacerazione imposta dall'evento migratorio, la tensione generata dall'impatto con la diversità.

La complessità di queste dinamiche induce ad esplorare altri aspetti della relazione tra il gruppo di appartenenza e colui che emigra. Dopo la morte del fratello primogenito, Mokhtar concentra su di sé le aspettative del successo della scelta migratoria: la responsabilità della famiglia (anche di quella rimasta in patria), grava sulle sue spalle, nonostante la distanza. "Ambivalenze minacciose -scrive Beneduce (1998), si generano sempre intorno all'esperienza della separazione e della ricerca di autonomia che possono avere l'effetto di indebolire la forza del gruppo, le sue capacità riproduttive, l'identità. Le aspettative reciproche possono infatti essere disarmoniche o entrare in conflitto alimentando i timori del gruppo e le idee di abbandono e di morte che il gruppo spesso proietta su colui che si separa."

Specularmene, tra di noi da un lato si animano fantasie che propendono per ancorare i vissuti descritti da Mokhtar al concetto psicopatologico più familiare di delirio, che conduce alla proposta

di trattarlo come uno psicotico “nostrano”; dall’altro che la situazione sia solo un effetto del dissesto migratorio, o che la “patologia” si fondi su determinanti di carattere culturale. Sospendere temporaneamente il giudizio, tollerare l’incertezza, consente al gruppo di non attribuire precipitosamente un senso agli eventi e ad agire immediatamente una risposta, ma di cogliere innanzitutto la solitudine dell’“eletto” ed il suo bisogno di condivisione e di riconoscimento. Il gruppo terapeutico si compatta intorno a lui, accoglie le sue comunicazioni senza squalificarle, sostenendo il suo bisogno di mantenersi in contatto con “un mondo superiore” da cui trarre energia per dare un senso alla sua faticosa esistenza.

D’altra parte, per mitigare la paura indotta da questa spinta alienante, ci sembra che i nostri “oggetti farmaci”, qualcosa di concreto con valenze protettive e da talismano, possano aiutarlo a non perdere completamente i contatti con la realtà quotidiana: per esempio nel conservare il posto di lavoro, concreto elemento di sostentamento.

La terapia prescritta, un neurolettico e un antidepressivo viene consegnata al paziente con questa formula : una pillola serve “per non andare troppo su” e perdersi in un soprannaturale misterioso e ignoto; l’altra “per non andare troppo giù” e confrontarsi con una realtà troppo misera rispetto alle ambizioni e alle aspettative del paziente e del suo nucleo familiare.

La sterilità della coppia sembra d’altro canto connessa a questioni culturali e a problemi familiari rimasti irrisolti in patria: questo matrimonio era ostacolato dalla cognata (la moglie del fratello morto), invidiosa per la presunta fortuna di questa unione: nel Maghreb, come in molte società islamiche patrilineari, il matrimonio con il cugino parallelo paterno, sono unioni coniugali preferenziali. Un sospetto tutto da verificare, si genera nel gruppo: che l’impossibilità procreativa sia condizionata da elementi di carattere culturale che generano correnti affettive avverse. Inoltre il fratello primogenito, molto amato che faceva da punto di riferimento in patria e che poteva contrastare l’ostilità della cognata, è venuto improvvisamente a mancare. Egli torna a trovarlo in sogno lasciandogli una sensazione di struggente rimpianto e nostalgia, ma anche un sentimento di supporto e di consolazione. Gli prescriviamo, dunque, al ritorno in patria di fare un rituale commemorativo, secondo le usanze del suo paese, per il fratello morto, adempiendo così ad una mancanza, vissuta colpevolmente. La lontananza aveva infatti impedito alla coppia di partecipare al rito funebre.

Mokhtar ci appare dunque, forse ancor più della moglie, come sospeso al limite tra due monde culturali: da una parte il legame con la propria patria e famiglia i contatti con la quale vanno sfumando nella realtà, se non nel suo intimo; e dall’altra il mondo occidentale che gli appare ancora come troppo ostile e distante (per esempio nell’ambiente di lavoro).

Il paziente si trova ad affrontare una sorta di doppia assenza: da un lato quella dal mondo che è stato lasciato e che è raramente raggiungibile, se non con gli sporadici contatti telefonici; dall’altro l’assenza dal mondo in cui attualmente vive, in cui non può ancora completamente riconoscersi. Come un equilibrista rischia continuamente di cadere nel vuoto e il legame con Allah, la coda della cometa, il filo immaginario che lo lega alla sfera dei cieli, funziona come fune di salvataggio (Algini, 1999). Come scrive Bleger (1979), “la migrazione compromette la continuità di sé, l’organizzazione delle proprie identificazioni e dei propri ideali, la coerenza del modo personale di sentire, di agire, di pensare, l’affidabilità dei legami di appartenenza a un gruppo, l’efficacia del codice comune a tutti quelli che partecipano di una stessa socialità, di una stessa cultura”.

Il gruppo terapeutico vorrebbe pertanto a porsi come punto di contatto non persecutorio, ma benevolo, tra queste due scelte incompatibili; uno spazio intermedio, “spazio terzo” come lo chiama Z.K.S. Dahoun (1999), *Zwischenreich*⁴, che consente alla coppia di elaborare la crisi, aiutandola a staccarsi dalle origini senza rinnegarle, e a vivere, senza sensi di colpa, la separazione dal proprio paese e il nuovo futuro nel paese che li accoglie, “liberando le proprie capacità creative” e procreative. Viene proposta così una riaffiliazione positiva, che crea una continuità nella discontinuità dell’esperienza vitale, anche rispetto al problema della discendenza.

⁴ Regno intermedio: neologismo coniato da Freud per indicare la pulsione sessuale che getta un ponte tra corpo sessuato e psichismo.

Il senso di tutto ciò sembra essere recepito dal paziente nel momento in cui porta in regalo al gruppo un ricamo fatto a mano dalla moglie che rappresenta un mazzo di fiori incorniciato in un quadretto. La natura composita del mazzo di fiori rimanda al legame che si è costituito nel gruppo: il ricamo/lavoro del gruppo, è a sua volta contenuto in una cornice che fa da limite, arginando l'esperienza di spaesamento e di perdita di sé in uno spazio sconfinato. Un oggetto che evoca quel significato di scambio cui facevo riferimento all'inizio, e che rappresenta l'esperienza vissuta insieme nel gruppo. Un passaggio, un ponte che mette in rapporto due spazi eterogenei, aprendo una possibilità evolutiva di sviluppo. Fare il lutto di ciò che è stato perduto (la patria, la famiglia, il fratello morto) "permette di smettere di pensare che emigrare sia sempre da porsi sul versante della perdita e della decadenza: ogni passaggio di frontiera è addio e perdita, ma anche possibile guadagno di conoscenza di sé e degli altri e fonte di dinamismo" (Dahoun, 1999).

