

La psicoterapia sistemica nei contesti interculturali: un possibile antidoto all'applicazione di modelli tout court?

di *Marcella Cavallo*

Psicologa, Psicoterapeuta, Socia AIEMS

Sommario

Questo saggio riassume alcuni fondamenti epistemologici di un approccio psicoterapeutico interculturale, esplorando le dimensioni della diagnosi e della terapia alla luce di riflessioni di tipo antropologico. L'obiettivo è interrogare le somiglianze fra un approccio terapeutico transculturale e la più conosciuta psicoterapia sistemica, per favorire un posizionamento da parte del clinico verso la curiosità, l'ascolto e la fascinazione insita nei contesti di cura interculturale.

Parole chiave

psicoterapia sistemica, universali culturali ed elementi specifici, culture delle migrazioni, diagnosi e terapie interculturali, vittimizzazione, risorse.

Summary

This essay summarizes some epistemological foundations of intercultural psychotherapy approach, exploring diagnosis and therapy dimensions in the light of anthropological considerations. The goal is show the similarities between transcultural psychotherapy approach and the most known systemic psychotherapy to improve a point of view by the clinician of curiosity, listening and fascination towards intercultural care.

Keywords

systemic psychotherapy, universal and specific cultural elements, intercultural diagnosis and therapies, migration cultures, victimization e resources.

È in noi che i paesaggi hanno paesaggio.

Perciò se li immagino li creo;

se li creo esistono;

se esistono li vedo.

La vita è ciò che facciamo di essa.

I viaggi sono i viaggiatori.

Ciò che vediamo

Non è ciò che vediamo,

ma ciò che siamo.

Fernando Pessoa

Sono una psicologa psicoterapeuta, svolgo questo mestiere da più di 15 anni ed ora, in occasione di questo scritto, mi guardo indietro e mi domando: “perché? Come mai ho scelto proprio quella facoltà anziché molte altre? Come mai l’indirizzo clinico e poi la specializzazione?”

Qual è stato il *leit motiv* che ha unito come in una tela tutti i punti di interesse della mia persona formando il tessuto esistenziale nel quale mi immergo ogni giorno? È un’occasione rara quella di fermarsi e ragionare sul lavoro che si fa tutti i giorni, perché quello stesso lavoro si va facendo lungo la strada della vita, impastandosi di ciò che eravamo, siamo e stiamo diventando. Seguendo le tracce della nozione demartiniana che invita lo psicopatologo ad una presa di coscienza sistematica della *norma culturale* e della *sua storia* al fine di comprendere i suoi malati, (De Martino E., 1977) è proprio lì che riesco a rintracciare le origini di quella che ho scelto come professione: nelle mie passioni, nella mia famiglia, nella *mia storia*. Anche io sono emigrante, respiro tante culture e tanta diversità ogni giorno, dentro casa e nella mia città, nella scuola dei miei figli e nel luogo di lavoro, e ormai prendermi cura di questa diversità è diventato il cuore che muove i miei passi.

Le differenze sono il puzzle su cui si costruisce e si sperimenta il superamento di una visione dicotomica, grazie all’ascolto delle diversità si impone una nuova epistemologia basata sulle relazioni e sulla complementarietà dei punti di vista. Vedere le diversità e credere nel valore assoluto di esse, significa essere consapevoli che siamo noi a costruire le lenti attraverso le quali vediamo il mondo e quindi a far emergere una realtà piuttosto che un’altra. Abbandonare una posizione etnocentrica, dislocandosi da sé, proprio nella consapevolezza delle proprie lenti d’osservazione, fa in modo di non separare l’osservatore da ciò che viene osservato, così come l’individuo dalla cultura in cui è cresciuto e la salute dal contesto sanitario in cui è valutata. Viceversa, il rischio che si corre è quello di credere ad una realtà culturalmente data, oggettivamente organizzata, senza tener conto di quanto partecipiamo soggettivamente alla sua costruzione e di quanto la cultura sia un processo.

