

Marie Rose Moro

Psicoterapeuta, Responsabile Servizio di psicopatologia del bambino e dell'adolescente dell'Ospedale Avicenne di Bobigny (Università Parigi 13)

SEMINARIO INTRODUTTIVO ALLA CLINICA TRANSCULTURALE Ospedali San Carlo e San Paolo di Milano - settembre 2000

È la prima volta che vengo in Italia non come turista, ma per lavoro e sono favorevolmente colpita dall'interesse che riscontro per questi temi, molto importanti per tutte le nazioni europee. La società europea sta infatti diventando una società multiculturale, anche se alcune volte abbiamo dei problemi a riconoscerlo. Anche in Francia il dibattito su questa questione è ancora aperto e, anche se siamo stati pionieri nell'adattare i nostri dispositivi alla nuova realtà, continuiamo a porci degli interrogativi. Penso che questo dibattito, che attraversa la società, riguardi anche la terapia, le cure, la medicina, la psicologia; è quindi molto importante per noi partecipare in modo collettivo a inventare e valutare delle nuove modalità di lavoro con le famiglie migranti. Credo che ogni volta che sorgono nuovi campi, nuovi ambiti di intervento, come quello in cui ci troviamo, sia importante che la clinica e la ricerca siano fortemente connesse tra loro.

Forse vi sembrerà un modo troppo personale, ma vorrei cominciare a raccontarvi come sono giunta a occuparmi di questo problema.

Sono figlia di immigrati, la Francia è un paese multiculturale e sono cresciuta in una comunità di immigrati, ho studiato medicina, poi filosofia e quindi sono diventata psichiatra, dopo una formazione in psicanalisi e psichiatria. Quando ho cominciato a lavorare negli ospedali, da giovane medico, ero molto stupita nel vedere che gli immigrati si rivolgevano con molta difficoltà agli ospedali di Parigi in cui lavoravo e, quando lo facevano, si trovavano spesso in situazioni di sofferenza psicologica estremamente grave. Ho lavorato per diversi anni in un reparto maternità come psichiatra di collegamento, ovvero mi recavo nei reparti per visitare donne e bambini. Incontravo donne che si trovavano in situazioni di grande angoscia, che non si erano mai rivolte ai servizi sanitari, non erano mai state visitate durante la gravidanza e avevano, comprensibilmente, enormi problemi nel comunicare con l'ospedale e ad accettare di farsi ricoverare. Mi veniva detto che queste donne non volevano parlare, e in effetti i loro racconti erano piuttosto scarni, e che non era possibile alcun percorso terapeutico con loro perché imputavano il loro disagio solo alle condizioni sociali esterne. Si diceva che arrivavano sempre in ritardo e tutta una serie di cose che non corrispondevano per niente a quanto io sapevo della comunità immigrata in cui ero cresciuta.

Avevo incominciato inoltre a viaggiare spesso e a collaborare con Medici senza Frontiere. Avevo lavorato in Pakistan e in Africa e personalmente sapevo che queste donne avevano tante cose da dire, perché me l'avevano mostrato e detto e avevo vissuto con loro: conoscenze straordinarie sul corpo, sulla gravidanza, sulla cura del neonato e del bambino prematuro, conoscenze che si trasmettevano da una generazione all'altra. Lo scarto tra la ricchezza culturale di queste donne nel paese di origine e le difficoltà da loro incontrate in situazione di immigrazione mi sembrava enorme.

Mi metteva inoltre molto a disagio l'impressione che si dicesse a queste donne: «Assomigliateci, fate come noi, cercate di avvicinarvi a noi e allora vi cureremo come si deve». Avevo come la sensazione che ci fosse una difficoltà a pensare che queste donne potessero essere diverse, ma comunque umane. Ero convinta che il prezzo da pagare per essere curate non doveva essere: «Assomigliami, sii come me, chiedimi quello che posso darti e quello che posso capire». Trovavo quindi che ci fosse una specie di violenza, nella cura della maternità in primo luogo, ma in generale nella cura di tutte le malattie psicopatologiche e in medicina generale.

In tutti i campi in cui si curino esseri umani in tutta la loro complessità è sicuramente importante essere molto tecnici, fare progressi, valutare le strategie, ma è necessario anche instaurare una relazione che rispetti sia il paziente sia l'operatore, fare in modo che si realizzi un incontro. Questo è possibile solo se l'identità di ogni protagonista viene riconosciuta. Se la distanza che si instaura è eccessiva, se non si pone sufficientemente attenzione all'asimmetria che naturalmente c'è tra chi dà e chi riceve la cura, non si verifica l'incontro. Negare il fatto che esiste una differenza, culturale innanzitutto, comporta il non riconoscere che questa asimmetria esiste, perché il curante è in una posizione di maggiore potere e conoscenza rispetto al paziente, per la funzione che svolge e per le relazioni di cui gode.

Ero colpita in prima persona da questo problema, in quanto io stessa sentivo di provenire da un «altrove» e percepivo che questo incontro non avveniva e che il servizio non riusciva a offrire risposte adeguate. Sentivo l'esigenza di trovare dei modi nuovi per fare incontrare questi mondi diversi. E con questa esigenza che sono giunta a Bobigny, un ospedale universitario nella periferia nord di Parigi,

che dagli anni Settanta aveva già cominciato a svolgere un percorso di riflessione e sperimentazione nella cura alle famiglie immigrate.

Attualmente sono direttrice del Dipartimento e responsabile di Psichiatria per i bambini e gli adolescenti e le loro famiglie. Abbiamo un servizio di consultazione per le famiglie, in cui abbiamo sviluppato la pratica transculturale e offriamo quindi consultazioni di tipo transculturale. Siamo comunque aperti a tutti e si rivolgono a noi anche soggetti francesi molto svantaggiati, in quanto operiamo in una periferia di Parigi disagiata da un punto di vista socio-economico. Insisto sul fatto che il nostro servizio è aperto a tutti, in quanto ritengo che l'esperienza di lavoro transculturale, che abbiamo maturato, ha modificato il nostro approccio anche nei confronti delle madri e dei bambini francesi, della popolazione in generale. Non dobbiamo infatti pensare che il nostro sforzo di adeguarci alle esigenze delle famiglie migranti sia privo di effetti sull'insieme del sistema di cura, del sistema sanitario in generale. Con queste pratiche apprendiamo infatti nuovi elementi che sono fondamentali per la cura di tutti i soggetti che a noi si rivolgono.

Cerchiamo di accogliere chiunque si presenti, francese o immigrato. Si rivolgono a noi anche francesi che provengono dall'isola de La Réunion, dalle Antille, da questi territori oltremare francesi, che hanno la nazionalità francese, ma rappresentazioni culturali ben diverse. Accogliamo tutti, persone di tutte le età, e con loro negoziamo, e sottolineo questa parola, negoziamo, tramite un lavoro di discussione e di definizione comune, il percorso e le strategie di cura. A eccezione delle situazioni di urgenza o di pronto soccorso, c'è sempre un periodo di trattativa, di negoziazione in cui si definisce quello che si fa insieme, tenendo in considerazione le aspettative delle famiglie. Abbiamo sviluppato un dispositivo che definirò "a geometria variabile".

Cure a geometria variabile

Alcune famiglie non si aspettano assolutamente di instaurare un dialogo, vengono per chiederci qualche cosa e non per stabilire un rapporto psicoterapeutico, quindi cominciamo con il discutere con loro per capire che cosa ciascuno di noi vuole raggiungere e come possiamo riuscirci. Inizialmente si tratta di concordare una strategia di quello che si farà e in seguito di utilizzare i vari strumenti a disposizione: le consultazioni urgenti, individuali, in piccoli gruppi o gruppi più ampi, con uno o più terapeuti. Ci sono appunto problemi che è importante trattare tramite le parole, altri tramite il corpo, il gioco o lo psicodramma. Le terapie, comunque, sono molto diverse tra di loro e noi sentiamo la necessità di adattarci. Per questo parlo di dispositivo a geometria variabile, in quanto non proponiamo a tutte le famiglie la stessa cosa, la stessa soluzione.

Voglio aggiungere un'ultima parola sull'esperienza di Bobigny. Seguiamo i casi anche a domicilio, è piuttosto raro, ma lo facciamo nelle situazioni in cui sono coinvolte mamme e bambini piccoli fino a tre anni. Quando ci sono madri in difficoltà e per un motivo o per un altro queste donne non possono recarsi da noi, oppure vengono una volta sola e poi non ritornano, chiediamo l'autorizzazione di recarci a casa loro. Naturalmente, non ci presentiamo a casa all'improvviso, ma ne parliamo e lo negoziamo con il padre e con tutti, sappiamo infatti che la casa è il luogo dell'intimità della famiglia, l'universo in cui si svolge la vita dei pazienti. Sul piano culturale, quindi, è molto importante quando ci si reca a casa di qualcuno, rispettare la casa; nelle situazioni in cui il padre svolge un ruolo importante in ambito familiare, come nelle famiglie maghrebine, non entriamo in casa quando il padre non c'è, senza aver preventivamente negoziato la possibilità di andarci e aver ottenuto l'autorizzazione esplicita dei vari «garanti» di questo domicilio.

Per svolgere questo lavoro, che è un lavoro complesso con molteplici sfaccettature, abbiamo un'équipe pluridisciplinare di medici, psicologi, antropologi, assistenti sociali, infermieri, educatori, mediatori. Oltre a queste molteplici professionalità, possiamo contare su un personale poliglotta, in quanto utilizziamo diverse lingue durante le consultazioni e disponiamo di un'équipe di persone che lavorano con noi. L'anno scorso abbiamo utilizzato più di trenta lingue diverse, questo proprio per dimostrarvi come ci troviamo in una situazione di grande pluralità culturale.

L'approccio transculturale

Nel nostro ospedale universitario si è sviluppato per la prima volta l'approccio che in Francia chiamiamo «etnopsichiatrico», io preferisco parlare di approccio transculturale, in quanto non si tratta semplicemente di psichiatria. Il fondatore dell'etnopsichiatria è uno psicanalista, George Devereux, che è partito dalla psicanalisi, adesso però utilizziamo delle pratiche transculturali e quindi, a mio avviso, è più opportuno parlare di clinica transculturale. In Francia, in altri paesi europei e in Canada, l'etnopsicanalisi si è particolarmente sviluppata. Non mi soffermerò troppo su questo termine e su queste teorie, ma vorrei comunque presentarvi quali sono i suoi fondamenti teorici, la sua genesi e i suoi metodi.

Inizialmente, come ho detto, si è partiti dalla etnopsicanalisi. George Devereux basandosi da una parte sull'evoluzione dell'antropologia, e in particolare sui lavori di Lévi-Strauss, e dall'altra

sull'evoluzione della psicanalisi, ha concluso che per capire e curare pazienti di un'altra cultura o di una cultura diversa da quella del terapeuta, era necessario utilizzare sia l'antropologia che la psicanalisi. In che cosa consiste l'originalità di questo pensiero? Si tratta dell'utilizzo complementarista della psicanalisi e dell'antropologia.

Il metodo complementarista

Il termine «complementarista» significa che dobbiamo utilizzare insieme ma non simultaneamente sia l'antropologia, per decodificare il senso collettivo (l'esterno), sia la psicanalisi, per decodificare l'interno (il contenuto). I due livelli non devono essere mescolati tra di loro: quanto appartiene alla cultura deve rimanere nella propria logica culturale e non essere trasformato in qualcosa di interno da interpretare con la psicanalisi. Lo stesso discorso vale anche per quello che è interno che non deve essere trasformato in qualcosa di culturale. Provo a chiarirvi le cose con un esempio.

Una mamma del Mali dà alla luce un bimbo, è triste, piange, fa fatica a prendersi cura del bambino, non riesce ad allattarlo; ne parla con la madre o con le donne anziane della sua casa. Queste le dicono che il suo malessere è dovuto al fatto che quando ha partorito è successo qualcosa di anormale, è stata posseduta da un *djinn*, che è un essere che, secondo la sua cultura, entra all'interno della persona nei momenti di grande fragilità, come il parto. Questo è un materiale culturale: l'essere posseduti da un djinn, non può essere oggetto né di giudizio né d'interpretazione. Quindi non si può leggere la convinzione di questa donna di essere posseduta da un djinn come una manifestazione di tipo isterico, come si vede ancora in diverse pubblicazioni. Vuol dire semplicemente, e in questo c'è di ausilio l'antropologia, che la donna si trova in una situazione tale per cui sente di poter essere posseduta, che c'è qualche cosa che fa in modo che il suo corpo non sia più intero e un cambiamento sia stato operato dall'interno. L'antropologia ci insegna tantissime cose sulla logica culturale della possessione, ma non ci insegna niente su quello che accade all'interno di una data persona in quel momento. Il fatto di accettare di decodificare il sintomo, quello che viene detto, da un punto di vista culturale, offre al terapeuta il quadro della paziente, della sua famiglia, delle sue conoscenze. Uno dei punti fondamentali è quello di riconoscere che la famiglia attraverso la sua lingua e la sua cultura possiede delle conoscenze e ciò permette di operare su di esse. Capendo che cosa significa la possessione, si ha accesso a tutta una serie di logiche che spiegano quanto è accaduto durante la gravidanza e il parto; questo è utile a tutti: psicologi, psichiatri ma anche ostetriche e personale dei consultori pediatrici. Si tratta del vissuto della gravidanza. Questo è il livello antropologico.