Bibliografia

- Algini M. L., Lugones M. (1999) Emigrare in Emigrazione e sofferenze d'identità (a cura di M. L. Algini e M. Lugones) Quaderni di Psicoterapia Infantile, 40, Borla, 1999.
- Bassani N., Fratti C., Coppola L., Aquino I. (1998) Gli stranieri nell' ASL di Pavia. Dati epidemiologici e Bisogni Sanitari.
- Beneduce R. (1998) *Frontiere dell'identità e della memoria*, Franco Angeli, Milano.
- Bleger J. (1979) *Psychanalyse du cadre psychanalytique*, in: *Crise, rupture et dépassement*, R. Kaes et coll. Dunod, Paris.
- Coppo P. (1999) *Depressione: una sindrome prodotta dalla cultura*, in: *La sfida dell'altro*, Marsilio, Venezia
- Dahoun Z. K. S. (1999) *La terza riva*, in Emigrazione e sofferenze d'identità (a cura di M. L. Algini e M. Lugones) Quaderni di Psicoterapia Infantile, 40, Borla, 1999.
- Fabietti U. (2000) *Mondi in movimento. Territori, cultura, identità*, *Adulità*, 11, aprile 2000.
- Galimberti U. (2000) *Modificazioni antropologiche dell'uomo occidentale nell'età della tecnica*. Relazione al Convegno di etnopsichiatria "Lo psichiatra e lo sciamano: la cura della mente tra "iatria" e "loghia", Castelfranco Veneto, 6-7 ottobre 2000.
- Musatti C. (1976) *Riflessioni sul pensiero psicoanalitico*, Boringhieri, Torino.
- Nathan T. (1993) *Principi di etnopsicoanalisi*, Boringhieri, Torino, 1996
- Nathan T. (1999) *Specificità dell'etnopsichiatria*, in: *La sfida dell'altro*, (a cura di M. Galzigna), Marsilio, Venezia.
- Petrella F. (1999) *L'atto clinico-terapeutico, tra psichiatria e antropologia culturale*, in: *La sfida dell'altro*, (a cura di M. Galzigna), Marsilio, Venezia.
- M. Polia (2000) *Il profilo culturale della medicina tradizionale andina*. Relazione al Convegno di etnopsichiatria "Lo psichiatra e lo sciamano: la cura della mente tra "iatria" e "loghia", Castelfranco Veneto, 6-7 ottobre 2000.
- Scotti F. (1999) *Psichiatria e psicoanalisi nella pratica di un servizio di salute mentale*. *Rivista di psicoanalisi*, XLV, 3, 1999.
- Turra M.V. (2000) *Il rapporto tra Ecologia, Psicoterapia e Salute Mentale, in una prospettiva transculturale*, *Ecology, Psychiatry and Mental Health*, 2/2000, 4-5

ESPERIENZE CLINICHE

François Fleury - Appartenances - Losanna

Ringrazio per l'invito offertomi dal NAGA di partecipare a questo convegno di etnopsichiatria e volevo parlare della mia esperienza in Svizzera.

Già nel '93 era stato fatto un incontro col NAGA sulle questioni dell'immigrazione. La vostra associazione si occupava di più del campo della salute mentale, io già mi occupavo di etnopsichiatria.

L'associazione "Appartenances" che io ho fondato con alcuni amici in Svizzera, è stata costruita con professionisti e non professionisti che si interessavano alla questione della migrazione.

Questa associazione ha un doppio obiettivo:

- **favorire l'autonomia e la qualità di vita dei migranti**

Con questa parola *migranti* si intende un gruppo di persone molto ampio che adesso costituisce tra il 20 e il 30% della popolazione delle città, il che è molto importante, all'interno del quale ci sono: richiedenti asilo, rifugiati politici, lavoratori immigrati, etc.

E' vero che questo campo dell'immigrazione è cambiato molto in seguito al cambiamento che c'è stato del tipo di immigrazione che è stata fatta in Europa: dall'immigrazione tradizionale per lavoro a una più legata agli eventi politici di alcuni paesi in cui è a rischio la sopravvivenza degli individui, i cui esiti possono costringere la gente a emigrare.

Però il nostro lavoro è proprio quello di utilizzare quante più risorse possibili per

- **promuovere l'incontro tra immigrati e la società che li accoglie**

Per noi è importante non solo promuovere la qualità di vita ma anche divulgare questo sapere a dei professionisti e allora facciamo una serie di interventi, corsi alla diversità e incontri con altre strutture dove avviene questa diffusione del sapere.

La nostra associazione si chiama "Appartenances" dalla parola *appartenere* perché secondo noi siamo differenti non solo per nazionalità e linguaggio ma anche per le diverse appartenenze. Ogni tanto può sorgere l'interesse di congiungere queste diverse appartenenze che ogni persona ha, per esempio l'appartenenza sportiva di una persona..

L'associazione è composta da diversi centri, siamo oggi una quarantina di persone.

Diciotto psicologi e psichiatri hanno costituito un **consultorio di terapia**; nel quale opera anche un gruppo di interpreti e mediatori culturali che vengono formati da noi.

Al momento ci sono circa 120 persone di diversa lingua

Adesso abbiamo promosso un network verso i sistemi ospedalieri attraverso il quale la nostra associazione dà all'istituzione la possibilità di usufruire di questi interpreti.

Ci sono, inoltre, due centri sociali. Il primo si chiama **Centro Donne** ed è un centro esclusivamente fatto per le donne nel senso che si è cercato di creare un luogo d'incontro di gruppo per donne giovani che hanno bambini, con la possibilità di fare corsi di francese e promuovere così

l'interculturalità. In questo centro non ci sono mediatori, l'incontro avviene solo tra le donne che cercano di capirsi tra loro.

Con il tempo ci siamo resi conto che c'era una necessità anche per gli uomini. Abbiamo scoperto che c'erano moltissimi immigrati emarginati all'interno delle comunità per disagi psicosomatici o situazioni di difficoltà.

E' nato, così, lo **Spazio Uomini**, costruito dagli stessi uomini, molti dei quali bosniaci. La cosa interessante è stata vedere come la costruzione della struttura sia stata di per sé motivo di soddisfazione e realizzazione per molte delle persone che vi hanno preso parte.

Il **Centro di prevenzione** è un centro organizzato da professionisti che si interessano di prevenzione di tipo comunitario e si preoccupano della formazione di promotori alla salute all'interno di comunità.

Il progetto è nazionale e fino ad ora sono stati formati più di 150 promotori che lavorano nelle comunità occupandosi di salute mentale e di possibilità.

Il progetto non è nato in Svizzera ma in Nicaragua., dove il direttore del nostro centro, neuropsichiatria infantile, aveva creato un network per un lavoro con i bambini vittime della guerra. Visto che in Nicaragua non c'erano professionisti per fare questo lavoro sul campo decise di organizzare una formazione ai non professionisti affinché avessero la capacità di prendere in carico questa problematica.

Da questa esperienza è nata una sistematizzazione dell'informazione e una metodologia che noi abbiamo ripreso.

Sono felice di sottolinearlo perché abbiamo sempre immagini del Nord che dà al Sud mentre in questo caso è il Sud che trasmette la sua sapienza al Nord.

Questo centro non è situato logisticamente a Losanna perché il lavoro è di rete e viene fatto da promotori e collaboratori che si trovano in varie comunità.

Abbiamo anche una **Biblioteca Interculturale** poiché cerchiamo di promuovere la lingua materna come materiale, non solo come lingua materna di famiglia ma anche come lingua materna di conoscenza.

Questo tipo di approccio è abbastanza recente. Ricordo, infatti, come all'inizio, negli anni '60, si diceva: " non si deve parlare la lingua materna", è stato detto anche per gli italiani in Svizzera, che non si doveva parlare italiano in famiglia perché era d'intralcio per l'apprendimento scolastico.

Poi si è cambiato discorso ed è stato detto: "dovete parlare la lingua materna all'interno della casa ma non di più".

Fortunatamente gli italiani hanno chiesto di poter avere corsi di lingua italiana in Svizzera, corsi che sono stati poi organizzati nelle ambasciate. Purtroppo solo le grandi comunità hanno diritto a questi corsi.