Uno degli insegnamenti più preziosi di Bateson, che applico ogni giorno nella mia prassi interculturale è la tensione a mettere in dialogo il macro con il micro, contestualizzare, cioè osservare un evento singolo da noi fatto emergere rispetto ad uno sfondo e connetterlo con il pattern organizzativo che lo sottende (Telfener U., Casadio L., 2000). Se si legge il pattern organizzativo come livelli concentrici dell’organizzazione dell’identità si arriva al più esterno (ma non per questo meno influente) che è la cultura.

Una famosa definizione di cultura, peraltro ampiamente accettata nel campo delle scienze sociali, è quella dell’antropologo culturale Clifford Geertz, secondo il quale la cultura è “*una struttura di significati trasmessa storicamente, incarnati in simboli, un sistema di concezioni ereditate espresse in forme simboliche, per mezzo della quale gli uomini comunicano, perpetuano e sviluppano la loro conoscenza e i loro atteggiamenti verso la vita*” (Geertz C., 1998). Nelle parole di Geertz la cultura è dunque relazione e costruzione sociale: non è un sistema originario, essenziale, immutabile, ma un insieme

di processi mutevoli, dinamici, instabili".

La cultura, quindi, svolge l'essenziale compito di determinazione dei significati, permette di costruire l'ordine sociale grazie a un sistema di relazioni basato sulla prevedibilità delle aspettative reciproche, a partire da regole e identità condivise. Questa processualità, attraverso la partecipazione attiva dell'uomo che seleziona i contenuti di una cultura e li modifica in funzione del cambiamento dei paradigmi di contesto, ha sempre dato senso e ordine al mondo percepito. L'analisi delle nuove società che si vanno creando nei nostri paesi, però, richiede una revisione del concetto di cultura e del rapporto tra le culture in una differente prospettiva. La globalizzazione sta generando società multiculturali e fluide nelle quali si può rintracciare una profonda crisi di identità culturale causata da un continuo mescolamento di popolazioni, in cui risulta sempre più difficile assegnare contorni precisi ad una pratica culturale piuttosto che a un'altra.

Piuttosto che abbandonarsi a sterili sentimenti protezionistici nei confronti di valori culturali percepiti come "propri" o esacerbare le differenze fra culture che vivono fianco a fianco, è necessario ripensare che cosa può rendere più o meno visibile e percepita la somiglianza tra le culture (piuttosto che le loro divergenze). Le differenze culturali diventano così un aspetto del dispositivo interpretativo usato dagli attori sociali in situazioni d'interazione per dotare di senso l'esperienza quotidiana. Per esempio, attraversando narrazioni di operatori sociali, mediatori culturali e situazioni concrete di reciproca modulazione tra utenti stranieri e funzionari, Quassoli (2006) mostra come non sia la differenza culturale in astratto a costituire una dimensione centrale nel fraintendimento comunicativo, ma piuttosto il modo con cui il fattore culturale viene evocato nelle narrazioni fornite dagli attori sociali a seconda delle situazioni. Gerd Baumann (2003) ha dimostrato come le persone possano usare una duplice competenza discorsiva (essenzialista e processuale) in rapporto alle loro idee sulla cultura e sviluppino tale competenza man mano che si espongono a una pratica multiculturale quotidiana.