Ma come utilizzare questi dati in modo complementarista? Se il terapeuta cerca di capire e condividere il livello culturale che fa parte del quadro generale, una volta che questo livello è riconosciuto, può passare a un altro discorso: il discorso dell'interno. Per esempio, dopo che la donna racconta i consigli della madre, quali riposarsi o mettersi in costante rapporto con il bambino, c'è anche un altro discorso da prendere in esame: che impatto ha tutto questo su di lei? Se il terapeuta riconosce la donna da un punto di vista culturale, forse quello che lei dirà in seguito sarà più personale e appariranno altri elementi su cui si potrà applicare una griglia di lettura. Questa griglia di lettura era originariamente psicanalitica. Io ho una formazione psicanalitica, continuo a utilizzare questa lettura, ma ritengo che questo materiale individuale possa essere utilizzato in altri modi, con altre griglie di lettura.

Si può disporre dei propri strumenti clinici e utilizzare un approccio complementarista quando si è specialisti d'ecografia o ginecologi, infermieri o assistenti sociali. Il riconoscimento del livello culturale, la sospensione del giudizio di fronte alle rappresentazioni culturali del paziente non ci aiutano solo a costruire un'alleanza, ma a capire i bisogni del paziente e a curarlo. Sul piano metodologico, la base di queste pratiche transculturali è psicanalitica, ma si sono integrati altri strumenti, mantenendo un approccio metodologico complementarista, che è contemporaneamente un metodo e una posizione interiore di colui che ascolta.

Un grande merito del metodo complementarista è l'aver compreso che, a partire dal momento in cui si riconosce l'identità dell'altro e si rispettano le regole culturali, si favoriscono il dialogo, lo scambio, l'alleanza; in questo modo aumenta l'efficacia dell'intervento.

Vi illustrerò il complementarismo attraverso situazioni cliniche, l'idea di fondo è proprio quella di due livelli che non si confondono, ma interagiscono, per cui favorendo uno si favorisce anche l'altro. Dal momento in cui può iniziare a raccontare, a parlare in prima persona, la paziente si baserà anche su rappresentazioni culturali; ed è estremamente interessante vedere che, nel momento in cui si riconoscono le questioni culturali e le si accettano, la paziente si trasforma, trova più facile esprimersi e parlare del proprio passato. Emerge allora chiaramente che le società tradizionali dei nostri pazienti favoriscono la parola, l'espressione, il sogno. Donne considerate analfabete o prive di educazione mostrano così di avere accesso alla loro interiorità, al loro sé profondo, rompono quel silenzio di cui si parlava prima e che sembrava essere un loro tratto culturale.

I principi della clinica transculturale

Prenderò ora in esame i quattro principi teorici alla base della pratica transculturale: il primo è la nozione di universalità psichica; il secondo è quello di codifica culturale; il terzo è il principio del trauma dell'esilio; e il quarto è costituito da elementi che consentono di differenziare le problematiche fra la prima e seconda generazione.

1) **L'universalità psichica** - Il primo principio riguarda appunto l'universalità psichica, un concetto veramente fondamentale. Siamo tutti esseri umani, quindi siamo tutti uguali e questo elemento umano fa in modo che l'incontro terapeutico sia possibile e ricco allo stesso tempo. Forse voi potreste dirmi, a questo punto, che il concetto di universalità psichica si può dare per scontato. Questo non è vero. A mio parere, bisogna riaffermarlo fortemente perché, certe donne e famiglie, in Francia ma credo anche qui, non vengono rispettate e sono giudicate sulla base delle rappresentazioni culturali dominanti. Questo significa che non abbiamo integrato un principio essenziale, quello che tutte le produzioni umane hanno uno stesso valore. Tutte le produzioni umane, infatti, sono utili per capire e curare, e anche questo a volte è sorprendente.

Mi capita di incontrare terapeuti, in Francia o in altri paesi, che mi dicono: «Sì, è vero, ma io rispetto le credenze di altri paesi, le convinzioni dei miei pazienti». Io non penso che si tratti di accettare o rispettare, perché quello che noi definiamo «credenze» non sono altro che le rappresentazioni che altri hanno della realtà e hanno lo stesso valore delle nostre rappresentazioni «scientifiche». Anche io come psichiatra devo basare il mio lavoro su teorie che cambiano molto velocemente, su convinzioni che, come quelle dei miei pazienti, non possono essere considerate immutabili. Certamente ci sono cose che possiamo dimostrare, d'accordo, ma quando si parla del problema dell'incontro con il paziente, dell'universalità psichica, tutte le rappresentazioni hanno il medesimo valore. È solo una questione di rappresentazioni, individuali o collettive, di cui abbiamo bisogno per essere noi stessi. Nella nostra professione, la formazione spesso consiste nella creazione di rappresentazioni comuni che ci consentano di poter agire. A chi mi parla di rispetto, io rispondo che il rispetto non basta, perché è un atteggiamento che rivela che noi pensiamo che ciò che dice il paziente non ha valore, che non è frutto dell'universalità psichica. Quindi la nozione di universalità psichica è un principio etico, ma è anche qualcosa di più forte, di più profondo, direi che è insieme un principio filosofico e tecnico.

Vorrei farvi un esempio, si tratta di un caso trattato durante una consultazione a Bobigny.

Una madre berbera del sud del Marocco si presenta al consultorio con un bambino di quattordici giorni, accompagnata da un pediatra e da uno psicologo di un servizio che noi in Francia chiamiamo PMI (Protection Maternelle Infantine).

La sua è una situazione di emergenza, dal suo ritorno a casa dopo il parto la donna continua a piangere e si rifiuta di occuparsi del bambino, sostenendo che il bambino è strano, bizzarro, molto scuro di pelle; in realtà è solo un po' più scuro di lei, che ha una carnagione piuttosto chiara. La donna ha già un altro maschio e una femminuccia e rifiuta questo terzo figlio, lo lascia piangere tutta la notte e si occupano del piccolo il padre e una donna della famiglia. Agli inviti della famiglia e del medico perché la donna si prenda cura del piccolo, la donna risponde: «Ma se io lo tocco mi succederà qualcosa di male, qualcosa di negativo». La donna sembra avere dei pensieri molto negativi che tiene solo per sé, appare spaventata e tristissima. L'équipe che la accompagna (spesso noi realizziamo le consultazioni insieme ai professionisti che seguono le pazienti) insiste sulla necessità di trovare una rapida soluzione, in quanto il padre non può continuare a occuparsi del bambino tutte le notti e poi andare a lavorare di giorno e la giovane donna che lo aiuta sta per ripartire. Il padre è molto preoccupato ed è fondamentale trovare una soluzione che eviti l'allontanamento del bambino e il suo affidamento a una struttura. Naturalmente, si tratta di una decisione molto grave quella di togliere un bambino a una famiglia e metterlo in un nido, in cui qualcuno se ne possa occupare, e nessuno vuole arrivare a questo punto. La madre, informata di ciò, ha detto durante un incontro al consultorio: «Non ha importanza, fate quello che volete con questo bambino, io non me ne posso occupare». Quindi, questo è il quadro della situazione.

Chiedo alla donna che cosa vuole fare e lei mi risponde: «Affidarlo ad altri, proprio come stanno dicendo». (Devo sottolineare che questa conversazione ha avuto luogo con un traduttore in lingua berbera, perché la donna parlava molto male francese, quindi c'era una mediazione linguistica in questo senso). Allora le chiediamo perché. Non è una domanda che bisognerebbe fare, ma le situazioni d'emergenza sono cattive consigliere. Lei infatti mi guarda e mi risponde: «È incredibile, sono venuta a vederla perché mi hanno detto che lei è una specialista di questi problemi e lei mi fa delle domande? Io sono venuta perché lei mi dica qualcosa, non perché mi faccia delle domande». Vedete le conseguenze di una domanda sbagliata...

A questo punto io comincio a parlare del fatto che lei considera questo bambino diverso dagli altri bambini che aveva avuto. Lei mi dice: «Sì, questo bambino è diverso». Io provo a introdurre questo discorso: «Nel vostro paese so che si parla di bambini diversi che vengono da altrove». E lei mi risponde: «Sì, però io non ho voglia di parlare di questo». Io comincio a sentire che la donna non ha voglia di parlare neppure della rappresentazione culturale che sta alla base del suo rifiuto, la nostra proposta di parlarne non provoca nessuna interazione con lei, quindi niente incontro. Dopo un'ora sono molto inquieta, ho la sensazione che non si sia stabilito alcun legame, alcuna alleanza.

Allora le dico: «Ma di che cosa ha bisogno un bambino? Di che cosa ha realmente bisogno? Possiamo trovare un accordo, negoziare e capire, provare a definire di che cosa ha bisogno?» Lei mi guarda e mi dice: «Mi fa veramente delle domande strane, dovrebbe saperlo lei stessa». A questo punto faccio intervenire ognuno dei terapeuti e ognuno inizia a esprimere la propria opinione. Uno dice che il bambino ha bisogno di essere nutrito, la donna ribatte che non è venuta lì per farselo dire, lo sa, ma non riesce comunque a nutrirlo. Qualcun altro dice che ha bisogno di tenerezza, di amore, di calore, di essere conosciuto, poi uno dice: «Il bambino ha bisogno di ricevere il nome giusto».

A questo punto la donna sembra più interessata e dice: «Sì, mio figlio ha il nome sbagliato». Comincia a raccontare che questo bambino è il secondo figlio maschio e avrebbe dovuto avere, per tradizione, il nome del nonno paterno. La tradizione vuole infatti che il primo figlio della famiglia porti il nome di un profeta per proteggerlo e il secondo il nome del padre del padre, soprattutto se questo è defunto, ed è il caso di questo bambino. Solo che la gravidanza di questa donna era stata difficile, anche se nessuno se ne era reso conto. La donna racconta di avere avuto moltissima angoscia, di avere pianto molto e di avere pensato alla morte dei suoi cari, in particolare alla morte di suo padre, che era deceduto in occasione della nascita del secondo figlio (il fratello di questa donna). La donna racconta di avere sempre pensato, che se lei avesse avuto un secondo figlio, sarebbe successo qualcosa di grave, qualcosa di brutto perché quando sua madre aveva avuto quel secondo figlio aveva perduto il proprio marito. Quindi aveva la sensazione, identificandosi con sua madre, che se avesse avuto un secondo maschio sarebbe successo qualcosa di grave. Nel corso della gravidanza, appena saputo che era un maschio, aveva cominciato a piangere; anche durante la stessa ecografia, quando le avevano comunicato che il bambino era un maschio, era scoppiata a piangere e questo mi è stato in seguito confermato dall'ecografista, stupita di questa reazione in una donna maghrebina, solitamente felice di avere figli maschi.

La donna, quindi, aveva vissuto con grande angoscia la gravidanza, in un quadro familiare che non le permetteva di esprimere questa angoscia, per paura di essere considerata pazza. Il parto era stato molto difficile e doloroso, perché in realtà questa donna non riusciva a spingere e alla fine aveva avuto un cesareo.

La donna racconta di un incubo avuto in gravidanza, in cui aveva visto un bambino neonato che le aveva detto in sogno: «lo voglio portare il nome di mio nonno materno». Svegliatasi di soprassalto, ne aveva parlato al marito che le aveva risposto: «Ma che cosa stai dicendo? Non ne posso più, è dall'inizio di questa gravidanza che hai dei problemi, sei strana, non sei più come prima». Il marito era stanco, non capiva che cosa stava accadendo alla moglie e c'era stata una discussione tra i due, la donna lo raccontava piangendo. Normalmente, in quella cultura, quando si fa un incubo di questo genere relativo al nome da dare al nascituro, ne segue una negoziazione che porta al cambiamento del nome, perché si riconosce il significato di questo presagio. La donna dice infatti: «Se fossi stata al paese, qualcuno sarebbe potuto intervenire per spiegare, ma qui che cosa potevo fare?» Il marito si era rifiutato di cambiare il nome e, nato il bambino, la donna aveva acconsentito di dare al figlio il nome del nonno paterno, ma continuava a considerare questo nome sbagliato.

Sin dall'inizio della gravidanza e poi durante il parto, qualcosa non aveva funzionato nel rapporto tra madre e figlio, ma nessuno se ne era accorto. La situazione di angoscia in cui si trovava a questo punto la donna si può comprendere solo prendendo in esame tutti questi elementi. Ho dimenticato di aggiungere che, dopo aver raccontato la storia, la donna ribadisce ancora: «Ecco, quello di cui ha veramente bisogno un bambino è di ricevere il nome giusto e di portare davvero il suo nome». Tutto quello che si era detto prima, sui bisogni del bambino, diventava secondario. Il bambino ha bisogno di calore a tutti i livelli, e si può pensare che tutti siano d'accordo su questo, ma in realtà la nozione di bisogno del bambino, o meglio la gerarchia di questi bisogni e la sua espressione non sono universali, ma possono variare. Quindi, se si discute dell'universalità di questi bisogni ci si renderà conto che le situazioni sono diverse e che non è a questo livello che bisogna operare, ma bisogna ricostruire i racconti, in relazione a singole situazioni.

Grazie al racconto della donna, eravamo riusciti a definire un quadro, ma non avevamo a quel punto fatto alcuna proposta. Il semplice fatto che la donna potesse raccontare quello che era accaduto, che noi potessimo capire quello che era successo, accompagnarla nel suo racconto e aiutarla a lavorare sull'interpretazione di questo sogno, il fatto che noi avessimo riconosciuto che la gravidanza era stata difficile e attraversata da tutte queste inquietudini, ha permesso alla donna di riuscire a guardare il bambino per la prima volta dall'inizio della consultazione. Alla fine ha detto: «Ma effettivamente questo bambino non è così nero, così scuro». Questo è stato un elemento molto importante, un buon punto d'inizio: non è più necessario sbarazzarsi, per così dire, del bambino perché la madre cominci a cambiare il proprio sguardo su di lui, a cambiare la propria rappresentazione del figlio.

È una storia molto lunga e ci ho messo anche molto tempo a raccontarvela. In sintesi, la sua rappresentazione del figlio si basava su rappresentazioni culturali che attribuiscono importanza al dare il nome giusto al bambino, importanza che è ancora più grande in situazione migratoria, dove l'attenzione all'identità del bambino, dei nostri figli, è cruciale.