In Svizzera ci sono scuole di italiano, inglese e spagnolo costruite con i fondi dei paesi di origine. Invece per le altre comunità non c'è nulla.

E' importantissimo, dunque, cercare di promuovere un progetto pedagogico. Ad esempio, ci sono ora moltissimi bambini che torneranno in Bosnia o in Kosovo dopo essere rimasti per cinque o sei anni nel mezzo, nel senso che sono arrivati in Svizzera, hanno imparato il francese, sono entrati nelle scuole, hanno appreso delle capacità scolastiche e adesso che devono ritornare non hanno sviluppato il loro sapere e il linguaggio materno. In questi casi, ad esempio, sarebbe molto utile oltre alla conoscenza di un linguaggio "familiare" anche quella di uno "comunitario".

Nella comunità islamica o afghana manca anche la "struttura" che vuol dire l'impossibilità di leggere la propria lingua.

Per questo motivo per noi è molto importante l'idea della Biblioteca Interculturale che consente di lavorare molto anche sulla lingua.

Questo è il primo passo per spiegarvi qual è l'ambito nel quale lavoro. Ora vorrei parlarvi del lavoro che svolgiamo presso il consultorio di terapia.

A Losanna riceviamo, attualmente, ogni settimana, più o meno, 10-15 domande di aiuto psicologico. Siamo in diciotto, di cui cinque o sei psicologi, ma non riusciamo a seguire tutte le domande.

In questi giorni ci stiamo chiedendo come fare per aiutare le persone che richiedono un supporto ad essere consapevoli e competenti nel fare la domanda.

La difficoltà nel campo dell'immigrazione e della salute mentale, prima ancora del divenire degli specialisti, è quella della comprensione della domanda. Allora abbiamo preso la decisione di lavorare sulla domanda. Di tutte le persone che vengono da noi chiedendo aiuto, l'80% non fa personalmente la richiesta ma ha come tramite una persona della rete che lo aiuta.

Prima di tutto, allora, bisogna capire se la domanda viene veramente dalla persona immigrata o dal network. Qualche volta è gente della rete che si è stufata, che non capisce, che vorrebbe, che non sa più cosa fare. Per esempio l'altro giorno è arrivata una richiesta da un ospedale psichiatrico che chiedeva di prendere in carico un paziente perché non avevano un interprete.

Allora in questi casi è più facile mandare un interprete all'ospedale affinché possa lavorare nel luogo specifico dove viene trattata la problematica.

E' vero che con il tempo siamo diventati specialisti, soprattutto su due livelli entrambi importanti.

Negli ultimi anni, il numero di persone immigrate è molto aumentato e molte di loro sono state costrette all'esilio da problematiche politiche.

Alcuni hanno trauma legati a situazioni di guerra altri si portano dietro molteplici vissuti traumatici. Nel momento in cui si indaga, se è un momento di tranquillità, la problematica traumatica emerge e allora si fanno alcune domande su loro stessi attraverso questa problematica.

Adesso vorrei parlarvi di un caso che mi sembra interessante analizzare. E' stato presentato come una persona che aveva appunto un trauma. Il ragazzo è algerino ed è venuto da noi inviato dagli infermieri che si occupano dell'accoglienza di persone che hanno presentato la domanda di asilo politico.

Da noi in Svizzera c'è un grosso movimento che si occupa di questa problematica dell'asilo politico, nel senso che ogni cantone si fa carico dello stato di salute delle persone richiedenti. La problematica politica è piuttosto complessa poiché il 95% delle persone che fanno richiesta viene respinto e solo il 5% riceve l'asilo.

Allora il 95% è la percentuale di persone che rimangono in attesa di conoscere il proprio destino per un periodo che va dalle due settimane fino a dieci anni.

Questo ragazzo ha 21 anni.

Mi è stato presentato come un ragazzo con delle grandi difficoltà: non dormiva più, aveva tutto quello che nel linguaggio psichiatrico chiamiamo *stress post-traumatico*, che si riferisce a una sindrome che scaturisce tempo dopo un evento traumatico vissuto da una persona con reazioni, viste come sintomi, psichiche (difficoltà di dormire, pensiero distaccato, perdita di memoria, crisi d'ansia) e fisiche (cefalee, dolori in varie parti del corpo).

Il ragazzo presentava tutto questo. Quando ho parlato con lui gli ho chiesto di raccontare la sua sofferenza. E lui ha cominciato a raccontare per due ore e mezza questa storia molto toccante.

Lui è figlio di un panettiere. Da diversi giorni gli agenti venivano ogni mattina a prendere il pane al loro panificio. Questo gruppo di persone andava in varie case pretendendo il cibo che la gente su pressione era costretta a dargli.

A un certo momento la famiglia ha deciso di denunciare questo fatto e ha mandato il ragazzo alla polizia. Il mattino seguente la polizia ha fatto irruzione nel negozio cominciando a sparare. Il ragazzo e il fratello più grande spaventati sono scappati.

Durante il giorno hanno poi saputo che il panificio era stato bruciato.

Il fratello maggiore decide, così, di partire per andare a vedere cosa è successo e nel ritorno viene ucciso.

Questo fatto ha distrutto tutta la famiglia. Il ragazzo provava un forte sentimento di colpa per la morte del fratello; il padre era disfatto; la madre che soffriva di una forma diabetica aveva perso la parola.

Hanno deciso di cambiare città, di trasferirsi in un'altra zona dell'Algeria.

Poi il padre vedendo che il ragazzo non stava bene ed essendo l'unico figlio rimastogli ha deciso di mandarlo in Svizzera dove viveva già un amico, organizzandogli tutto il viaggio.

Ripensando al viaggio il ragazzo diceva di non ricordare nulla. Forse non voleva rivelare i segreti di questi viaggi portati a termine grazie ad amici e a sistemi fidati e complessi. Comunque è arrivato in Svizzera e ha chiesto l'asilo politico. Poiché era algerino, il gruppo che ha fatto l'accoglienza, l'ha messo in camera con un altro algerino che era del Fis (movimento islamico algerino). Lui si è quindi trovato con un nemico nella sua stanza, non poteva né parlare né fare nulla con questa persona anche se era nativo come lui dell'Algeria. Ha cominciato ad ubriacarsi perché non ne poteva più di questo malessere. Poi è stato messo in un campo d'accoglienza che era molto lontano dalla città quindi quasi in montagna. Questo ragazzo ha finito per stare così male che ha chiesto un aiuto infermieristico, che gli è stato dato.

Lui mi ricordava tutta questa vicenda e io "contrattavo" queste storie perché avevo un po' il ruolo di prendere le distanze da questi discorsi che sono terribili e sono ripetitivi. Rivedendo quel ragazzo, l'ho osservato un po' di più, notando che era un ragazzo sicuramente del sud dell'Algeria, era bruno. Avrei scommesso, visto che aveva segni di scalfitura, sono piccole tracce, che fosse stato tagliato sul viso. Così brutalmente gli ho quindi chiesto se gli era stato fatto qualcosa e quando. Ha spiegato che quando era piccolo, a meno di due anni, era malato ed è stato così male che i genitori l'hanno portato prima dai medici, che non hanno trovato nulla, poi da una signora che gli ha fatto queste incisioni, quattro. Allora gli ho detto "tu hai la baracca". Mi ha chiesto come sapevo che ha la baracca. Gli ho risposto "Ma sì, tu sei vivo oggi e tu saresti quasi morto quando avevi due anni e dopo, per la seconda volta, quando hai avuto questa faccenda tu non sei stato ucciso, vuol dire che tu hai la baracca della vita". Allora lui mi ha chiesto come sapevo cos'è la baracca. Gli ho risposto che sapevo che è una benedizione che si trasmette in famiglia. Siamo da quel momento entrati in un altro pensiero che è quello che noi chiamiamo dell'eziologia tradizionale e lui ha cominciato a parlare di questa baracca. In realtà questo ragazzo veniva da una famiglia che era legata alla baracca.