Conseguenza di questo pensiero, è che si passi a parlare di *culture* anziché di *cultura* (Riccio B., 2014) prendendo atto che esistono due componenti principali nell'organizzazione delle culture: un primo aspetto è relativo ai tratti comuni a tutte le culture, ossia i cosiddetti universali culturali (Smelser N.J., 1995). Essi sono universali in quanto presenti in tutte le culture esistenti e, secondo alcuni, ad esempio Kluckhohn (1952), sono caratterizzati da fattori biologici, come il bisogno di cibo, calore, sesso, ma anche la proibizione dell'omicidio e della menzogna, ovvero elementi dai quali, secondo l'antropologo, non si può prescindere. Secondo Murdock (1965), anche altri aspetti concorrono a formare gli universali culturali, come l'ornamento del corpo, il linguaggio, lo scherzo, il lavoro cooperativo, lo sport, il tabù dell'incesto, la fabbricazione di utensili. L'idea che possano esistere degli universali culturali, è stata però contestata ad esempio da Clarke (1970), il quale ritiene che i cosiddetti basic needs costituiscano sì dei tratti comuni, ma possano essere utilizzati per differenti scopi,

diversi da quelli primari. Egli ritiene dunque che i bisogni fondamentali siano influenzati da valori e norme culturali che non hanno nulla a che vedere con il bisogno; crede di conseguenza che sia impossibile far corrispondere bisogni essenziali con parti specifiche della cultura.

Un secondo aspetto sono invece gli elementi generali che concorrono alla composizione di qualsiasi cultura specifica, secondo Goodenough (1981) sono quattro e proprio tali elementi distinguono nella loro espressione le diverse culture:

- 1) Concetti: essi riguardano il modo in cui le persone organizzano la propria esperienza e sono esprimibili attraverso il linguaggio. Ogni cultura organizza tali concetti in maniera autonoma e differente rispetto alle altre.
- 2) Relazioni: oltre alle credenze, le culture abbracciano delle convinzioni relative alle relazioni che esistono tra il mondo soprannaturale e il mondo naturale.
- 3) Valori: essi rappresentano opinioni condivise verso le quali gli esseri umani dovrebbero tendere, gli ideali verso cui una cultura aspira.
- 4) Regole: esse rappresentano quelle norme sociali che gli individui appartenenti a una determinata cultura devono rispettare per non violare i valori della cultura stessa. Le regole sono governate da sanzioni volte a chi non vi si conforma e sono inoltre strettamente interconnesse con i valori, i quali non contengono però quest'ultimo aspetto relativo alla sanzione, caratteristico delle norme.

La cultura, dunque, si presenta come un fenomeno complesso che per essere compreso ha bisogno di essere esplicitato nella maniera più chiara possibile. Essa, infatti, si compone sì di elementi specifici, quali i simboli, i concetti, i valori e le norme, che ci permettono di conoscere cosa ogni società o famiglia, consapevolmente e inconsapevolmente, tende a trasmettere alle nuove generazioni, le quali hanno bisogno di apprendere e fare proprio un determinato patrimonio culturale. Ma le culture contengono in sé anche alcune matrici universali, come ad esempio il fatto che le componenti a cui si è appena fatto riferimento si formano all'interno dei contesti di interazione sociale, nella relazione con gli altri, assumendo in tal modo un carattere intersoggettivo. Ne deriva che le differenze culturali non si ravvisano soltanto a livello di gruppi sociali, ma anche nell'interazione tra singoli. Come suddetto, la stessa antropologia ha finito per riconoscere che esistono tante culture quanti sono gli esseri umani che agiscono culturalmente, e che anche all'interno del gruppo più omogeneo esistono infinite variazioni, negoziazioni, trasformazioni culturali. Non è possibile soffermarsi in questa sede sull'infinito e meraviglioso dibattito che ha gravitato intorno a questi concetti: semplificando moltissimo, si può dire che il problema del riconoscimento della diversità culturale esiste anche nelle relazioni uno a uno e anche all'interno della stessa società: pertanto, riguarda tutte le scienze psichiche, anche quelle non tradizionalmente "etno-". In altre parole, si può dire che la cultura è un *organizzatore di significati* indipendentemente dal fatto che ci si riferisca ad un contesto micro (l'individuo, la famiglia), meso (fenomeni associativi e organizzativi) o macrosociale (tendenze politiche ed economiche nazionali).