Per concludere, vorrei tornare sul tema dell'universalità, che è qualcosa di molto concreto, non solo una dimensione etica ma anche molto pragmatica, è la necessità di comprendere dall'interno gli elementi che profondamente influenzano il corpo, l'ambiente e il pensiero. Nel caso della donna in questione, si è riusciti a negoziare con il padre, con le donne della famiglia e questo bambino alla fine ha avuto due nomi, un doppio nome. Io non ho fatto la proposta immediatamente, ma ho aspettato che il marito fosse presente e si mettesse a lavorare con noi. Prima ancora di fare una proposta, tuttavia, abbiamo creato il quadro che ha permesso alla donna di esprimere la sua rappresentazione, e questo ci ha consentito di avere accesso al suo prodotto interno che appartiene all'universalità psichica, creando un'alleanza, un legame.

L'universalità psichica è quindi il primo punto e si tratta di qualcosa di complesso, bisogna cercarla, non bisogna semplificare la situazione e pensare che sia tutto facile. C'è la complessità dell'essere umano da considerare.

- 2) **La codifica culturale** - Il secondo punto riguarda la codifica culturale, la codifica culturale di tutti, quindi la nostra e quella dei pazienti, di qualsiasi origine. Si tende a parlare di decodifica culturale solo per chi ha una cultura diversa dalla nostra, come se noi non utilizzassimo degli strumenti di codifica e questo non è corretto. La codifica culturale passa innanzitutto attraverso la lingua. Che cos'è la lingua? La lingua è un sistema di categorie che ci consente di leggere il mondo. Le categorie non sono sempre corrispondenti tra una lingua e l'altra. Il francese e l'italiano, che appartengono alla stessa famiglia, avranno alcune categorie molto vicine, ma non coincidenti a tutti i livelli. Io che sono di origine spagnola, me ne rendo conto bene quando parlo in francese, chiunque conosca bene un'altra lingua sa che è così. Non bisogna sovrapporre le categorie che non sono sovrapponibili; questo accade quando si ha una conoscenza superficiale. Io ho studiato per alcuni anni il bambara che è una lingua del Mali, ma a volte esistono delle categorie, delle parole che rappresentano delle cose che non riesco a pensare, non riesco a capire a che cosa corrispondano. È necessario passare attraverso delle immagini per capire quale sia effettivamente la categoria.

Lavoro molto in Messico con gli indiani e presso questa popolazione ci sono circa trenta parole diverse per dire «mais». Dunque, quando io mi ritrovo davanti a trenta parole per definire quella che per me è un'unica cosa, questo mi risulta incomprensibile. Un altro esempio, sempre nella lingua bambara, è l'espressione *dusu kasi*, utilizzata dalle donne per parlare di un certo tipo di tristezza e che è difficile da tradurre. Le donne spiegano che è una tristezza che è nel contempo una sensazione di pesantezza che si può provare in determinate circostanze. Diciamo allora che il termine tristezza viene suddiviso in varie categorie e anche noi ne abbiamo diverse.

Quello che voglio sottolineare è che le nostre parole limitano la nostra rappresentazione del mondo e del sé e che traduciamo quello che sentiamo attraverso parole che rappresentano delle categorie. Quindi, già c'è una codifica culturale che vale per tutti, ossia la lingua. Poi, al di là della lingua, che è un piccolo segmento della codifica culturale, il più evidente, esistono dei livelli ben più complessi di codifica culturale. C'è la codifica che potremmo definire esistenziale, il nostro modo di rappresentare il mondo.

Noi, nel mondo occidentale, separiamo molto il corpo dallo spirito. Possiamo definirlo come vogliamo: anima, funzionamento psichico, dipende dalla prospettiva in cui lo consideriamo, ma in ogni caso separiamo il corpo e il funzionamento psichico. Cerchiamo di considerare delle interazioni, ma l'idea è che si tratti comunque di due cose separate, due categorie. Nella maggior parte delle società da cui provengono i miei pazienti, invece, il corpo e lo spirito sono esattamente la stessa cosa; e non solo, questo concetto incorpora anche la famiglia, quindi il gruppo sociale. Per esempio, ieri ho visto un uomo turco venuto in ospedale per un'ulcera allo stomaco che mi ha

detto: «Sono contento di vederla, ho veramente voglia di parlare con qualcuno. Io so perché ho un'ulcera: vogliono fare del male alla mia famiglia». Possiamo immaginare dei collegamenti, d'accordo, ma quello che quest'uomo mi ha spiegato, è che a partire dal momento in cui si verifica un disordine all'interno del proprio corpo, oppure all'interno del proprio ambiente, questo colpirà il lato più debole; generalmente colpirà il bambino, il neonato, chi non ha difese perché è appena arrivato, la donna incinta o la partoriente, perché sono più vulnerabili e fragili. Nella sua famiglia, appunto, non c'erano bambini o donne incinte ed è stato colpito l'uomo allo stomaco. Quindi ci sono una serie di fattori, secondo lui, alla base della sua ulcera.

In questo caso, ci sono vari elementi da considerare. Perché mi è stata inviata questa persona? L'uomo rifiutava qualsiasi cura, la gastroscopia o trattamenti di altro tipo, perché la prima volta che si era sottoposto alla gastroscopia era stato male e non voleva rifare l'esperienza, sosteneva che il problema era altrove. I medici naturalmente non volevano dimetterlo così e mi hanno proposto di negoziare con lui una terapia o un intervento per risolvere la situazione. Quello che era importante di fatto era riconoscere che vi era un nesso in quello che il signore diceva: «C'è un disordine, ecco perché io sto male». Che si trattasse di un disordine all'interno o all'esterno del corpo non aveva importanza, l'uomo sentiva che si era rotta l'armonia tra lui, il suo io interiore, la sua famiglia e il suo gruppo. I livelli possono essere diversi, in ogni caso c'è un'idea di interazione armoniosa che, se si rompe, può portare al manifestarsi di disordini a cui è necessario dare un senso. L'uomo era molto coraggioso perché cercava di dare un senso, di capire. Non accettava la risposta medica, perché questa non riconosceva il suo bisogno di senso, è stato possibile trovare una soluzione al suo caso, quando si è riconosciuto che la sua ricerca di senso e la necessità di trattamento non erano per forza due esigenze contraddittorie, non c'era rivalità tra questi due livelli. Quindi, quello che è importante è l'integrazione, come dicevo prima, integrazione che diventa possibile con un approccio e in un'ottica complementarista, ossia rispettando ciò che pensa il paziente senza rinunciare ad altre posizioni quando è necessario e sempre creando un'interazione tra questi due livelli.

C'è un altro esempio importante: la questione dei morti e dei vivi. In tutta l'Africa Occidentale c'è una rappresentazione ciclica della vita. Il bambino proviene dal mondo degli antenati, quando nasce ed è molto piccolo non è un essere umano, è molto vicino agli antenati, crescendo si umanizza, si avvicina agli esseri umani adulti. Per diventare veramente adulto, il bambino deve passare attraverso un rito di iniziazione; diventato adulto comincia a invecchiare, muore e ritorna a essere un antenato. Il mondo degli antenati darà origine ancora una volta a dei bambini sotto forma di reincarnazione. Questa rappresentazione della vita è ciclica, la morte e la vita sono unite, mescolate tra di loro. Ciò spiega il motivo per cui, se qualcuno muore durante la gravidanza di una donna della famiglia, si può dare il suo nome al bambino. Non sempre è un bene per i bambini, ma è un modo per proteggerli, identificandoli con il ritorno dell'antenato.

A volte le reazioni dei genitori nei reparti di neonatologia, quando i bambini sono prematuri o nascono con dei problemi o muoiono, non sono capite dal personale medico. La reazione di fronte alla morte è molto culturale e così il modo di esprimere la propria sofferenza e di superare il lutto. A causa di questa diversità nella rappresentazione della morte e della vita, ci sono madri che si lamentano di non essere state sostenute. Sapevano che il bambino sarebbe morto perché aveva una malformazione grave e avrebbero dovuto preparare la morte del bambino affinché morisse bene. Se il bambino muore bene, si avrà meno paura per il futuro del bambino: è morto bene quindi è ritornato al mondo degli antenati, ha tutto quello che ci vuole. Ma se è morto male si è molto preoccupati perché ci si chiede che cosa gli accadrà e se ritornerà.

Anche noi per vivere il lutto, dobbiamo dirci che siamo capaci di superare la morte di nostro figlio. Bisogna quindi preparare il bambino, preparare se stessi, ed è molto difficile. Una mamma mi spiegava che avrebbe voluto preparare la morte del bambino e quando diceva al personale dell'ospedale: «Devo fare qualcosa, dei rituali, lasciatemi fare qualcosa...» il personale la rassicurava dicendo che il bambino non sarebbe morto. La madre, però, sapeva che sarebbe morto e ora si rimproverava di non aver fatto quello che avrebbe dovuto per il suo bambino. Non poter accompagnare suo figlio nella morte era stato molto duro per lei, e il reparto non aveva fatto niente per permettere che questo accadesse.

Questo è soltanto un esempio per dirvi che questa codifica culturale ha delle conseguenze molto concrete. Sono moltissimi gli esempi che potrei farvi, essenziale è essere sensibili a questa problematica, aver voglia di imparare e avere la capacità di decentrarsi, ovvero, di uscire dal proprio centro, di spostarlo, accettando che anche gli altri possano essere al centro.

Nel caso della questione dei rituali per il bambino che sta per morire, bisogna essere in grado di pensare che ci sono diversi modi di prepararsi alla morte, di superare la morte e continuare a

vivere. È estremamente grave per qualsiasi donna perdere il bambino che ha appena messo al mondo.

Per comprendere che ci sono modi diversi per affrontare questo dolore, è necessaria un'operazione di decentramento, si deve lasciare il proprio centro e indirizzarsi verso il centro dell'altro. Questo è difficile perché provoca una vertigine, non si può più contare infatti su i propri punti di riferimento.

Le rappresentazioni ci aiutano a trovare dei punti di riferimento, a costruire un quadro, a sapere come comportarci nei confronti di una mamma che sta per perdere un bambino. Penso che se capitasse a me, la presenza di qualcuno che mi stia vicino e che mi parli sarebbe importante. Ma non è detto che ciò che considero importante per me, lo sia anche per una donna con una cultura diversa dalla mia. Quindi, come comportarsi, come negoziare il nostro intervento in questa situazione? In un certo senso bisogna essere molto modesti, senza però pensare di non sapere nulla, bisogna cercare di prendere in considerazione quello che siamo noi e quello che la madre è. Questo la madre deve poterlo dire, deve essere autorizzata a esprimerlo.

Parleremo in questi due giorni di come creare le condizioni perché la madre si esprima, ma credo che il primo passo sia quello di «iniziarsi» a queste rappresentazioni culturali, cominciare a capirle. Si deve accettare che esiste una codifica culturale e che la madre ha delle rappresentazioni da questo punto di vista, forse non può esprimerle, forse sono un po' nascoste e bisogna aiutarla a ritrovarle. L'immigrazione cancella spesso questi elementi, ma queste rappresentazioni ci sono e, dato che ci sono, bisogna assumere che ci siano per principio.

Se si continua un percorso di formazione, bisogna cominciare a conoscere alcune di queste rappresentazioni attraverso l'antropologia, perché ci consente di decentrarci, ci si meraviglierà allora della grande ricchezza con cui si verrà in contatto, e non sarà solo un'esperienza intellettuale, andrà molto al di là. Questo ci aiuterà a uscire dal nostro centro e a fare scaturire e dare inizio a dei racconti.

Se sappiamo che è molto importante per la donna che abbiamo di fronte preparare la morte del bambino, le diremo: «Sappiamo che è molto importante per lei preparare la morte del bambino e quindi come possiamo aiutarla? Come possiamo sostenerla?» Questo non significa che noi dobbiamo concretamente fare qualcosa per questo. Ma potremo consentire che queste cose avvengano all'esterno e noi occuparci dell'interno; fare in modo, per esempio, che la morte del bambino non impedisca alla donna di continuare a vivere, di occuparsi dei suoi bambini e di averne altri in futuro, se lo desidera.

Un altro esempio di codifica culturale riguarda la nostra percezione del corpo, quello che sentiamo infatti è molto culturale. C'è una questione di gusto, di sensazioni, di percezioni, di modo in cui si decodificano le percezioni e le sensazioni. C'è anche il fatto che quando siamo bambini, nell'interazione madre-bambino c'è una codifica culturale che si trasmette direttamente al corpo, attraverso il modo con cui ci si occupa del bambino, per esempio lo si culla, lo si tiene in braccio o non lo si fa. Nell'Africa Occidentale, per esempio, i bambini sono molto stimolati prima dello svezzamento e camminano molto presto. Le donne maghrebine massaggiano molto il corpo dei bambini, dei maschietti in particolare, dicono che fanno ginnastica, ma soprattutto che modellano il corpo del bambino. Tutto questo non avviene attraverso le parole, è uno stadio pre-verbale che definirà il nostro rapporto con il mondo, lo modellerà. Se mi osservo parlare, mi rendo conto che continuo a muovere le mani. E perché muovo le mani? Perché penso che questo sia il mio modo di parlare, nessuno mi ha mai detto che devo muovere le mani per poter parlare, ma per poterlo fare utilizzo le mani. Si tratta quindi di cose che sono assolutamente implicite e che fanno in modo che il corpo dei bambini sia modellato da un punto di vista culturale.