Per concludere il mio lavoro con lui ho deciso di usare tre assi di lavoro durante cinque-sei sedute. Prima ho lavorato sui sogni che nominava perché suo fratello arrivava sempre nei suoi sogni e viveva questo fratello con immagini traumatiche, di omicidio. Io so che nell'islam, quando si sogna un morto si può pensare che non sia partito completamente. Questo l'avevo già sentito da altre parti. Allora ho chiesto -è uno degli assi che ho già usato diverse volte- di chiedere a lui di ascoltare cosa dice questo morto. Lui dice che gli parla ma non ricorda cosa dice. Ho chiesto di riportarmi il discorso la volta successiva a quando fosse venuto.

Il secondo asse è quello di seguire la storia della baracca che è uscita un po' così, nel senso che io conosco un po' il mondo "mediale" e non sapevo che lui fosse proprio il discendente di una famiglia che si chiama Sherifien, che sono il punto della genealogia legato a Mohammed. Questo gruppo, che si trova soprattutto in Marocco, ma c'è una parte anche nell'Algeria del sud, ha questa capacità di benedizione. Le benedizioni sono diverse, ci sono due baracca: una del commercio e una della medicina. Lui dirà che aveva la baracca del commercio, mentre non aveva quella della salute perché era troppo giovane e quindi non aveva ricevuto questa baracca. Suo padre però sapeva fare gli atti propiziatori che vengono scritti su carta. Ha quindi cominciato a parlare del lavoro di suo padre. Racconta che suo padre scrive delle parole sacre su carta per proteggere le persone. Ho chiesto se gli aveva dato qualcosa per proteggerlo durante il viaggio. Ha detto di sì ed ha fatto uscire dal portamonete tutta una serie di immagini di protezione tra cui un'immagine con i demoni che sono un'immagine di magia tipicamente araba, molto forte. Diceva che suo padre faceva queste scritture. Tutto questo materiale era un materiale brutto e io non potevo fare nulla in quella seduta, per questo materiale molto preciso e avevo bisogno di trovare un mediatore culturale per trovare

degli schemi per raggiungere questo materiale. Dato che ho una grande esperienza con il mondo islamico, la sera seguente sono andato in biblioteca e ho cercato del materiale. Ho trovato questo alfabeto Malakim. Nei talismani del mondo arabo si usano delle scritture che non devono essere riconoscibili, in modo che non si capisca esattamente cosa è scritto ma c'è bisogno di un alfabeto particolare. Ciò che si scrive su queste carte sono spesso parti del Corano, che sono diverse e conosciute; una è la surat 63 che è considerata la più importante. Si vede, quando si legge questa surat, una parola molto forte che parla dell'oscurità, del male e poi l'altra parte contro il male di quelle che soffiano sui nomi. Questo è legato a chi fa la fattura e che ha la capacità di mantenere all'interno di un nodo l'anima o la persona attaccata alle realtà legate al malore.

Alla seconda seduta, ho ritrovato questo ragazzo due o tre giorni dopo, andava malissimo, con la paura di una scompenza maggiore, con una infrazione delle regole e possibilità di autodistruzione vicino al suicidio. E' arrivato da noi perché aveva usato l'alcool per perdere la testa perché non dormiva più, andava male, il malessere era completo. L'ho lasciato il week-end a gli ho chiesto di ritornare da me il lunedì. Mi racconta che durante il week-end ha avuto la febbre e durante la febbre ha avuto una visione di suo fratello maggiore che ha detto "stai dove tu sei stai bene". Questa parola è sacra, perché è la parola dei morti e così ha cominciato ad andare più avanti il nostro rapporto di ricostruzione. L'intervento sulla parte familiare della baracca ha permesso che questa trasmissione fosse un modo per tenere i contatti tra padri e figli. Per noi era un modo di dire che, da parte nostra, è molto importante non perdere i legami con i familiari. Per mantenere questi legami gli ho chiesto di telefonare, lui ha evitato per sei mesi di telefonare, preoccupato che sua mamma fosse morta. Gli ho suggerito di telefonare alla sua famiglia e lui l'ha fatto, ha parlato con sua mamma e poi con suo padre che ha chiesto di me attraverso il figlio. E' stato un discorso da specialista della medicina tradizionale a me. Egli è stato proprio mediatore tra suo padre e me nei discorsi sulla realizzazione di sé. Questo ragazzo, come avevo detto che aveva riacquisito la capacità del commercio, e ha ritrovato il lavoro ed io ero molto toccato. Prima che se ne andasse gli ho chiesto se sarebbe potuto venire a scrivere questa storia perché rimanesse come modello. Gli ho inviato l'articolo che avevo scritto e non ho saputo nulla per due anni. Dopo due anni ho ricevuto una sua telefonata in cui mi diceva che non sopportava di essere così distaccato dal lavoro più importante che avremmo potuto fare.

Il terzo livello del nostro lavoro è stato quello della riabilitazione sociale. Di fatto non ho materiale non psicologico, non è sufficiente per capire e per valutare la situazione psicosociale, bisogna essere molto dentro alla realtà in cui è avvenuto. Di fatto questo ragazzo ha una grossa difficoltà con i diritti. Per gli algerini, che sono persone che hanno difficoltà con il Fis non c'è asilo politico in nessuna parte del mondo perché questa lotta armata per l'islam non è operata dallo stato. La risposta della polizia svizzera davanti a questi algerini che sono toccati dal Fis è "voi non siete perseguitati dal vostro paese". Questa è una cosa molto dura che fa sì che tutta una serie di persone abbiano difficoltà legali e psicosociali che possono portare a dei problemi enormi nella possibilità di realizzazione. Quando parlo di entnopsichiatria, è uno sguardo doppio, che si fa insieme. Sono io che cerco di avvicinarmi a questa persona attraverso la sua visione e rappresentazione, ma sono io, con lui, a costruire un sistema di terapia che non è una terapia tradizionale, ma una terapia fatta da una costruzione doppia. Questo è per me molto importante per non cadere nell'idea sistematica che sia necessario fare cure tradizionali con gli immigrati, non è così. E' necessario riconoscere una rappresentazione diversa di sofferenza e poi, partire da questa sofferenza per costruire una persona che è in difficoltà, ma che non è una rappresentazione solo attraverso "l'etno". Mi difendo da questa posizione perché nella pratica del nostro paese all'inizio il riconoscimento dell'altro non esisteva, mentre in questo momento è il contrario, c'è un desiderio di dare la cultura dell'altro in tutto. Ma la cultura dell'altro è come la mia cultura, è fatta di pezzi, di frammenti, di sperimentazione, di un vissuto della cultura.