Non avendo assolutamente la pretesa di essere esaustivo, questo breve *excursus* sul peso significativo che la cultura ha nella costruzione dell'identità soggettiva, delle interazioni familiari e sociali e nei fraintendimenti comunicativi, è necessario per mettere a fuoco il rischio che si corre nelle diagnosi transculturali se si cede alla tentazione di polarizzare la scelta su due antipodi: "culturalizzare" tutto oppure negare *tout court* l'elemento culturale. La tensione che il clinico deve accettare nella sfida di una diagnosi interculturale, è quella di interrogare la lingua del paziente con domande che ascoltano, prendere alla lettera i suoi racconti perché interessati alla sua storia, al dipanarsi degli eventi per come egli li ha costruiti e per come la sua cultura gli suggerisce di narrarli. Non cedere alla tentazione di ridurre tutto alle proprie familiari metafore, significa non esorcizzare l'alterità e i diversi mondi morali di cui è testimonianza, ma anzi farla assurgere a cultura dell'alterità come *modus operandi* della cura. Entrando più nel dettaglio della psicopatologia, l'etnopsichiatria e la psichiatria transculturale non hanno mai considerato la cultura come sostituto della diagnosi psichiatrica perché non è questo che si vuole intendere con competenza culturale. Essa rimanda essenzialmente ad un posizionamento del clinico che assume l'alterità come una questione sulla quale interrogare la propria epistemologia, esplorando l'intero arco di esperienze e interpretazioni del paziente, così come ogni terapeuta dovrebbe fare indipendentemente dall'appartenenza culturale del suo interlocutore.

Prendiamo come esempio le donne migranti, tasselli fondamentali di contesti culturali e relazioni familiari, immersi in un processo di cambiamento inevitabile qual è il vivere in un'altra cultura, processo che si prolungherà nel concepimento, nella nascita e nella crescita dei figli. Tutto ciò è presente nella vita di ogni donna che arriva nel nostro paese e si svolge attraverso la sua storia migratoria, che ha anche la miracolosa responsabilità di tramandare emozioni, esperienze e significati alla prole, con tutto il peso che questo comporta.

Addentriamoci nell'esempio pensando alle donne che sono state trafficate verso l'Europa a scopo di sfruttamento sessuale: nelle loro vite avere un bambino può connotarsi di significati molto ambivalenti. Da un lato permette loro di sottrarsi al mondo della prostituzione per vivere una vita legale e alla luce del sole. Per un altro verso, le espone al pericolo di doversi narrare, di dover costruire insieme ai propri figli la storia del loro viaggio, del come sono arrivate e soprattutto del chi erano, terreno insidioso per questo tipo di identità. Di fronte a questa complessità, molte donne preferiscono celarsi, tenere per sé parti di mondo oscuro in modo da proteggere i propri figli, ma in modo anche da proteggere se stesse dal loro giudizio, creando di conseguenza un vuoto di senso e significato nella relazione madre-figlio. Per questo e per altri motivi connotati in modo squisitamente culturale (si pensi ad esempio alla valenza del contatto visivo che nella nostra cultura è assoluta, mentre in quella nigeriana non è così importante ma viene privilegiata la voce) per i professionisti della salute è sempre una sfida entrare come osservatori nella relazione fra mamme e bambini in contesti di migrazione.