C'è un termine che ha coniato Margaret Mead, antropologa americana che ha studiato molto il modo in cui la società trasmette i propri valori attraverso il trattamento del corpo del neonato: il termine di inculturazione. È un apprendimento, una codifica dei gusti dei neonati che comincia ancora prima della nascita: il gusto, l'udito, l'odorato, tutti i sensi. All'inizio il rapporto è molto corporeo, poi si passa all'educazione, si insegna al bambino a utilizzare il vasino, poi c'è l'approccio alla sessualità ecc. Si tratta di trasmettere la cultura nel corpo, come un seme fatto crescere nel corpo del neonato.

In una situazione di migrazione, l'inculturazione diventa più difficile, vedremo che saranno presi in considerazione poli diversi, ma questo non è grave, se ciascun polo è ben strutturato. Quando il bambino è piccolo, il polo più importante è il polo materno, quindi il polo d'origine, poi quando i bambini crescono, prenderanno altri elementi dal mondo esterno, ma nei primissimi momenti di vita tutto passa attraverso il corpo e la lingua materna, e quindi la codifica è trasmessa dalla madre.

Ci sono tre livelli di codifica culturale fondamentali, che si devono prendere sempre in considerazione per capire, accogliere e curare.

a) Il primo livello è quello dell'essere: l'essere del bambino, della madre, del padre, dei genitori, cioè delle rappresentazioni di ciò che un bambino è, di che cosa ha bisogno, di che cosa è una madre e di come si deve comportare. Tra le società europee e le società maghrebine o dell'Africa Nera le maggiori differenze sono relative alla figura del padre più che della madre. Le istituzioni mediche o sociali in generale hanno difficoltà a riconoscere la posizione del padre. Si vorrebbe che il padre non fosse un padre patriarcale, ma un padre come quello che c'è qui. È paradossale: se vogliamo che il padre svolga un ruolo di padre, non possiamo dirgli noi come deve farlo. È difficile in quanto siamo delle istituzioni molto femminili, abbiamo delle reazioni molto specifiche da questo punto di vista. La negoziazione del ruolo dell'uomo e della donna è strettamente culturale e mette in gioco la nostra identità personale. A ogni modo, il primo livello è quello dell'essere (della madre, del neonato, del padre) che dobbiamo ricostruire e cercare di conoscere.

b) Il secondo livello è quello del senso. Che senso ha quanto mi sta accadendo? Perché mi ammalò? Perché non riesco ad avere bambini? Perché i miei bambini si ammalano? Perché ho avuto un parto cesareo? Tutte queste domande hanno risposte culturali e individuali. Ma non bisogna dimenticare che il senso culturale resta sempre il primo. Vedremo che i parti cesarei sono difficili, complicati per donne che non sono state preparate a questo evento e che pensano che un bambino nato in questo modo non sia nato completamente. Un parto cesareo è difficile per tutti ma se, oltretutto, non se ne comprende il senso culturale, l'angoscia è ancora maggiore e, conseguentemente, maggiore l'esigenza di cercare di costruire un senso. Se da una parte si preferisce avere un bambino nato senza complicazioni e in buona salute, e dall'altra si pensa che il bambino nato in questo modo non sia vivo e che questo significhi non essere una buona madre, non è possibile trovare un punto di incontro. Un punto di incontro è possibile solo se l'équipe prende in considerazione la gravità del parto cesareo dal punto di vista della donna, in quanto interrompe il ciclo della vita, il modo in cui si pensa che i bambini si umanizzino. Se è necessario si potrà fare un taglio cesareo, ma a condizione che l'équipe si impegni ad accompagnare, a sostenere la madre in una specie di equivalente del rituale della buona nascita. Il bambino dovrà essere seguito in modo particolare, si potrà chiedere alla comunità di dirci o di fare cose particolari per questo bambino che non è nato bene. Essenziale è riconoscere che il bambino non è nato bene e non cercare di convincere la donna del contrario, perché per lei non si tratta di una buona nascita. Per me e per la maggior parte delle donne lo è, ma per lei no. Quindi, bisogna partire da questo punto di vista e questo non impedirà di svolgere un atto tecnico, quindi di eseguire un parto cesareo, anzi lo favorirà. Bisogna cercare il senso e su questo bisogna essere intransigenti, continuare a cercare affinché il senso esista e in genere è plurale, molteplice. Non è un senso solo, sono vari sensi; è tutto un processo.

c) Il terzo livello è quello del fare. Lo vedremo attraverso casi clinici, quindi un po' ne abbiamo già parlato. Si tratta di che cosa si aspetta la donna. Per esempio nel caso del parto cesareo, lei non si aspetta di avere un parto cesareo. Si aspetta, per esempio, che si canti una canzone, che si dicano delle parole che permettono al bambino di uscire dalla pancia; bisogna negoziare a livello di operato, a livello del fare. Bisogna negoziare una strategia prendendo in considerazione la cultura e anche l'individuo, perché la cultura passa attraverso gli individui. Anche se si appartiene alla stessa cultura, ci si può appropriare di elementi diversi, soprattutto nel percorso migratorio. Ma comunque bisogna sapere che la gravidanza è un momento in cui gli elementi culturali, che pensavamo nascosti, riemergono.

Durante le mie consultazioni, per esempio, ho visto una donna dell'Africa Centrale che lavora come psichiatra per bambini in Francia. In seguito al parto ha avuto una depressione grave e si è ricordata di cose che sua madre le aveva detto che sarebbe stato necessario fare dopo la nascita del primo bambino, quali non mangiare determinati frutti, interpretare i sogni ecc., tutte le istruzioni necessarie per la famiglia. Questa donna viveva in Francia, era un'intellettuale, molto intelligente, specializzata in psichiatria infantile, con idee precise, e che non riteneva che quanto le aveva trasmesso sua madre facesse parte della sua cultura. Come sapete, però, la gravidanza è un momento particolare, si parla di «trasparenza psichica», ci sono elementi psichici che non sono così evidenti durante la vita normale e che riemergono durante la gravidanza, elementi dell'infanzia, trasmessi a un piano psicologico profondo. Lo stesso vale anche per il piano culturale. Vi è una «trasparenza culturale»: elementi culturali che parevano secondari riprendono il sopravvento e con essi si deve negoziare. Con alcuni di questi elementi transgenerazionali è necessario negoziare per diventare madre. Quindi, si pone la questione del fare e non è una questione di ceto sociale, non è una questione di livello intellettuale, è praticamente un momento di passaggio.

- 3) **Il trauma dell'esilio** - Il terzo punto sul quale si basa la clinica transculturale è il trauma dell'esilio. Sono stati fatti molti studi su questa tematica, ma ciononostante rimane un punto molto controverso.

Che cos'è la migrazione? Cos'è il fenomeno migratorio? Innanzitutto è un evento sociologico, un individuo o una famiglia lasciano il paese originario per trasferirsi in un altro paese per ragioni multiple: politiche, economiche, personali, storiche. Possono anche coesistere tutte queste ragioni.

La migrazione, il fenomeno per cui si lascia il proprio villaggio, la propria città, il proprio paese è fisiologico in una società. La stessa migrazione interna, molto comune in Francia e in Italia, è una problematica molto importante che comporta una serie di conseguenze per gli individui, prenderemo però in considerazione solo i fenomeni migratori internazionali.

Si tratta di un evento sociologico che rappresenta, ne sono convinta, un atto di estremo coraggio, che le ragioni siano politiche o economiche. Ci possono essere anche ragioni tradizionali: ci sono zone in cui, indipendentemente dalle ragioni oggettive, per diventare uomini si deve partire all'avventura, ci sono sempre state persone che hanno tentato questo cammino, si tratta di vere e proprie tradizioni familiari. Indipendentemente dalla ragione, si tratta comunque di un atto di grande coraggio, perché lasciare il proprio paese per andare in un altro, quindi cambiare universo, non avere più punti di riferimento, protezione, dover ricostruire tutto a partire dalla lingua, le appartenenze, il modo di fare, è un atto di estrema gravità e tutti i migranti lo sanno. Anche quando fanno questa scelta senza esservi obbligati, sono consapevoli che l'emigrazione è un atto grave, che avrà un'influenza anche sulle generazioni a venire.

In un determinato periodo si tendeva a pensare che certi tipi di migrazione fossero, per così dire, transitori, per cui si parte, si va a cercare di avere una migliore educazione per i figli, si cerca di guadagnare del denaro, ma poi si tornerà. Tuttavia tutti i migranti sanno che quando partono assumono su di sé il rischio di non tornare mai più, di trasferire i propri figli alla società d'accoglienza. I bambini sono per così dire «persi per l'Africa» come diceva una delle mie pazienti.

Non vorrei considerare ulteriormente questi aspetti, ma è importante capire che la migrazione è un atto che coinvolge individui e gruppi. Che la migrazione sia un evento sociologico è risaputo, è più complicato invece pensare che la migrazione sia parimenti un evento psicologico.

Le conseguenze sull'individuo sono infatti profonde. Vorrei citare una storia particolare che mi aveva toccato in modo molto profondo. Un padre mi ha detto: «Io sono emigrato per salvare i miei bambini, perché i miei due primi bambini sono morti, e io immaginavo che si dovesse andare in un altro paese in cui ci si potesse occupare dei bambini in modo diverso, in cui i miei bambini potessero avere delle cure mediche». Non era solo una questione di cure mediche, il padre sentiva il bisogno di emigrare perché i bambini potessero rimanere in vita; quindi, si trattava di problematiche da un punto di vista psicologico estremamente complesse.

Un'altra storia è quella di un mio paziente maghrebino, che viveva in un piccolo villaggio del Marocco. Figlio unico, aveva perduto il padre quando era molto piccolo ed era stato allevato dalla madre, faceva il calzolaio. Aveva come tutore uno zio paterno che, invece, aveva molti figli emigrati in Francia, che avevano una macchina, dei soldi da dare alla famiglia ecc. Tutti in un certo qual modo avevano avuto successo.

Quest'uomo aveva un certo potere nel villaggio, era ben inserito, voleva stare vicino alla madre che era sola; si era sposato con una cugina e tutto andava benissimo per lui, finché un giorno lo zio, a cui era molto legato, gli aveva rimproverato in modo paterno di non essere abbastanza ambizioso e di non avere, come i cugini, tentato la fortuna in Francia. Il mio paziente non aveva alcuna intenzione di partire perché stava bene con sua madre, accanto alla sua giovane moglie. Ha riflettuto però sul fatto che era importante essere un buon figlio agli occhi di questo tutore, che gli aveva permesso di avere un mestiere. Quindi, un giorno ha deciso di partire.

Prima di partire è andato da un guaritore e gli ha detto: «Sei un guaritore quindi una persona che ha dei doni e dei poteri. Io devo partire per fare piacere a mio zio, ma fai in modo che io non parta, che venga rifiutato alla visita medica per ottenere il permesso di visto per la Francia. Fai in modo che succeda qualcosa e che io non parta». Si è recato da questo guaritore e poi è andato alla visita medica, dove invece è stato considerato idoneo.

Lo stratagemma non aveva funzionato e si era ritrovato a lavorare in Francia per una decina di anni, non si era arricchito, non era per nulla contento, ma non poteva neanche ritornare perché sarebbe ritornato senza niente, aveva a mala pena quello che gli serviva per vivere e mantenere sua moglie. Era partito per diventare un vero uomo proprio come si aspettava suo zio e si ritrovava in una situazione di grande infelicità. A un certo punto gli è capitato un incidente sul lavoro a cui ha reagito con uno scoppio fortissimo; ha cominciato a perdere la memoria, aveva

male ovunque anche se i medici dicevano che avrebbe dovuto riprendersi, aveva la sensazione che qualcosa non funzionasse, che fosse accaduto qualcosa ed era affetto da una profonda depressione. In occasione di questa depressione l'ho incontrato.

Quello che voglio sottolineare in questa storia è che quest'uomo raccontava molto chiaramente che per lui l'esilio era stato una sorta di dolore infinito e non era riuscito a superare il trauma del cambiamento di paese.

Non sempre la migrazione è dolorosa, ma è valido questo concetto di trauma nel senso psicanalitico del termine: la migrazione è un cambiamento di universo così profondo che produce degli effetti sulla persona, sull'interiorità della persona, sul suo funzionamento. Nella maggioranza dei casi si cerca di fare qualcosa che aiuti il paziente a vivere meglio quindi si cerca di trasformare l'effetto traumatico in qualcosa che lo aiuti ad adattarsi al nuovo universo. Ma in moltissime situazioni questo non è facile, c'è molta sofferenza di fondo, tanto più se la migrazione è stata molto ambivalente, come nel caso del mio paziente. Non sempre la migrazione è vissuta in modo così ambivalente, ogni migrazione è qualcosa a sé stante; ma il trauma esiste sempre.

Ci sono individui che riescono a ricostruirsi facilmente e ci sono altri per cui non è così facile, in quanto il trauma dell'esilio richiama altri traumi anteriori che tendono, per così dire, a riaffiorare. Questo è un concetto molto noto: la ricomparsa di un trauma anteriore che si riallaccia agli altri e rende dolorosa la vita dei pazienti.

Anche trasmettere, quando si è soli, può diventare doloroso, e questo è molto importante per le donne e per i neonati; si trasmettono dei saperi ai propri bambini, ma questa trasmissione è resa possibile anche dal fatto che l'ambiente esterno è coerente con i saperi trasmessi. Se l'ambiente esterno non trasmette le stesse cose, se non c'è coerenza, evidentemente la trasmissione sarà difficoltosa e si perderà la sicurezza del valore di quello che si sa. A un certo punto la donna tenderà a dirsi: «Ecco, i miei bambini cresceranno in Francia; è davvero il caso che io trasmetta i miei valori e la mia lingua?» Io stessa comincio ad avere dei dubbi in proposito e le donne mi capiranno molto bene perché sanno che la trasmissione è qualcosa di complesso. Quindi, il trauma si situa a tutti questi livelli: l'esilio, la migrazione e le sue conseguenze.