LA TELA DEL RAGNO. POLITICHE DELLA CULTURA E DELL'IDENTITÀ IN ETNOPSICHIATRIA

***Roberto Beneduce - Etnopsichiatra, docente di antropologia culturale
Facoltà di Psicologia, Università di Torino-***

L'introduzione del Dott. Petrella rimarca la duplice formazione del dottor Beneduce, psichiatra e antropologo con esperienza sul campo, da poco ordinario presso la facoltà di psicologia di Torino. Il Dott. Beneduce ringrazia e fa riferimento alla responsabilità teorica doppia nel rappresentare le due discipline. Un lavoro di legittimazione delle pratiche sotto due diversi profili.

“ Il Centro Fanon è nato cinque anni fa in seno all'A.S.L. 1 di Torino e ha consapevolmente, ostinatamente perseguito una collocazione ambigua non volendo nè essere dipartimento di salute mentale, né un centro di educazione sanitaria, ma volendo essere un po' di tutto, e ultimamente ha finito per ritrovarsi nell'S.T., una sigla che significa servizi territoriali di base. Questo perché un'ambiguità istituzionale in qualche modo poteva corrispondere in modo simmetrico, in modo speculare alla non minore ambiguità della domanda di cura dei pazienti immigrati, oltre che evitare una stigmatizzazione istituzionale, quella psichiatrica ovviamente che poteva di per sé (e numerose ricerche lo documentano) allontanare, non richiamare, i pazienti immigrati che nei centri di salute mentale di rado afferiscono, poco ci restano, di rado incontrano l'ascolto perspicace, quindi si doveva immaginare uno spazio diverso con strumenti diversi. Questo lo dico per aggiungere subito che nel momento in cui noi riflettiamo sulle pratiche dell' etnopsichiatria non possiamo evitarci una domanda che per me è una sorta di ritornello quasi ossessivo: in che cosa l'etnopsichiatria si differenzia dalla psichiatria; in che cosa fa o dice altro rispetto alla psicanalisi. Se lo fa bisogna dirlo, se non lo fa bisogna dirlo. Che cosa l'etnopsichiatra, o un gruppo di lavoro come quelli che abbiamo sentito raccontare stamattina, fa qualcosa di diverso rispetto un centro di salute mentale illuminato, attento, disponibile. Se non fa nulla di diverso bisogna dirlo. È una posizione la mia (lo ammetto) fastidiosamente attenta all'uso delle parole. Tutto sommato riconosciamolo: la moda etnopsichiatrica è una moda che tira. E quindi molti vi si gettano, poco preoccupandosi di porre questi discrimini. E tuttavia io sono di quelli ossessivi, che alle cose semplici non dà molta attenzione, vuole proprio andare a scarnificare e a capire se vale la pena di farle o no. Questo lo dico per più ragioni. Questa domanda per la prima volta me la poneva un amico mediatore culturale peruviano il quale sei anni fa, prima ancora che cominciassi questo lavoro (ma quando cominciavo già a parlare di etnopsichiatria) mi aveva chiesto: che cosa fa un etnopsichiatra che non faccia già un buon psicoterapeuta o un buon psichiatra? Devo dire che quella domanda è per me preziosa perché rimane ancora priva di risposta. E tutte le domande che non hanno risposte immediate sono domande feconde.

Successivamente un altro amico un po' più grande di me , ad alcuni sicuramente noto, che è Pierfrancesco Galli, psicanalista italiano fra i più conosciuti, mi diceva nel corso dell'incontro tenuto a Bologna qualche tempo fa, con molta familiarità, ma con molta precisione (perché Pierfrancesco Galli è uno dei più attenti nella storia della psicanalisi italiana alle questioni di metodo):”ora tu stai facendo delle cose belle, delle cose simpatiche, delle cose che servono; però bisogna andare oltre”. Se ci sono delle differenze, e queste sono differenze non assunte nella loro totalità dal discorso psichiatrico-psicoterapeutico standard, allora è il momento di passare a una fondazione di pratiche diverse, altrimenti sarebbe solo una psichiatria sapiente, intrigante, con elementi esotici, ma tutto sommato nulla più di diverso.

Questa domanda non è solo mia, dell'amico peruviano, di Pierfrancesco Galli, ma anche di altri che se la sono posta. Tobie Nathan, che abbiamo più volte citato in questa giornata, e che rappresenta quasi un pericolo: sembra ormai di poter scambiare il suo nome con quello di etnopsichiatria, della

disciplina “tout court”; Ebbene Tobie Nathan ha detto che psichiatria transculturale è tutt’altro dall’etnopsichiatria. In Italia c’è una relativa disponibilità a esplorare i termini. Lui afferma (cito per evitare errori): “la psichiatria transculturale è dal punto di vista metodologico per alcuni aspetti simmetrica all’ etnopsichiatria. Si vuole una psichiatria che si potrebbe definire culturalmente rischiarata, illuminata (ecleree). Ma una psichiatria dopo tutto utilizza i contributi antropologici per rendere la psichiatria possibile con delle popolazioni che poco hanno nelle loro tradizioni che le predisporrebbero a questo genere di pratiche. In verità questa psichiatria consacra il legame fra antropologia e conquista, poiché domanda all’antropologia di darle quelle conoscenze che le permetterebbero di penetrare per sé, di passare attraverso le difese che queste popolazioni oppongono alle pratiche psichiatriche occidentali”. Questo discorso non va sottostimato perché colloca in maniera inequivocabile il discorso dell’etnopsichiatria in un contesto che l’intervento del Dott.Fleury bene definiva: cioè che l’etnopsichiatria si trova, volente o nolente, a fare i conti con un ordine di problemi che è ancor prima che clinico, teorico, epistemologico, è propriamente politico. Noi da etnopsichiatri quante volte dobbiamo costruire relazioni per persone il cui destino, la cui vita dipende dalla concessione o meno dello status di rifugiato politico. Destino psichico non meno che destino materiale. E allora vi trovate a fare i conti non solo coi paradossi dei sistemi legali ai quali faceva riferimento Fleury: gli stati che riconoscono la tortura in alcuni paesi, ma non in altri. In Algeria il paradosso è ben noto, non sto a ripeterlo. Quando il paziente arriva da paesi con i quali fioriscono i rapporti commerciali come si fa a concedere lo status di rifugiato? Le ipocrisie dei rapporti diplomatici si amplificano, l’etnopsichiatra non può aggirare questa domanda. Ma l’etnopsichiatria è presa per più versi in un gioco politico, perché non ha ancora trovato un modo sereno di fare i conti con quella che io chiamo “politica della cultura”. Non si sa, e ciò sembra quasi paradossale visto che l’etnopsichiatra e l’etnopsichiatria dovrebbe già averlo chiaro, quale statuto conferire nella clinica, nella vita quotidiana delle persone che incontra alla dimensione culturale della loro esistenza e dei loro bisogni. Ci sono oscillazioni spaventose fra un polo e l’altro. E questo è uno dei motivi per i quali in Francia il dibattito è diventato, a dirlo eufemisticamente infuocato. Allora, visto che qui si riflette sui percorsi dell’ etnopsichiatria, e visto che in Italia abbiamo il vantaggio di essere in ritardo (il nostro disorientamento ci può servire per capire dove ci andiamo ad infilare), è bene riprendere, prima di parlare della nostra esperienza clinica, che cosa sta accadendo in Francia. A partire da cosa gli equivoci sembrano riprodursi all’ infinito. Il momento più forte di questo contrasto è stato un articolo di Didier Fassin, pubblicato sulla rivista L’Homme (marzo 2000) che ha ridato fuoco alle polveri. D. Fassin, medico e antropologo, ha fatto un’operazione che a noi che abbiamo fino a un istante fa esaltato Tobie Nathan parrebbe strana e illegittima. Ha paragonato Nathan a Carothers, lo psichiatra britannico di origine sudafricana che negli anni ’50 aveva lavorato in Kenia, a Nairobi all’ ospedale Mahatari occupandosi di cultura e di psichiatria. Sebbene filologicamente non sia stato il primo ad utilizzare il termine “etnopsichiatria”, è stato senz’altro fra i primi ad avere questo termine fra le mani e a diffonderlo con grande successo, perché era un esperto dell’ O.M.S. Il suo libro “The African Mind” aveva proprio come sottotitolo uno studio etnopsichiatrico etc. Il testo non è la sola infamia di Carothers, e vi spiego subito perché: ce n’è un altro meno conosciuto che vede utilizzare ancora peggio l’etnopsichiatria e la dimensione culturale, perché Carothers applica la presunta conoscenza della mente, della cultura africana perché il governo britannico coloniale di quegli anni potesse meglio controllare un movimento nazionale che portò poi il Kenia all’ indipendenza, che fu quello dei Mau mau, nelle cui fila c’era Keniatta: il primo presidente del Kenia indipendente. Carothers utilizzò la sua etnopsichiatria e la sua idea di cultura, non solo per dire come dominare questo movimento, come comprendere i rituali violenti, i sacrifici che caratterizzavano l’ingresso nelle fila del movimento, come scoraggiare le persone dal farvi parte. Ma propose anche delle strategie che vanno sotto il nome di “villaggizzazione” per controllare politicamente questo movimento. Se si arriva a paragonare Tobie Nathan, che è diventato un riferimento per l’etnopsichiatria clinica e teorica, a un tale abuso della nozione di cultura bisogna interrogarsi su quello che sta accadendo in Francia. Nathan è una persona la cui ricchezza teorica conosciamo, e che continua a porre domande