Io utilizzo spesso la parola esilio, non so se esiste in italiano, perché a essa è legata l'idea di nostalgia. L'esilio non è traumatico di per sé, è più una sorta di nostalgia, l'esilio può anche essere creativo, ma quando si è in una situazione senza uscita, quando gli effetti sono troppo pesanti anche sulla propria famiglia, a questo punto si può parlare di vero trauma.

Vorrei insistere su questa doppia modalità della migrazione, tutte le migrazioni hanno un effetto sulle persone, ma questi effetti possono essere più o meno rielaborati. In generale quando tutto va bene e non ci sono problemi, è possibile per la persona, più o meno, negoziare la situazione in cui si trova con la sua condizione di esilio. Il problema si pone quando esistono degli eventi dolorosi nella nuova vita che riportano la persona al senso della sua precarietà: può essere una gravidanza o il fatto, per un bambino, di andare a scuola, può essere qualcosa che non funziona, qualcosa di difficile, una difficoltà sociale che impedisce di risolvere dei problemi, la sofferenza prodotta a una donna dalla difficoltà ad avere bambini, ad avere successo nel lavoro, un incidente o il fatto che i bambini vanno male a scuola o se ne vanno.

Mi capita di vedere famiglie che hanno lottato molto per crescere i loro figli e che hanno problemi quando i figli se ne vanno. Penso, per esempio, a una madre algerina che ho conosciuto; era da trent'anni in Francia e non parlava una parola di francese, perché per lei migrare aveva significato seguire il marito e fare crescere i suoi figli e basta. Dopo trent'anni, i figli avevano studiato e tutto procedeva bene, ma l'esilio di questa donna a questo punto non aveva più senso. Questa donna continuava a piangere e insisteva per rivedere sua madre l'ultima volta. Andava regolarmente in Algeria, ma a un certo punto si è lasciata prendere dall'angoscia di morire e non rivedere più sua madre, il suo desiderio di tornare era fortissimo. La sua situazione era complicata dal fatto che aveva un problema cardiaco che le impediva di viaggiare. Il fatto di ritrovarsi da sola senza figli era un piccolo trauma supplementare che richiamava tutti i traumi interni che lei aveva vissuto.

Ci sono dei momenti nella vita che tenderanno a ricordarci, in particolar modo i momenti di separazione e i momenti di lutto, che siamo soli e che non possiamo quasi contare sulla struttura del gruppo per aiutarci a elaborare dei lutti o delle separazioni. L'evento migratorio può avere, dunque, conseguenze che si rivelano molto lontano nel tempo.

Voi sapete anche meglio di me che la migrazione, una volta che io sia riuscita a organizzare questi effetti e a tenerli sotto controllo, può diventare molto creativa per la prima generazione e anche per la seconda, perché questa ricchezza, questa alterità che io porto con me, queste differenze di cui sono portatore e che riesco a far convivere a volte con un po' di sofferenza con l'esterno, fanno in modo che io abbia qualcosa all'interno di me di cui sono fiera e che mi permette

di capire meglio la differenza tra le culture, di avere una certa agilità nelle relazioni con gli altri, di essere creativa, magari anche a livello artistico.

Io ho delle pazienti che sono delle vere poetesse, che in generale non mostrano questa tendenza all'esterno, ma quando cominciano a parlare dei loro bambini, dell'esilio, mi scrivono o si fanno scrivere da qualcuno per me delle specie di poesie che rappresentano il loro modo di trasformare la sofferenza vissuta e il dolore dell'esilio in qualcosa che consente loro di capire meglio il mondo e gli altri. Questo è vero per la prima generazione e ancor più vero per la seconda, i bambini dovranno negoziare con la loro alterità.

- 4) **La prima e la seconda generazione** - Passiamo quindi all'ultimo punto che volevo prendere in considerazione a livello teorico. Consentitemi di insistere sul fatto che ci sono diversi studi a nostra disposizione sulla prima generazione, ma ciò che mi ha appassionato subito è stata la seconda generazione. Che cosa fanno questi bambini della loro alterità culturale? La seconda generazione è destinata a trasformare la società d'accoglienza, il destino in generale della seconda generazione è quello di diventare bambini e adulti nel paese d'accoglienza e di restarvi. Il loro destino è legato alla questione della trasmissione fra la prima e la seconda generazione, perché questi bambini non hanno conosciuto il villaggio, i rituali d'iniziazione, non sanno che cosa significano certe cose.

Mi ricordo un piccolo latinoamericano durante una consultazione in cui i genitori parlavano di *susto*, il bambino capiva questa parola che però non aveva alcun senso culturale per lui. I latino-americani che sono in questa sala lo sanno meglio di me, il *susto* è un concetto culturale molto importante, che esprime una estrema paura. Anche in Maghreb c'è una parola che indica uno spavento che separa il corpo dallo spirito e può comportare sofferenza, preoccupazione, sia nell'anima che nel corpo. Questo piccolo latinoamericano capiva la parola, ma non aveva alcun senso per lui. I genitori dicevano che questo bambino parlava molto bene francese e spagnolo a casa ma, non appena andava a scuola, chiudeva la bocca, non parlava più, non riusciva più a parlare a nessuno, né alla maestra, né ai compagni. Era spaventatissimo, in modo tale che non riusciva a comunicare e a imparare. Di fronte a questa situazione, i genitori erano disperati e mi avevano chiesto aiuto. Siamo giunti alla conclusione che il bambino soffriva di *susto*, ma il bambino di per sé non attribuiva nessuna strutturazione culturale a questo termine.

Si tratta di bambini della seconda generazione che non parlano più la lingua dei genitori. Da un punto di vista del bilinguismo, in Francia troviamo una situazione terribile: solo il dieci per cento dei bambini immigrati è bilingue, quindi una percentuale molto bassa, insufficiente. Questo è dovuto alla concezione francese della lingua, si ritiene che l'identità sia la lingua e non si può immaginare un'identità francese plurilingue. Questo fa parte della nostra storia. La scuola e le istituzioni in generale non favoriscono assolutamente la trasmissione della lingua madre, cosa che io ritengo un errore perché il bilinguismo è importante per la strutturazione individuale, per la trasmissione, per il legame genitori-figli. Il bilinguismo è fondamentale ma non è particolarmente favorito dal paese. Non so che cosa succede in Italia, comunque la seconda generazione non è necessariamente bilingue e si trova in una situazione diversa dalla precedente generazione: questi bambini non hanno subito il trauma della migrazione, ma questo trauma è stato loro trasmesso. Vivono in una situazione di rottura, cioè di separazione tra il mondo di casa e il mondo della scuola o dell'esterno. Quindi la loro difficoltà e anche la loro grandezza consiste nello stabilire dei collegamenti fra l'esterno e l'interno. Il problema non è quello del trauma diretto, i figli si trovano a livello di questa rottura e separazione tra due mondi molto difficili da conciliare. Le difficoltà sociali finiscono per aumentare ulteriormente la distanza fra i due ambienti: la casa e la scuola, la casa e il consultorio.

Non aggiungerò altro, se non che si tratta di una problematica che si accresce quando i bambini crescono e si acuisce in particolare nell'adolescenza. Vorrei concludere questa riflessione, accennando qualcosa di molto importante per l'approccio transculturale. La prima e la seconda generazione pongono problemi diversi; dobbiamo rispondere a questi problemi non in modo standardizzato, ma inventare cose nuove, seguendo l'evoluzione delle situazioni e con la consapevolezza che per questi bambini e adolescenti bisogna riflettere in termini di trasmissione, di rottura, più che in termini di trauma diretto.

La posizione del curante

Cercheremo di fare passi avanti e riflettere sulla posizione di coloro che accolgono, che cercano di capire, valutare e curare. Sono posizioni diverse evidentemente; si può essere medico, assistente sociale, infermiera, mediatore e così via, le formazioni sono diverse. Ma c'è un punto in comune fra tutte queste posizioni: è la posizione interiore di quello che definirò «il terapeuta». Uso il termine

terapeuta nel senso più ampio del termine: la figura che ha il compito di accogliere e curare; intenderò con questo termine tutti coloro che partecipano a questo dispositivo di accoglienza.

Dicevo che c'è un punto in comune fra tutti i terapeuti, che è quello della posizione interiore. Lavorare su questa posizione è un esercizio difficile, perché riguarda qualche cosa di intimo, per cui si prova anche pudore, si tratta del centro focale del nostro atteggiamento, ciò che ci consente di adattarci o meno, che ci permette di inventare o meno nuovi modi di agire, nuove immagini, nuove strategie, persino nuove professioni, perché con lo sviluppo della clinica transculturale vediamo che si sviluppano figure nuove. C'è per esempio il mediatore culturale, ma c'è anche il mediatore presso la scuola, nei tribunali, nelle associazioni che si occupano di bambini. Sono nuove professioni che non esistevano in passato, rese necessarie da questo bisogno di adattamento. Vedremo che il lavoro di queste nuove figure professionali, per quanto riguarda il nostro campo di intervento, si basa molto sul collegamento fra il sistema sanitario e la società.

Un grande principio della clinica transculturale è proprio quello di avere reintrodotta le cure nella società, di aver consentito alla società e al sistema sanitario di trovare un punto di contatto. In passato, nel settore sanitario o in quello scolastico, ci si era concentrati sulla tecnica e si era talmente tecnici che non si riusciva a creare un collegamento: da una parte c'era la società e dall'altra parte il mondo sanitario, non c'era interazione possibile. Con la clinica transculturale, questa interazione è diventata possibile.

Vorrei dire su questa questione quanto segue: la nostra capacità di fare innovazioni, di sviluppare il sistema di cure dipende dalla nostra posizione interiore ed è proprio per questo motivo che vorrei concentrare la nostra attenzione su questo aspetto. Comincerò da questo punto, poi cercherò di presentarvi delle situazioni cliniche.

Non bisogna dimenticare, a livello di posizione interiore, che bisognerà considerare sempre due livelli. Il primo livello riguarda la nostra reazione nei confronti delle rappresentazioni culturali dell'altro, il suo modo di comportarsi e di presentarsi, la sua lingua, il suo modo di esprimersi e relazionarsi. Cercheremo di esaminare queste reazioni. In questo livello bisogna includere sia il concetto di origine culturale sia il concetto di «alterità». Io definisco alterità questa idea di estraneità, di qualcosa che non condividiamo spontaneamente, immediatamente, questo concetto di differenza, nel senso filosofico del termine, questa sensazione di avere qualcosa in comune ma anche qualcosa di diverso, di essere portatori di differenze che provocano reazioni diverse.

Questo livello è inizialmente il più evidente, quello in cui l'antropologia è assolutamente necessaria, e ci è necessaria in due modi. Il primo è la conoscenza culturale, l'interesse per le rappresentazioni dell'altro, un interesse intellettuale in questo caso, che cerca di capire, di conoscere, di impregnarsi delle rappresentazioni culturali dell'altro. Il secondo è quello che ci porta a permettere all'altro di esprimersi. Il problema è consentire al paziente di mostrare la sua alterità. Si verificano delle reazioni così forti di fronte alle situazioni di alterità, che la maggior parte degli immigrati cerca di minimizzare l'alterità che viene percepita dagli altri. Questo riguarda soprattutto il personale curante, perché siamo noi ad autorizzare i pazienti a essere se stessi.

Non si tratta semplicemente di dare il permesso, non si tratta di dire: «Mi racconti quello che vuole perché sarà senz'altro esotico», non è una questione di tolleranza, ma di qualcosa di più profondo, che dipende dalla posizione interiore del terapeuta in primo luogo, e anche dai nostri dispositivi tecnici.

Le condizioni in cui si svolge un colloquio sono importanti: per esempio nei colloqui a due curante/paziente ci sono alcune cose che non si possono dire, perché in certe situazioni ci si rende conto che il paziente si sente protetto solo da un gruppo, che sia garante di quello che viene detto e che consenta al terapeuta di superare determinati limiti e di avvicinarsi al paziente in modo terapeutico, senza che questo avvicinamento venga percepito come eccessivo o addirittura travisato in chiave sessuale. Ci sono elementi che dipendono dall'accettazione profonda dell'alterità e insieme elementi che dipendono dalla tecnica che viene adottata, perché alcuni elementi tecnici possono impedire che alcuni pensieri vengano espressi.

Porto un esempio che ci può aiutare a capire gli aspetti tecnici. Nella maggior parte delle società non si fanno domande del tipo: «Come va a casa? Il bambino dorme da solo o nel letto dei genitori?» Domande che noi siamo abituati a porre in un colloquio medico. Quando ho studiato medicina, ho imparato a fare queste domande, si tratta di un vero e proprio interrogatorio come in tribunale; quindi, quando un paziente francese va a consultare un medico, sa che certe domande gli verranno poste. Quando, invece, un paziente dell'Africa Occidentale si reca da un guaritore non si aspetta che gli vengano poste delle domande. Quando la stessa persona si reca dallo psicologo o da un medico immagina che la tecnica sarà diversa, ma che ci siano comunque dei limiti. Quindi, se si comincia a fare domande sull'intimità della casa, si possono creare dei problemi. A volte le risposte dei pazienti

non sono vere risposte, ma adattamenti a quello che si aspettano di dover dire; in queste situazioni non si riesce a dare origine a un vero e proprio racconto.

Vi parlerò dell'esempio di una donna il cui bambino aveva difficoltà a separarsi da lei e aveva grandi difficoltà a scuola da anni, ogni volta che si parlava della mamma piangeva, si rifiutava di imparare e di lavorare in classe e faceva passi indietro. La mamma aveva già consultato diversi pediatri, psicologi, medici, infine la famiglia si era rivolta al nostro Centro di consultazione.

La mamma mi ha detto: «È insopportabile, continuano a farmi domande su che cosa succede tra me e mio figlio in casa, come se avessi una relazione (incestuosa) con mio figlio». È chiaro che reagiva ai sottintesi delle domande che le venivano poste sul suo rapporto con il figlio, era una situazione che persisteva da anni, nessuno capiva che cosa stesse succedendo e quindi venivano poste domande che indagavano chiaramente sulla natura del suo rapporto con il bambino e lei ne coglieva i non detti, in quanto non si trattava di domande cui era abituata.

Ralph Linton, un antropologo americano, diceva che la cultura è come l'acqua per il pesce: il pesce vive nell'acqua e non è consapevole del fatto di essere circondato dall'acqua. Noi siamo come un pesce nella nostra cultura e non ce ne rendiamo conto, vediamo invece la cultura degli altri. Anche i pazienti si rendono conto dei non detti della nostra cultura. Questa mamma soffriva per le difficoltà del figlio e mi ha detto una cosa che mi ha colpito tantissimo: «Penso che se non riesco a separarmi dal bambino è perché siamo male assortiti. La questione non è che siamo troppo vicini, ma che non lo siamo abbastanza».

Alla fine, grazie alla strada che lei ci ha indicato, siamo riusciti a trovare una soluzione, non si trattava di separare a ogni costo la madre dal bambino, ma di riunirli veramente, solo se veramente uniti i due potevano separarsi. Quello che voglio dire con questo esempio è che ci sono domande che entrano nell'intimità delle persone e che non rientrano nelle loro modalità di interazione, è una cosa che dobbiamo imparare.

Che cosa fare, dunque? Durante la consultazione forniamo delle rappresentazioni e dei racconti, non poniamo delle domande. A questo proposito, abbiamo contato il tempo in cui i terapeuti parlano ai pazienti e l'evoluzione di questo tempo durante una psicoterapia. All'inizio, quando ho visto i risultati, ero un po' sconcertata, ma poi ho capito che andava bene. All'inizio della terapia il terapeuta parla molto più del paziente; poi, con il passare del tempo, il terapeuta parla sempre meno e poi non parla praticamente più. Ma all'inizio si parla molto, perché si fanno poche domande e quindi si forniscono quelle che noi chiamiamo delle rappresentazioni. I coterapeuti propongono idee e racconti multipli. Ci possono essere sei, sette o otto interventi diversi, dipende dalle consultazioni e i pazienti reagiscono agli interventi. Io stessa reagisco agli interventi. Il co-terapeuta fa un intervento che si rivolge a me e il paziente lo sente, e reagisce a quanto ha detto. Quindi, c'è un'interazione molto complessa, diversi livelli di rappresentazione, a ogni modo si parla molto e si fanno poche domande.

È completamente diverso rispetto alla tecnica tradizionale, in cui o non si parla o si fanno delle domande, comunque si parla molto poco, a monosillabi.

Quando si dice che questa tecnica prende in considerazione il piano culturale, questo riguarda anche le reazioni a quanto viene effettivamente detto, se una donna dice: «Mia figlia è una strega», questo deve essere interpretato sul piano culturale, sarebbe sbagliato interpretarlo come un sintomo di aggressività. Non si tratta di un'aggressività nei confronti della bambina in questo caso, ma di qualcosa di diverso. Già c'è molto da interpretare da un punto di vista culturale in quello che la donna dice: che cosa vuole dire strega? Vuole dire alterità, qualcuno che sta nell'al di là, nel mondo della morte. Una co-terapeuta può intervenire su quest'affermazione, la sua interpretazione culturale potrebbe essere: «Questa bambina ha un rapporto con coloro che sono morti male, la nonna materna, e quindi c'è una sensazione di estraneità». Questa è un'interpretazione culturale, un racconto culturale, e ci dice abbastanza su questo livello senza entrare nel livello psicologico e psicanalitico. È necessario fare un grande sforzo per restare a questo livello, perché noi abbiamo tutti una formazione psicanalitica, almeno io e la mia équipe abbiamo prima una formazione psicanalitica e poi una formazione transculturale e siamo formati e deformati dalla psicanalisi, che è il nostro punto di riferimento. Dobbiamo quindi fare molti sforzi per non interpretare in chiave psicoanalitica queste rappresentazioni. Anche altri che lavorano con strumenti diversi dalla psicanalisi incontrano comunque le stesse difficoltà.

Ci sono elementi culturali di questo tipo che ci creano delle illusioni, cioè abbiamo la sensazione di capirli con la nostra griglia di lettura. C'è questa affermazione che mi sembra giusta, non mi ricordo più chi ne sia l'autore: «Attenzione agli elementi culturali, bisogna evitare di ridurli a ciò che è consueto, e questa è una specie di reazione naturale davanti all'ignoto»; perché il culturale è l'ignoto e davanti all'ignoto tendiamo a riportare il tutto a ciò che conosciamo. È una tendenza che tutti abbiamo e che è abbastanza preoccupante, ci sorprende che una donna possa dire che la sua bambina è una strega, allora interpretiamo questa frase con un'altra griglia di lettura, oppure vi diamo la nostra

interpretazione. Dobbiamo accettare che l'ignoto resti tale e che appartenga al paziente. Naturalmente ci si può lavorare, però non si deve riportare il tutto alla propria griglia di lettura.

Dal punto di vista culturale c'è questo elemento, ma la cosa più difficile sul piano culturale è permettere alla persona davanti a noi di presentarsi come un essere culturale, quindi permettergli di affermare con un certo orgoglio: «Ecco, per me la situazione è questa, io vengo da questo posto, ne sono orgogliosa e poi penso che...» Questa posizione del «Io penso che...» deve essere favorita, perché, da un punto di vista culturale, si riscontra una ricchezza incredibile in questi pazienti, quando si consente loro di esprimersi.

C'è anche un altro elemento supplementare: la possibilità di esprimersi dà loro una posizione di dignità di fronte al personale curante, perché chi chiede aiuto trova sempre difficile farlo. La posizione del curante è più facile di quella di chi chiede di essere curato: è una posizione di forza. A volte dico che il paziente si trova in una situazione umiliante, è un po' forte come termine, ma forse è appropriato. I miei pazienti hanno solitamente fatto un percorso migratorio, hanno fatto degli sforzi per essere qui, per sopravvivere, per occuparsi dei figli in situazioni difficili, e poi un bel giorno sono costretti a chiedere aiuto e non sanno neanche come farlo, ma devono farlo perché hanno bisogno di aiuto psicologico, materiale, medico.

Ricordo un paziente bambara del Mali, che mi spiegava che nel suo villaggio i ragazzi adolescenti venivano iniziati per diventare adulti; da un certo numero di anni, però, alcuni giovani emigravano in Francia, invece di seguire questi rituali di iniziazione. C'era una specie di equivalenza iniziatica: emigrare in Francia era altrettanto difficile che superare i riti iniziatici. Il mio paziente pensava che emigrare fosse ancora più difficile. Per lui era stato così, era stato molto duro affrontare questo periodo, riuscire a costruire qualcosa in Francia e lui ne era orgoglioso. Quando si è trovato a vivere in condizioni pessime, in grande difficoltà, con un bambino piccolo che stava male e una moglie che non poteva occuparsene, era grande la sua sensazione di fallimento e umiliazione.

Il fatto di consentire al paziente di esprimersi, di dire le cose con le sue parole, vuole dire anche ridargli la stima di se stesso, questo è particolarmente necessario in situazione migratoria. Questo è il primo livello: il livello culturale.

Il secondo livello che non dobbiamo dimenticare nella nostra analisi è quello psicologico. La posizione interiore del terapeuta si basa sia su elementi psicologici che fanno parte di lui sia sulle reazioni agli atteggiamenti e alle rappresentazioni del paziente. Non bisogna dimenticare ambedue queste componenti, ed è questa la difficoltà del lavoro transculturale. C'è chi minimizza l'aspetto culturale e chi minimizza la questione psicologica e soggettiva. Per questo sottolineo l'importanza del complementarismo: non si può trasformare il culturale in psicologico o viceversa. Per fare questo è necessario avere un metodo, il metodo complementarista, che è semplice da illustrare, più difficile da applicare.

Il metodo complementarista richiede di indagare il livello culturale e il livello individuale con strumenti diversi: il livello culturale con strumenti antropologici e il livello psicologico con strumenti psicologici. Non è necessario che sia un'unica persona a indagare entrambi i livelli. Se non sono antropologa, non posso indagare il livello culturale, posso però acquisire un certo numero di conoscenze antropologiche attraverso letture, libri, pubblicazioni, viaggi ecc. e forse non sarà sufficiente, ma questa formazione mi darà un po' di informazioni supplementari. Se sono mediatore, medico o psicologo e provengo dalla stessa cultura del paziente, potrò avere accesso a un certo numero di elementi culturali. Ma le informazioni non sono sufficienti per capire il livello culturale, sono necessarie ma non sufficienti.

Ci sono due tappe fondamentali, a mio avviso: la prima è rappresentata dal fatto di riflettere sulle questioni culturali con altre persone e questa riflessione deve utilizzare la metodologia antropologica, che è l'unico modo di indagare questo livello. La comprensione non è naturale, non si può capire la situazione così improvvisamente, si possono avere delle intuizioni, certamente, ma è comunque necessario condurre una riflessione di tipo antropologico. Inoltre è necessario essere in più soggetti, non si può riflettere a livello culturale da soli. Tutto ciò che si può fare da soli è informarsi, acquisire degli elementi, gli ingredienti della ricetta, ma per elaborare questi ingredienti, è necessario fare un lavoro collettivo di riflessione, di ricerca, di domande, di raffronto, anche di critica dei propri elementi culturali. È sempre molto faticoso giudicare in modo critico i propri elementi culturali, bisogna creare una sorta di distanza fra sé e le proprie rappresentazioni per poterle valutare. Non è semplice, ecco perché ritengo che sia necessario un lavoro di gruppo.

Il decentramento

L'ultimo processo di cui parlerò è la capacità di decentrarsi. Il decentramento è fondamentale per poter operare in ambito transculturale, tanto più se si opera in una situazione migratoria. Non si tratta di dare l'illusione al paziente di essere dei guaritori e di farlo sentire come se fosse al suo paese. Il paziente non si trova di fronte a un guaritore, non è nel suo paese, non è in una situazione conosciuta,

ma in un ambito spostato rispetto a tutto ciò, che però gli lascia lo spazio necessario per dire quello che deve dire.

La posizione interiore del terapeuta dipenderà da questi due livelli: il livello culturale e quello psicologico. Voglio tornare ancora sul livello psicologico. Voi sapete che in psicanalisi si parla di controtransfert, ossia della reazione profonda, consapevole ma più spesso inconscia, che si ha rispetto alla storia del paziente, e rispetto al modo in cui il paziente stesso ci vede. Effettivamente, quando si è nella posizione di accogliere la persona e di fornirle delle terapie, si hanno delle reazioni rispetto all'altro, delle risposte affettive e culturali; si hanno molte reazioni che appartengono alla sfera psicologica e al piano culturale. Bisogna essere consapevoli, consci delle proprie reazioni, essere in grado di analizzarle, fare in modo che non impediscano al paziente di dire ciò che deve dire ed essere come deve essere. È questa la cosa più difficile: questo livello di presa di coscienza, non scontato, delle proprie reazioni, che non devono essere negate, ma analizzate e successivamente modificate. Per chiarezza vorrei fare degli esempi su questi tre diversi livelli.

Il primo livello è quello dell'aver delle reazioni. A livello culturale, le reazioni alla diversità culturale possono essere molteplici. Io ritengo di non essere in grado di analizzarle tutte perché davvero, se dovessimo metterci ad analizzare le reazioni di ognuno di noi in situazioni di alterità culturale, ci renderemmo conto che le reazioni sono tantissime. In ogni caso possiamo evidenziarne alcune.

Una reazione tipicamente negativa è il rifiuto. Ci sono vari livelli di rifiuto: c'è il rifiuto che conduce al razzismo e poi ci sono dei rifiuti molto più sottili, che sono magari semplicemente il fatto di non poter pensare una determinata cosa che appartiene all'altro; quindi un rifiuto, ma un rifiuto molto più sfumato.

Vorrei darvi alcuni esempi di situazioni di rifiuto che io o la mia équipe abbiamo vissuto direttamente. Qualche anno fa al Centro di consultazione seguivamo una mamma e la sua bambina. La donna veniva accompagnata dal marito e dal figlio maggiore, che aveva venticinque anni ed era molto attaccato alla madre. Era una famiglia kabil, dell'Algeria. Il primo impatto era stato abbastanza difficile, perché la famiglia ci era stata indirizzata per sospetti di maltrattamento della bambina da parte del fratello maggiore. In realtà, nel corso della consultazione, questo sospetto si è rivelato infondato. Ci era stato detto che il fratello maggiore trattava male la piccolina e la picchiava violentemente se non eseguiva i suoi ordini. La bambina, nata molto dopo il fratello maggiore e un'altra sorella, creava un sacco di problemi alla madre. La madre era molto depressa, non stava bene, e sosteneva che questa bambina la affaticava molto e la sentiva come un peso. Abbiamo iniziato la consultazione con un quadro di questo tipo.

In situazioni di sospetto di maltrattamento, di maltrattamento non accertato, faccio molta attenzione a quello che dico, non lascio che all'interno della consultazione si instauri un clima sbagliato. Poiché penso che non si possa fare una consultazione psicoterapeutica se non si mettono le cose in chiaro dall'inizio, ho detto a un certo punto che, fra i motivi che avevano portato a questa consultazione, c'era anche un sospetto di maltrattamento del fratello maggiore nei confronti della sorellina. A quel punto il fratello ha detto: «Era ora che qualcuno lo dicesse chiaramente, so che si è parlato di questo». Il marito si è arrabbiato e la discussione non è stata semplice, da questa è emerso che il fratello, per difendere la madre, costringeva la bambina a comportarsi bene, ma non si erano verificati episodi di maltrattamento. Il fatto che lui urlasse e si arrabbiasse con la bambina non significava che la picchiasse.