in modo molto pertinente. Ha un solo difetto: non misura le sue generalizzazioni e provocazioni e si fa molti nemici fra gli antropologi, gli psicanalisti. Quindi non è proprio innocente, e credo che molte delle reazioni siano propriamente parlando, più reazioni personali che teoricamente giustificate. Tuttavia questa sua insistenza sul profilo culturale, che in certi momenti finisce col rischiare una deconnessione dal contesto sociale e politico, ha dato a Didier Fassin e ad altri l'appiglio per poter dire che la sua idea di cultura e appartenenza riproducesse un rischio di ghettizzazione culturale. Tobie Nathan in un caso da lui descritto rinforza in qualche modo queste accuse (lo scagioneremo poi, a tempo dovuto) quando sostiene che per potere aiutare una donna, una famiglia provenienti dalla Cabila, lui passa attraverso un momento che definisce testualmente di "cabilizzazione" del sintomo, del problema della domanda. E questo significa ricondurre e circoscrivere inevitabilmente alla sola appartenenza culturale la moltitudine dei problemi che possono stare dietro a un sintomo, alla sofferenza. Allora i nemici di Nathan sono stati pronti a infilarlo in questa ulteriore sottolineatura della dimensione culturale come chiave d'accesso della sua strategia terapeutica per dire: questa è una ghettizzazione.

Quando ho parlato recentemente con Elisabette Binesco che è psicanalista tutt'altro che sprovveduta rispetto ai temi dell'etnopsichiatria e che ha introdotto le opere di Daveroux, mi diceva " fa attenzione a non ricondurre meramente al culturale la sofferenza di cui si fanno portavoce i corpi, le sofferenze, i sintomi degli immigrati". Ed è proprio questo il punto di partenza per mettere a confronto le nostre pratiche etnopsichiatriche e per interrogarci su quale ruolo attribuire all'appartenenza culturale. Vi dicevo prima che si rischia di passare da una polarità all'altra con un'oscillazione spaventosa perché talvolta, presi dalla necessità di collocarsi nel dibattito e di utilizzare l'appartenenza culturale, si trascura di considerare che della cultura le persone e i gruppi se ne fanno qualcosa di particolare sempre secondo i contesti e le dinamiche nelle quali si trovano.

Vi do una rapida rassegna di esempi per farvi capire come si potrebbe essere smentiti a questo proposito. Sostengono molti autori che l'appartenenza culturale sia una vera e propria misura preventiva, quando valorizzata e protetta. Ad esempio per quegli aborigeni canadesi fra i cui adolescenti i tassi di suicidio si sono abbassati rispetto a quei gruppi che non hanno saputo mantenere continuità nelle proprie tradizioni, nei propri sistemi di insegnamento, nei propri sistemi sanitari. I tassi possono essere fino a sessanta volte più alti nelle comunità deculturalizzate che nelle comunità bianche; o invece si abbassano (8%) quando queste comunità mantengono salde le proprie tradizioni (esercizio del potere sul sistema della proprietà terriera, funzioni di polizia, e così via).

La continuità culturale non è soltanto difesa delle identità, ma serve a proteggere la salute mentale delle persone.

In Guatemala si è fatto un referendum nel quale si chiedeva chi fosse d'accordo ad acconsentire che i bambini studenti andando a scuola potessero, se di appartenenza etnica india, indossare non il grembiule, ma il vestito tradizionale. Risposta sorprendente: il 95% della popolazione (considerate che la popolazione india supera la metà della popolazione in Guatemala) ha scelto di non indossare il vestito tradizionale.

In California un referendum sull'uso della doppia lingua: ispanica e inglese ha avuto lo stesso esito: hanno preferito che l'insegnamento nelle scuole fosse soltanto della lingua inglese temendo che la lingua ispanica non conferisse lo stesso potere competitivo ai ragazzi usciti dalle scuole.

Passiamo in Benin. Fanno letteralmente a pugni con il sistema iniziatico voodoo: la testa per un adepto è un oggetto sacralizzato. Se un insegnante prende a schiaffi un bambino che ha anche il voto in sé non è uno schiaffo come gli altri. Lì la tradizione culturale si è messa in opposizione al sistema scolastico nazionale e ha chiesto che si riconoscessero scuole di voodoo autonome, parallele. Oggi c'è un movimento che chiede che queste scuole non siano solo private, ghettizzate; ma riconosciute e pubbliche.

Questo elenco (potrebbe continuare a lungo) è per dire che la cultura non è solo protezione dell'identità, solo retaggio, credenza, superstizione. E' una strategia di lotta, è un rapporto di forza oltre che di senso fra gli interlocutori. L'etnopsichiatria deve sapere che la cultura dei suoi immigrati può essere un aspetto decisivo della comprensione (si parlava di Jaspers stamattina), della

Cura; o può essere un aspetto del tutto irrilevante dal quale lo stesso immigrato vuol prendere le distanze, perché diventa una marca di cui non sa che farsi, in un contesto che quell'identità, che quel profilo ha reso intollerabile. Quanti sono i pazienti che noi conosciamo provenienti dall'Africa, dal Ruanda, dalla Bosnia che non tollerano l'incontro con le persone della stessa appartenenza. Una donna ruandese non tollerava di essere ospitata allo stesso piano di una comunità in cui era ospitata un'altra ruandese. Una donna nigeriana da noi seguita, vittima della tratta, sottoposta ad un rituale violento non tollera la vista della nostra mediatrice culturale nigeriana: si volta dall'altra parte.

Qui l'appartenenza culturale diventa addirittura un angosciante ragione di sofferenza. Vi sto dicendo che non possiamo assumere in modo pacificatorio la cultura come un ulteriore ingrediente delle nostre ricette psichiatriche. Dobbiamo renderla una strategia tutt'altro che addizionale. Dobbiamo trasformarla in un dispositivo che riesca a uscire o entrare in scena secondo le vicende peculiari che ci stanno di fronte. Come fare tutto questo.