L'uomo, che era vissuto in Francia e che probabilmente era stato maltrattato dalle istituzioni, quando si adirava diceva delle cose molto maschiliste e inveiva contro le donne: «Sì, perché voi donne non riuscite a sopportare niente». Affermazioni del genere sono molto forti. Il mio gruppo è misto ma, poiché sono io che lo dirigo (anche se non dirigo tutti i gruppi di consultazione e i gruppi sono tra loro molto diversi), questo dà l'impressione di una predominanza femminile, e a questo l'uomo aveva probabilmente reagito. Erano presenti diverse beurettes, maghrebine di seconda generazione, che sopportavano con grande fatica queste sue invettive contro le donne. Mi rendevo conto che dovevo trattenere il gruppo, soprattutto le terapeute maghrebine, e intervenire per ammortizzare i loro interventi che non erano, per così dire, sufficientemente morbidi.

Nella veste di terapeuta principale posso ripetere e parzialmente modificare le rappresentazioni dei co-terapeuti e in questo mio lavoro di mediazione cercavo di ammorbidirle. Il paziente capiva bene il francese, capiva bene la situazione, capiva qual era la distanza tra quello che veniva detto dalle mie co-terapeute e quello che dicevo io. C'era una differenza, una discrepanza, comunque normale, in una tecnica di gruppo.

Dopo la prima consultazione si è parlato del caso e i miei psicologi mi hanno detto: «Sì, ma quest'uomo è insopportabile, continua a provocare». La situazione era palesemente difficile, abbiamo cercato di lavorare e capire perché reagisse così.

La situazione è andata progressivamente migliorando, e siamo arrivati a un punto in cui la situazione sembrava essersi sbloccata, eravamo piuttosto contenti di come procedeva e, in occasione della terza consultazione, il ragazzo, che svolgeva il ruolo autoritario del padre, è arrivato e ha detto: «Adesso mia madre parla, sta bene, la bambina si comporta bene, presto smetteremo con questo lavoro. Ho avuto un'ottima idea: ho deciso di sposarmi, mia madre mi ha proposto una giovane donna del nostro paese, tradizionale, come si deve, la porterò qui e lei aiuterà mia madre. Il problema è risolto». A questo punto sono comparse le stesse reazioni della prima consultazione e non si capiva bene che cosa stesse succedendo. Insisto su questo: credo che non si capissero, non fossero in accordo sugli aspetti tradizionali, ma nessuno deve intervenire su delle scelte sessuali, culturali.

La situazione era decisamente complessa, si aveva la sensazione che l'uomo ritenesse questa scelta una forma di autoterapia, che si fosse sostituito a noi; noi non gli avevamo chiesto di trovare una soluzione al problema di sua madre, quindi ci trovavamo di fronte a una situazione di rifiuto del gruppo, di una soluzione culturale, se vogliamo. Quello che è certo, è che non si può negare il fatto che si abbiano reazioni di questo genere. Quando si hanno delle reazioni, anche il silenzio, il tacere del tutto significa un completo rifiuto. Non si può adottare una soluzione neutra, bisogna adottare una soluzione che sia una posizione che contiene, per così dire, e che impedisce insieme di irrigidirsi. È a questo che bisogna arrivare.

Nel corso della consultazione, una delle ragazze beurettes ha cominciato a tossire e non riusciva neanche più a seguire quello che l'uomo stava dicendo, ho dovuto invitarla a uscire per bere un bicchiere d'acqua. Il gruppo era stato colpito su due livelli diversi: da un lato non riuscivamo a pensare e dall'altra non riuscivamo a capire che cosa stesse succedendo. Quando abbiamo preso atto delle nostre reazioni, anche a livello collettivo, siamo riusciti ad adottare una posizione diciamo «intermedia»: da una parte abbiamo lasciato spiegare al ragazzo le sue ragioni, dall'altra abbiamo cercato di capire perché fosse così importante per lui fare piacere a sua madre.

Lui ci ha raccontato una storia, una sorta di segreto familiare: il padre era venuto in Francia molto prima della moglie, e aveva convissuto con una donna francese, con la quale aveva avuto un figlio, all'insaputa della famiglia. Quando la famiglia della moglie era venuta a saperlo, aveva fatto in modo che la moglie raggiungesse il marito, che aveva allora abbandonato la donna francese e il suo bambino. L'arrivo di questa donna algerina in Francia aveva avuto luogo in circostanze molto difficili, circondate da un segreto doloroso. La situazione non era stata gestita bene e la donna era stata malissimo e aveva sofferto molto. Il figlio maggiore, che al tempo aveva tre anni, aveva vissuto questo periodo doloroso con la madre e aveva sentito, io credo, la necessità di assumere il ruolo del padre. Da questo era nato un attaccamento molto forte, che spiegava perché il figlio fosse disposto a fare qualsiasi cosa per aiutare la madre.

Ritengo che sia stato molto importante per lui poter spiegare questo, poter parlare con il padre, e in un certo qual modo ricondurre il padre alla sua posizione paterna. Questo ha permesso, anche molto tempo dopo, che il padre separasse in modo non traumatico il figlio dalla madre. Quindi è stato un processo molto interessante e in questo modo abbiamo potuto continuare il nostro lavoro.

Bisogna riconoscere, però, che c'è stata questa reazione iniziale di rifiuto, che queste reazioni si manifestano e sono difficili da analizzare e da accettare, in questo è di aiuto il gruppo.

Si possono verificare reazioni di rifiuto anche molto più violente. Un caso di cui vi posso parlare, molto attinente al campo materno-infantile, riguarda il numero di figli. Su questo sento continuamente i commenti dei medici che mi inviano le pazienti. Se una donna, che ha già sette figli, si sente sterile perché vuole averne ancora, questo irrita i medici. Il commento che fanno è questo: «Ne ha sette, che cos'altro vuole?» Ecco, questa è una reazione tipica. Tutti noi, se vogliamo, possiamo riunirci nelle nostre associazioni e lottare perché le donne abbiano meno figli, ma questo non deve influenzare le nostre pratiche terapeutiche, si deve mantenere questa distinzione, anche se è estremamente difficile. In Francia, sono stati denunciati casi di donne con prole numerosa, a cui sono state legate le tube, senza la loro approvazione. In un caso, mi è capitato di richiedere la cartella clinica di una donna che era stata sterilizzata a sua insaputa e che continuava a rivolgersi ai guaritori per avere altri figli. Si tratta di pratiche di una violenza intollerabile. Immagino che tutti diranno: «No, qui non succede, non lo farei mai», ma è fondamentale analizzare le nostre posizioni. È vero che a volte in nome dei buoni sentimenti si hanno delle reazioni strane; non parlo solo degli aspetti etici, ma anche di quelli culturali. In sostanza, quello che voglio dire è che il rifiuto si esprime con atti violenti, ma anche con atteggiamenti più velati.

Gli americani hanno studiato queste problematiche: c'è una tendenza a diagnosticare con eccessiva leggerezza la psicosi presso le donne e gli uomini migranti. Si verificano, per esempio, casi di depressione caratterizzati da atteggiamenti di estraneità che tendono a nascondere quello che c'è dietro e si interpretano come psicosi, oppure si interpretano rappresentazioni culturali come forme di delirio. Questo è successo negli Stati Uniti, in Gran Bretagna e in Francia. Non ho studi italiani, quindi

non so come sia la situazione qui, però penso che la situazione non sia diversa. Ci sono molti studi di questo genere e uno degli elementi che rende difficile la diagnosi è proprio la nostra reazione, il fatto che noi non siamo in grado di superare la sensazione di alterità, di consentire un racconto, di andare al di là della sensazione di estraneità, per cui la bizzarria diventa subito psicosi. Esistono logiche culturali diverse, è difficile riconoscere il rifiuto all'interno di sé; ma il concetto di base credo che non sia difficile da capire.

All'estremo opposto, sta il fascino verso ciò che è esotico, verso la differenza, una sorta di benevolenza assoluta che fa in modo che non si vedano più le cose con la dovuta distanza, che tutto ci appaia bellissimo, meraviglioso. Si è affascinati dalla differenza, è come se si partisse per un viaggio, in questa differenza non si riescono più a vedere gli aspetti soggettivi, il caso particolare, la sofferenza o il disagio individuale. Anche il fatto di rimanere affascinati, di subire il fascino degli elementi culturali è una reazione naturale. Vorrei dire che il fascino è qualcosa di più facile da gestire che il rifiuto, perché il fascino rientra in una dimensione positiva, è più facile da riconoscere, da trasformare, permette di creare un legame. Non bisogna, però, esagerare; un pericolo quando si è affascinati e si lavora con qualcuno che non lo è, è quello di non essere presi sul serio. Per cui a mio parere non si tratta comunque di una buona reazione ed è necessario lavorarci.

Un metodo per uscire da una eccessiva fascinazione è quello di rimanere molto tecnici, quindi è importante la formazione, la capacità di stilare una diagnosi, di cercare di definire quello che è culturale e quello che è psicologico. Il fascino impedisce spesso di distinguere questi due elementi. Quando io osservo le mie reazioni nei confronti delle diverse culture, con cui mi capita di lavorare, spesso devo dire che si tratta più di rifiuto che di fascino, ciò non toglie che si debba prendere in considerazione anche questo aspetto.

Ovviamente, tra questi due poli esiste una vasta gamma di reazioni. Ci sono due aspetti in particolare sui quali bisogna insistere. Il primo è la nostra difficoltà a decentrarci e su questo vorrei darvi alcuni esempi. Anch'io ho delle difficoltà, parlo delle mie perché sono quelle che conosco meglio. Mi ricordo il caso di una madre, proveniente dall'Africa Occidentale con una bambina di tre, quattro mesi, credo che fosse la quinta figlia, l'unica che viveva con la madre a Parigi, tre bambine erano morte di malattia al paese e una era rimasta in Africa. La bambina aveva problemi di crescita, era molto triste e spenta e faticava a bere il latte. Le assistenti del consultorio pediatrico ritenevano che questa bambina avesse delle difficoltà con la madre, e con l'accordo della donna l'hanno accompagnata alla consultazione.

Durante il primo incontro abbiamo usato un interprete, io ho chiesto alla madre da dove venisse, ma la donna non aveva molta voglia di parlare, di presentarsi, non ascoltava le presentazioni degli altri terapeuti; si sentiva che non era interessata a quello che stava succedendo, allora le ho detto: «Signora, mi sembra che non sia interessata. Non ha voglia di parlare?» Lei mi ha risposto: «No, non ho voglia; in realtà vorrei che voi prendeste questa bambina in carico e che la crescestes». Noi siamo rimasti molto stupiti dal fatto che una madre facesse una richiesta del genere, tanto più che non c'era nessuna ragione particolare per farlo. Non capivo che cosa inducesse questa madre a non voler tenere con sé l'unica figlia che le era rimasta.

Abbiamo cominciato a discutere, e ci siamo resi conto che in realtà niente la interessava sul serio; per cui ho pensato che bisognava adottare un approccio più culturale. Le ho chiesto il nome della bambina, la bambina ne aveva sette, di cui uno segreto. Ha cominciato a ripetere i nomi, tutti, ovviamente tranne quello segreto, e ha cominciato a parlare del significato di ogni nome e a mostrare un certo interesse. Poi improvvisamente mi sono resa conto che non le avevo chiesto il significato del primo nome, Gemà, e gliel'ho chiesto, la donna mi ha detto di non saperlo, non era come gli altri il nome di un antenato, non era il nome di nessuno. Allora le ho detto: «È un nome che lei le ha dato perché è un'abitudine quella di dare un altro nome in più, uno supplementare, un soprannome». La donna ha risposto: «No, assolutamente no, non è un soprannome».

Si sentiva che questa domanda la disturbava, che la metteva in imbarazzo il fatto che io insistessi su questo punto, quando generalmente parlare dei nomi non porta questo tipo di reazione. Non riuscivo a capire che cosa stesse accadendo e ho lasciato perdere. A questo punto il mio traduttore ha detto: «Io so che cosa significa, ma non voglio dirlo». Anche il traduttore, che comunque era un eccellente interprete, mi ha detto che non aveva intenzione di dirmi il significato del nome di questa bambina. A questo punto mi sono sentita circondata da tutte le parti, mi sono resa conto che c'era un problema, perché il traduttore non intendeva dirmi che cosa volesse dire la madre. Allora mi sono arrabbiata con l'interprete e lui mi ha risposto: «Va bene, d'accordo, non te lo voglio dire, quindi smettiamola di litigare davanti alla paziente». Abbiamo terminato la consultazione discutendo cose che naturalmente avevano meno interesse del nome della bambina e alla fine dell'incontro le ho detto: «Signora, torni a vedermi». E lei mi ha risposto: «Sì, sì, torno sicuramente». «Per favore, quando tornerà mi piacerebbe che lei mi dicesse qual è il nome della bambina». Lei ha replicato: «Sì, sì, va bene, quando tornerò,

sognerò e poi le farò sapere». Il traduttore mi ha detto successivamente che non mi poteva dire che cosa significava quel nome perché non aveva l'autorizzazione della signora; lei non l'aveva detto apertamente, ma il traduttore aveva percepito che non aveva diritto di dirmi questa cosa. Siccome non aveva diritto di dirmelo durante la consultazione, io non ho voluto saperlo neppure dopo, perché non mi serve nulla sapere delle cose dopo, al di fuori della consultazione, se non le posso utilizzare. Per cui ho detto: «No, va bene, d'accordo, vediamo».

La donna è ritornata un mese dopo, più o meno, mi ha raccontato un sogno, abbiamo fatto delle interpretazioni di questo sogno e dopo mi ha detto: «In realtà, adesso vi posso dire che cosa significa il nome di mia figlia: vuol dire 'pattumiera'». A questo punto io le ho detto: «Questo è un nome che lei le ha dato per proteggerla». Lei mi dice: «Sì, certo. È un nome che io le ho dato per proteggerla». E lì abbiamo cominciato veramente con la consultazione. È evidente che lei non aveva voluto dirmelo per paura che io non capissi che questo nome era stato scelto perché i djinn non si interessassero alla bambina e non la facessero morire. Il mio traduttore sapeva che avrei capito ma, pur sapendolo, non ha potuto dirlo nel corso della prima consultazione, perché il rapporto terapeutico non era ancora sufficientemente stabilito. La signora non aveva fiducia in me e il mio traduttore non voleva tradire la fiducia della signora; quindi c'era una ragione per questo tipo di reazione.

Tutto questo per dirvi che la conoscenza culturale è utile per decentrarsi, ci aiuta a conoscere bene quale possa essere il modo per proteggere i bambini, questo vale in moltissimi paesi, in Maghreb, in Africa ecc. Quello che si tende a fare in questi paesi è dare dei nomi non umani ai bambini, perché gli spiriti non vengano ad attaccarli e non li facciano morire. Quindi, di fronte a una cosa di questo tipo, bisogna prendere le distanze, non bisogna avere una reazione che raffronti quello che fa un altro con quello che faremmo noi. Dare un nome del genere non significa volere la morte di un bambino; qualcuno si potrebbe chiedere come si sentirà da grande, con un nome così brutto. Questa è una domanda che riguarda noi, ma non è una reazione che ci permette di capire quello che succede tra la madre e il bambino.

L'esempio che ho citato è un esempio di tipo intellettuale, in quanto mostra come si realizza la comprensione. Ma la questione del decentramento si pone anche per questioni molto concrete, corporee. Citerò un altro esempio che riguarda l'allattamento. Nel reparto maternità in cui lavoro, di fianco al Centro di consultazione c'è l'aeroporto di Roissy, e in questo aeroporto arrivano regolarmente ragazze incinte che provengono dai paesi in guerra e sono caricate sugli aerei. In questo caso, era ricoverata una giovane del Congo, arrivata in Francia con un biglietto di andata semplice e documenti falsi. Quando la polizia l'ha trovata, è stata costretta a portarla al reparto maternità. La donna congolese era in prossimità del parto, parlava un po' il francese, proveniva da Brazzaville, mi ha spiegato che era stata messa sull'aereo da persone che volevano proteggerla. Il bambino che teneva in grembo era il risultato di una violenza sessuale che la donna aveva subito, ma lei voleva comunque tenere il bambino. L'assistente sociale che l'ha accolta nel reparto maternità, quando la donna aveva affermato che il bambino era figlio di uno stupro, le ha detto: «Sa, se vuole può fare un parto anonimo senza riconoscere il bambino, che sarà dato in adozione». La donna non capiva, diceva: «Ma io non voglio avere un parto anonimo», e infatti non l'ha fatto; ha dato il nome al bambino e ha spiegato che voleva allattarlo perché, dandogli il suo latte, avrebbe potuto umanizzarlo, trasformarlo in suo figlio. Solo bevendo sufficiente latte dalla madre, il bambino sarebbe appartenuto a lei, questo latte poteva in un certo senso trasformare la natura del bambino. La donna raccontava tutto questo con molta emozione. Non bisogna dimenticare che il bambino era nato da uno stupro di guerra, quindi un fatto orrendo, uno stupro collettivo, un trauma tremendo per questa donna. Quello che le era stato detto (può avere un parto anonimo) era una semplice informazione, ma, nel contesto specifico, era stata una violenza per lei; si tratta di sapere come agire: bisogna dare informazioni al paziente, ma bisogna anche sapere che le informazioni non sono neutre. Lo stesso può avvenire quando si parla di un aborto terapeutico. Le informazioni, quindi, devono essere date in un modo culturalmente accettabile e per fare questo bisogna stabilire un rapporto con la donna. Se si ha un rapporto con la donna, poi si può affrontare con lei la questione del futuro del bambino.

Ci sono donne che avrebbero potuto dare in adozione il bambino, questo sarebbe potuto accadere, ma c'era una componente culturale e una componente psicologica che non sono state prese nella dovuta considerazione. Bisogna creare un quadro per poter effettuare lo scambio, prima di poter dare informazioni anche banali. Questa non era una situazione semplice, in realtà, l'assistente sociale era una brava ragazza, che mi ha detto: «Mi sono resa conto di avere sbagliato perché, quando ho dato questa informazione alla donna, lei si è accovacciata per terra, era spaventatissima, ho avuto come la sensazione che rivivesse l'esperienza dello stupro; una reazione molto violenta e al momento non riuscivo a capire perché».

Se avessimo aspettato di aver ricostruito la sua storia e capito la situazione della donna, avremmo potuto dare l'informazione in modo migliore, anche le informazioni che lei non richiedeva, come quella

dell'adozione, dell'abbandono del bambino. Si tratta di situazioni estremamente concrete quelle di cui parliamo, non semplici, situazione che riguardano tutti i professionisti.

Potremmo citare anche altri esempi che riguardano, per esempio, la posizione del parto, questioni che riguardano gli elementi pratici del parto vero e proprio. Facciamo fatica a immaginarci quali siano le ripercussioni, per esempio della posizione nella quale partorire o della presenza dei mariti in sala parto.

Un altro esempio che volevo citare a proposito del decentramento riguarda la nomina. In Francia bisogna dare un nome al bambino entro tre giorni dalla nascita; affinché assuma uno status civile, bisogna dichiarare all'anagrafe entro tre giorni come si chiama il bambino. Se non lo si fa entro questi termini si finisce in tribunale e diventa un processo molto complicato. Questo lasso di tempo è molto breve per donne che per ragioni culturali danno il nome al bambino tenendo in considerazione diversi elementi, per esempio ciò che le persone del paese dicono, l'interpretazione di sogni, o altri elementi. Bisogna aspettare che qualcuno, in genere un uomo o un'autorità della famiglia, scelga il nome, ci sono diverse condizioni che devono essere rispettate. Alcune donne mandano la cassetta al paese e, prima che ritorni, passa del tempo, e nel frattempo bisogna dare un nome al bambino. Regolarmente accade che, allo scadere dei tre giorni, questi bambini non hanno ancora il nome e l'équipe vede questo in modo molto negativo. Dal nostro punto di vista lo possiamo capire, perché noi pensiamo al nome del bambino ancora prima che nasca e poi sappiamo perfettamente che bisogna attribuire il nome entro tre giorni. Altri cercheranno di adattarsi alla situazione perché vivono in Francia. Ma nel caso di bambini particolari, bambini molto preziosi, a cui bisogna assolutamente dare un buon nome, il nome giusto perché li si vuole proteggere, capita regolarmente che allo scadere del terzo giorno non si sappia ancora il nome.

Noi spesso diamo delle interpretazioni psicologiche di qualcosa che è prettamente culturale, perché ci vuole tempo per dare un nome al bambino. Questo è un caso in cui bisogna decentrarsi, bisogna capire che cosa significa per la donna non dare il nome al bambino, qual è la logica culturale; poi, passeremo all'analisi della logica psicologica.

Al quadro della logica culturale si può ascrivere, per esempio, l'attesa da parte della donna che il saggio del suo paese riunisca tutte le interpretazioni delle persone vicine alla famiglia e scelga infine un nome adeguato; oppure che ci sia un'interpretazione dei sogni della madre, da cui si possa desumere il nome. Una logica culturale piuttosto semplice, ma bisogna capirla. Una volta che si è compresa questa logica, la negoziazione risulta più semplice; la maggior parte dei bambini immigrati riceverà un nome entro tre giorni, il nome anagrafico che viene dato in ospedale, ma in seguito gli verrà attribuito anche un nome tradizionale; a casa verranno chiamati con il nome tradizionale e a scuola con il nome anagrafico. Quando le maestre scoprono che i bambini hanno due nomi diversi hanno strane reazioni. Cito questo esempio perché è piuttosto semplice; non è così difficile capire la logica dell'attribuzione dei nomi prima di dare un'interpretazione negativa del rapporto famiglia-bambino, madre-bambino. È importante entrare in questa logica.

C'è un altro esempio, forse un po' buffo: una bambina, la cui famiglia era dell'Africa Centrale, di Gibuti, era con me in psicoterapia individuale perché aveva delle fobie, delle paure. A un certo punto stava meglio, lavoravamo soprattutto sui disegni, sui racconti, le favole, le storie e aveva superato quasi tutte le sue fobie, compresa quella della scuola, che era un grosso problema. La bambina si era sviluppata, era sempre più felice, sempre più carina, si occupava di se stessa, avevo proprio la sensazione che fossimo giunti alla fine della terapia. Un bel giorno la vedo giungere alla nostra seduta del mercoledì piuttosto triste; la vedo nella sala d'attesa che mi aspetta e non appena mi vede, praticamente quasi mi si getta fra le braccia. Le chiedo: «Ma che cosa succede?» e lei mi risponde: «Ho paura, sono molto triste, infelice». Quando le chiedo che cosa le sia accaduto, si mette a piangere e mi racconta che a scuola, il giorno della festa della mamma, i bambini avevano fatto un disegno per la mamma, e lei (che disegnava benissimo, aveva talento, era proprio brava a dipingere e disegnare) aveva fatto due disegni: nel primo, dedicato alla sua prima mamma, aveva scritto: «Per la mia mamma a cui voglio tanto bene», un disegno di una bella signora africana con una bella pettinatura, tanti bei colori; poi aveva fatto un disegno per la sua seconda mamma, scrivendo: «Per la mia mamma a cui voglio tanto bene», un altro bel disegno. Quindi due bei disegni per le sue due mamme. Effettivamente, aveva una madre biologica e aveva una seconda mamma, la seconda moglie del padre, a cui voleva molto bene, perché era molto più giovane della mamma vera e si occupava molto di lei. Spesso le mogli più giovani si occupano molto dei bambini, e i bambini più piccoli sono molto vicini alle seconde mogli. Questo è uno schema classico in Africa; la bambina sapeva benissimo chi fosse sua madre e andava perfettamente d'accordo con lei; però adorava anche la seconda mamma e c'era una grande tenerezza tra loro. La maestra vede questi due bellissimi disegni, si arrabbia, e le dice: «Insomma di mamma ce n'è una sola! Bisogna scegliere», e questa piccola, che oltre tutto soffriva di fobie e che voleva far piacere alla maestra, si è ritrovata in una situazione

insostenibile, era stata obbligata a dire che la sua mamma biologica era la sua vera mamma, mentre la sua seconda mamma, la mamma affettiva, non era una vera e propria mamma. La piccola evidentemente ha capito perfettamente che i francesi hanno una mamma sola ed è una cosa che non dimenticherà. «Ho ben presente che i francesi hanno una sola mamma» mi dice, «ma ti rendi conto che cosa avrebbe pensato la mia seconda mamma se avesse sentito quello che ha detto la maestra?»

Questo non ha avuto effetti gravi sulla mia paziente, che si è resa conto che il tutto derivava da una differenza culturale; ciononostante è stata una situazione sorprendente e oltretutto è stata provocata da una maestra, un'istitutrice che conosco bene perché lavora in una scuola vicina all'ospedale, una ragazza piuttosto aperta e comprensiva, che si occupa molto bene dei bambini, ma che è rimasta scioccata dall'atteggiamento della bambina e non ha potuto fare a meno di reagire riaffermando: «Di mamma ce ne è una sola». Invece no, se ne possono avere diverse, soprattutto in certi luoghi, le mamme sono una categoria: sono altre donne della stessa età della mamma che si trovano in condizioni tali da poter essere mamme. Quindi, il concetto di madre, padre, cugini, sono categorie variabili a seconda dei posti. A volte noi ci perdiamo in questi meandri e tracciamo degli alberi genealogici, qualcosa che si impara a fare nell'antropologia, ma che è molto importante anche nella clinica, perché spesso ci si perde in tutti queste relazioni e legami. Costruiamo degli alberi genealogici attraverso dei racconti, questo non è molto preciso, ma permette di avere comunque un'immagine della famiglia.

Per tornare alla storia delle due madri, la maestra è tornata a consultarmi per un altro bambino e io le ho chiesto: «Perché hai reagito in questo modo quando la piccola ha fatto due disegni per la festa della mamma?» e la maestra si è detta molto dispiaciuta di avere reagito in quel modo. La bambina andava molto meglio da un punto di vista scolastico e la maestra aveva la sensazione che la sua convinzione di avere due madri avrebbe potuto contribuire a una confusione d'identità e di posizionamento della bambina in seno alla famiglia: aveva trasformato in psicologico un elemento che era prettamente culturale. Mi ha detto: «Mi sono resa conto di avere detto una sciocchezza però era troppo tardi; l'ho fatto perché in un certo senso avevo paura che questo potesse generare confusione nella bambina». Questo è un esempio tipico che spiega come sia necessario decentrarsi e applicare il metodo complementarista, perché non c'è motivo di aver paura e di spaventarsi di fronte a situazioni come questa, se si conosce il funzionamento dei sistemi di poligamia.

Questo riguarda anche la situazione dei bambini in Francia che hanno due nomi, uno a scuola e uno a casa; in genere questa situazione non crea problemi ai bambini. Capita, infatti, molto frequentemente in diversi paesi dell'Africa Occidentale o in Maghreb che i bambini abbiano nomi diversi; i genitori trovano che sia normale, i bambini sono abituati; ma in altre situazioni dove entrano in gioco elementi supplementari si possono creare delle disfunzioni. Abbiamo trattato un caso in cui la disfunzione è stata generata proprio da questa situazione, questo può capitare, ma non è perché ci sono due nomi che necessariamente nascono problemi di costruzione dell'identità. La questione dei nomi è, a mio avviso, molto importante, ma non bisogna semplificare eccessivamente la situazione.