Altra cosa che mi preme sottolineare in questo passaggio è: in che cosa l'etnopsichiatria può servire? Io sono qui d'accordo con Tobie Nathan quando afferma che l'etnopsichiatria serve nella misura in cui interroga criticamente i nostri saperi, altrimenti non ne abbiamo bisogno.

Io credo che molti buoni psichiatri e psicoterapeuti fanno un lavoro di grande rigore, di grande onestà esteso a reti sociali comunitarie, ben oltre l'immaginario del setting. E questo è un lavoro di una ricchezza straordinaria. L'etnopsichiatria se serve deve smobilitare, disorganizzare, disarticolare ciò che non funziona. Dico questo perché, se qui a Milano, in Lombardia, in Italia nasce una tradizione etnopsichiatrica auspico che non si aggiunga senza nulla trasformare al dispositivo soffocante istituzionale del sistema psichiatrico egemone. Un'etnopsichiatria che non critichi, che non muova dubbi, che non faccia perdere certezze, che si aggiunga come un ulteriore spazio disciplinare mi pare che serva a poco. Non so quanti di voi sono d'accordo, ma questo mi sembra l'orizzonte sul quale si creano anche gli spartiacque, le differenze. Le famiglie allargate in seno a discipline a me non piacciono. Mi piacciono nei contesti culturali, sociali, ma credo che abbiamo anche bisogno delle differenze, altrimenti non si cresce. L'etnopsichiatria serve se dice cose diverse, aiuta a disarticolare sistemi in cui sappiamo ci sono limiti nella presa in carico delle persone, spinge a capire perché i pazienti non afferiscono ai C.P.S., per riprendere Pagani; se no non serve.

Voglio cominciare a dare un primo motivo di riflessione. Diceva Augusto Iossa: la paziente Nigeriana mi ha riferito domande che sembravano reiterare una retorica, un registro analitico. Secondo me questo è un primo passaggio sul quale non dobbiamo essere frettolosi. Nathan diceva di un paziente proveniente dal Togo: "che strano, questo paziente ha un inconscio che sembra colonizzato, in tutto simile a quello di un francese". Dobbiamo fermarci a riflettere su queste impreviste anomalie, e qui mi trovo ancora d'accordo con Fleury nell'affermare: "non so cosa sia la cultura". Perché l'etnopsichiatria non sa quando funziona bene che cosa sia la cultura, non può saperlo. La cultura dell'altro sta sempre un po' al di qua, o un po' al di là di dove ce l'aspetteremmo, perché se ne fa lui qualcosa. Se il paziente allora non ci dà la differenza che ci aspetteremmo noi dobbiamo interrogarci non su cosa ci sta dicendo, ma su cosa ci aspettavamo noi ci avrebbe dato o detto. Quello che voglio dire è che anche nel dispositivo etnopsichiatrico ci possono essere strategie mimetiche da parte del paziente. I pazienti aderiscono al nostro desiderio di terapeuti con straordinaria flessibilità e rapidità, e noi dobbiamo essere scaltri a anticipare e a prevedere il significato di queste strategie. Ma di queste strategie mimetiche ne sanno qualcosa gli antropologi e persino i commissari di polizia. In Belgio e in Francia ne hanno sentite così tante di storie di rifugiati così simili che hanno cominciato ad avere il sospetto che alcune di queste fossero in qualche modo costruite ad hoc. Un articolo apparso credo su i "cariee des africaniste" parla proprio di questa moda di inventare storie. Guardate che questo non è un aspetto banale. Si tratta di una persona che vi racconta di esperienze atroci e che invece vi sta ingannando. Gli uffici di polizia chiedono a voi etnopsichiatri di dire se queste storie siano vere o meno. Questa questione mimetica è un'altra delle problematiche sulle quali noi non abbiamo ancora costruito una visione rigorosa, ma che mi sembra essere estremamente interessante problematizzare. Lascio per un attimo questo

aspetto aperto al dibattito perché vorrei riprendere qualche ricerca clinica, senza fare un discorso esclusivamente teorico. Il titolo per altro che avevo scelto: la tela di ragno, mi veniva suggerita da questa immagine che, differenze teoriche a parte, trovo bella. Di La Bar, psicanalista e antropologo il quale definiva l'uomo: "ragno esistenzialista" che costruisce i suoi significati e mentre lo fa costruisce la sua ragnatela, il suo contesto. Ma la metafora si presta a mio avviso a tante altre esplorazioni, perché sappiamo che ogni specie di ragno costruisce le sue tele con forme geometriche particolari, perché i fili rotti non vengono necessariamente costruiti come prima, e perché le tele di ragno possono servire a tutt'altro, come a catturare pesci, secondo ciò che fanno i pescatori della Polinesia che così fanno secondo un'antica tradizione. E questa mi sembra una buona definizione della cultura e di quello che se ne può fare un immigrato, o un operatore.

Ma andiamo alle vicende cliniche alle quali pensavo. Due storie che mi servono soprattutto come espedienti, riferimenti. Storie incontrate da poco, una relativa ad una ragazza albanese, l'altra ad una donna ivoriana.

Nel primo caso la ragazza viene inviata al centro Fanon con un'allarmante domanda di intervento urgente da parte della comunità religiosa che l'accoglie. Un gesto violento nei confronti del bambino di pochi mesi fa pensare ci sia il rischio di infanticidio che per altro trova sostegno in un'anamnesi malamente raccolta che riporta episodi di assenza, di confusione, di gesti inspiegabili. Devo dire che siamo stati richiamati per aver proposto due appuntamenti soltanto nel corso di un mese. Ciò è sembrato strano: era troppo grave, la si voleva ricoverare da parte di questa comunità. Quindi non si capiva perché ci si muovesse con tanta tranquillità da parte nostra. Eppure questa storia è esemplare della difficoltà con la quale si può accedere all'universo culturale di una persona e a quell'altro insieme di ragioni di inquietudine di cui prima si parlava.

Quando abbiamo incontrato la giovane coppia abbiamo innanzi tutto ricostruito questa lunga, strana vicenda cominciata durante la cerimonia del matrimonio in cui la donna si era per qualche momento assentata per il sopraggiungere di un forte dolore alla gamba scomparso dopo qualche ora, ma che l'aveva quasi immobilizzata. Chiedo di trattenermi per qualche momento di dire subito: paralisi isterica, non scivoliamo in questa tentazione. Tornata a casa, nella casa nuziale, il marito si preoccupa assai di più perché dopo qualche ora questa ragazza comincia a fare strani movimenti con le braccia nell'aria, come sentisse qualcuno che nessuno intravede. Si agita, cerca di liberarsi e viene sbattuta per terra violentemente. Abbiamo chiesto al marito di ripetere ciò che aveva visto e lui s'è gettato a terra con tale violenza che stava sfondando la porta. Ha ripetuto da buon attore in modo eccellente questa scena. Qualcosa di molto inquietante. Dopo un mese da questo episodio (il padre di questa ragazza era medico, quindi d'un ceto non certo sprovvisto di strategie cognitive sufficientemente elaborate) accompagnata in ospedale, sottoposta a esami, compreso elettroencefalogramma tutti risultati inevitabilmente negativi, questa ragazza ritorna a casa. Ma venti giorni dopo, mentre stende i panni le appare la figura di un uomo in bianco che comincia a parlarle. Nel momento in cui comincia a parlarle arriva anche la suocera, la ragazza si volge verso di lei e le dice di incominciare ad ascoltare quello che le dice quest'uomo. La donna si spaventa perché non vede nessuno. Nuova ospedalizzazione e si paventa pure la possibilità di ricovero in ospedale psichiatrico, ciò che sarebbe stato tragico per come sono gli ospedali psichiatrici in Albania. Per fortuna si evita questo ricovero. Nuovamente gli esami hanno esito negativo. Queste stranezze si ripetono nel corso di un anno e quando questa ragazza viene in Italia sono tra le ragioni che hanno molto preoccupato la comunità presso cui è ospite. Nel corso di due colloqui tutta questa drammaticità, ed è questo che mi preme di cogliere, si scoglie. Riferendo questa esperienza non ad allucinazioni, non ad episodi dissociativi, non isterici, ma ad un registro particolare che è quello dei Djin. La ragazza si rischiarà, il marito si sfoga contro i medici che non hanno capito nulla e ci racconta tutto un altro insieme di esperienze, di sogni, di elementi fino a quel momento tacitati, perché non riuscivano a trovare un contesto di ascolto. Di fronte ad un elettroencefalogramma è assai difficile che una persona riferisca l'episodio di aver incontrato uno Djin, la figura di un uomo visti solo da lei. C'è qualcosa che rende incompatibili i due sistemi, i due registri. Allora non c'è

nulla di esotico nel parlare di queste teorie. C'è semplicemente il riconoscere che i due dispositivi non possono coesistere .

La paziente non ha avuto più negli ultimi due mesi episodi di questo tipo, ci sta portando una quantità di esperienze antichissime che risalgono alla prima infanzia, in cui la sua vocazione religiosa (l'essere adepta di una confraternita) è sempre stata aggirata, evitata, respinta. E, nel momento in cui si è sposata evidentemente questa vocazione ha fatto irruzione di nuovo nella sua vita che andava secolarizzandosi. Ma la cosa interessante è che finalmente rischiarato l'episodio sono venute fuori le altre angosce, le angosce di tipo sociale, di tipo abitativo. Questa coppia non vive insieme da mesi perché lei sta con il bambino in una comunità. Il marito vive in dormitorio, non si possono vedere che poche ore al giorno. Quindi il percorso fatto ha consentito in pochi incontri di ripercorrere la complessità di queste due esistenze, non rimanendo sul solo terreno di una preoccupazione psichiatrica .

Secondo caso, anch'esso arrivato recentemente al centro Fanon, di una donna ivoriana che ha una relazione assai conflittuale con il marito, persona violenta: Dopodiché decide di separarsi. Questa donna eroicamente affronta la vita da sola, sottoponendo a ritmi di lavoro diabolici con la responsabilità di due bambini. Ritmi di lavoro che nessuno di noi riuscirebbe a sostenere per più di una settimana: lavora in tre posti diversi, in orari mostruosi. Questa donna, lucida e forte, lo fa perché vuole rimanere in Italia, vuole difendere la vita di questi due piccoli, i quali però dopo alcuni mesi cominciano a risentirne. Il più grande presenta enuresi, il comportamento a scuola viene giudicato inadeguato e l'indirizzo al servizio di neuropsichiatria infantile è inevitabile. Dopo un anno però d'incontri all'N.P. i problemi permangono, e per di più il più piccolo che deve avere due o tre anni, ha fatto diversi incubi spaventosi e quindi la madre comincia ad essere fragilizzata dalla sofferenza di questi due bambini. Inviata al centro Fanon, questa donna riprende ininterrottamente la sua vicenda e le categorie che la psicologa le ha suggerito fino a ieri: conflitto con il padre, ambivalenza, le scene di violenza possono spiegare la regressione, l'enuresi. Tutto questo discorso lo recita come se avesse studiato psicologia in un impeccabile italiano. Ma quando le si chiede di riferire il sogno del più piccolo, lo fa con un certo disagio, dicendo: “ di queste cose è difficile parlare alla presenza dei bambini.” Il bambino ha sognato per più di un mese l'immagine di un capretto sacrificato. Ora, un capretto sacrificato non è un pollo, non è un piatto di insalata: E' un animale che si sacrifica all'interno di una cerimonia particolare che è una cerimonia funeraria, di una persona della famiglia. Anche qui tratteniamoci dal dire per un bambino separato dal padre, che lo vede di rado, (il cui padre è spesso in Costa D'avorio) fantasma di morte, ecc. Aspettate. Possiamo dirlo, ma non ci risolve l'intero problema, perché la madre pensa di meno al fantasma di morte del bambino rispetto al padre, ma sta per parlarci (come farà appena i bambini usciranno dalla stanza) di un altro fantasma di morte, che è proprio quello suo. Cioè teme che il padre stia agendo un'attività di stregonerie contro i figli, perché ne avrebbe preso alcuni ciuffi di capelli e portati in Costa d'Avorio. La domanda della donna è “ che cosa ne vuol fare, perché sta facendo questo? ” L'allusione è esplicita.

Dopo un anno di incontro con la psicologa non aveva detto nulla. Dopo un incontro, durato un ora con noi, riesce a parlare di questo. Il dispositivo, il gruppo di lavoro, la presenza di un mediatore sono bastati a consentire che irrompesse un altro registro esperienziale narrativo. Noi diciamo che questo non è nulla di esotico. E' creare una tecnica che permette l'affiorare di cose indicibili all'interno di un altro dispositivo. Qui la cultura serve non perché è a quello soltanto che si può ricondurre la fatica e lo stress di un lavoro inumano, il dolore della separazione dal marito, la solitudine di questa donna. No, questo con la cultura ha poco a che fare. Ma semplicemente perché stanno affiorando dei nuclei più profondi e probabilmente indicibili del suo dolore. Io dico, i riferimenti alle eziologie tradizionali, questi dispositivi terapeutici che noi utilizziamo, sono commutatori di registro narrativo e esperienziale. Permettono il salto da un registro ad un altro.

Utilizzati con sapienza non sono beccero relativismo culturale, non sono beccero esoticismo terapeutico, sono commutatori, sono strategie che servono per quello che servono. Il giorno dopo

dovremo preoccuparci di aiutare questa donna a risolvere i suoi problemi di stress , di solitudine, di casa e quant'altro.

Una ultima parola e chiudo: mediatore culturale. Io dico, ancora una volta inimicandomi amici carissimi che i mediatori culturali non sono esperti naturali della loro cultura. Un mediatore Serer, o Wolof, che ha vissuto trent'anni fra i Wolof, può non servire a nulla in un gruppo di lavoro etno-psichiatrico. Una donna nigeriana Edo a noi può dare molto poco, e addirittura agire in modo controproducente, se non è preparata, se non ha esplorato le contraddizioni della sua cultura, se non ha già percorso quel faticosissimo, doloroso itinerario che diceva Fleury , che tutti noi sappiamo: io non so che cos'è la cultura, io non so che cos'è la mia cultura. E quando c'è di fronte a me qualcuno che appartiene a quella che io immaginavo essere la mia cultura, questa domanda prendew una ferocia incredibile. Perché in pochi istanti noi due siamo specchi deformati dei nostri irrisolti interrogativi, delle violenze, delle memorie, dei legami di cui ancora non abbiamo saputo dire cosa fare. Questo rapidissimamente è il percorso inquieto, privo di certezze , che stiamo provando a fare al centro Fanon.