Seguendo il flusso di questi ragionamenti ed esempi, appare evidente come prendersi cura di uno straniero, quanto più è altro da sé, mette al centro della riflessione i sistemi di elementi che compongono le culture (concetti, relazioni, valori, regole), e quindi pone il curante (medico o terapeuta che sia), nella situazioni di crisi e cioè di prendere consapevolezza e allo stesso tempo distanza, dal proprio sistema di credenza, dalla propria cultura appunto*. *“La diagnosi psichiatrica sembra volersi disfare dell’aleatorio: la sua routine assume talvolta l’inesorabile profilo di un cristallo conficcato con forza nel corpo dell’esperienza, con l’effetto di mandare in frantumi la ‘temporalità umana’ e porre un termine all’infinito procedere dell’interpretazione”* (Beneduce R., 2013). Sistemi di credenze e di cure attuati altrove, hanno epistemologie differenti nell’interpretazione e quindi nel trattamento del sintomo, che devono essere interrogate. Laddove, per esempio, lo sguardo del terapeuta occidentale è puntato sul singolo, quello "socio-antro-etno" è rivolto soprattutto al collettivo, sovraindividuale, spesso con connotazioni etniche. Con grandi zone di sovrapposizione con la psicoterapia sistemica, il sintomo ha un significato rituale che riallaccia il presente con il passato, l’individuo con il suo contesto. Il sintomo, la follia possono essere letti come una forma di coscienza storica collettiva e insieme la possibilità che il passato possa riprendere il suo cammino liberandosi da ciò che lo tiene fermo. La ripetizione del sintomo e le difficoltà nel modificarlo, possono essere interpretate come il desiderio di ritrovare il senso perduto delle cose. La sua etimologia lo ricorda**: il sintomo è un indizio, una circostanza che con-cade con qualsivoglia cosa e può rimettere su tracce dimenticate o perse di vista, nella speranza che si scriva un destino diverso e si apra spazio all’incompiutezza. Il segreto e il fascino della divinazione (i segni lasciati sulla sabbia da una volpe interpretati dall’esperto o quelli rivelati dal contrarsi del bicipite di una sacerdotessa in trance) originano forse qui: da quell’oscillazione che, intrecciando temporalità diverse, rimette in moto il passato legandolo nuovamente ad un presente sul quale è possibile l’intervento. In quest’ottica, le azioni rituali suggerite dall’indovino non mutano la vita dell’individuo, ma ne influenzano pesantemente gli eventi del futuro immediato (Beneduce R., 2013). Ecco il motivo per cui una prassi psicoterapica culturalmente sensibile ha incluso da sempre nelle sue sfide epistemologiche un’altra, gigantesca, opportunità per discernere: quando il sistema di significati della persona portatrice di una malattia si scontra e differisce da quello della persona deputata a guarirla.

È questo il cambiamento epistemologico radicale che ha attuato l’etnopsichiatria: questa disciplina, radicata nella tradizione degli studi etnologici, amplia lo sguardo anche della psicoterapia sistemica che coinvolge la famiglia e il contesto sociale nelle loro connessioni con l’agire del singolo, ed abbraccia nella sua ricerca di senso il concetto antropologico (post-tyloriano) di cultura, come insieme complesso di modelli interpretativi e performativi che orientano l’uomo nel suo agire sociale.

Da qui scaturisce necessaria la distinzione anglosassone sviluppata principalmente dalla Scuola Medica di Harvard che scompone in una triangolazione la nozione di malattia, utilizzando i termini *disease* il cui concetto rinvia alla malattia come alterazione

biologica, *sickness* che corrisponde alla descrizione della malattia nel suo essere sociale, quindi il modo in cui un gruppo sociale interpreta, rappresenta e mette in atto strategie legate alla malattia "socializzata"; ed infine il concetto di *illness*. Quest'ultimo ci ricorda che la malattia è anche la percezione e l'esperienza puramente soggettiva che l'individuo fa della situazione fisiologica in cui si trova, data dalle sue attitudini rispetto alle sue aspettative, credenze culturali e pratiche relative allo stato di salute o all'evento malattia. L'"approccio biografico" al sintomo nelle scienze sociali, il programma di antropologia medica della scuola di Harvard con la ricostruzione del senso dell'esperienza di disagio attraverso le *illness narratives*, sono assimilabili a ciò che Roberto Beneduce (1994) descrive in relazione alla etnopsichiatria della migrazione: vale a dire un esercizio di narrazione del disagio che giunge ad avere in sé valore terapeutico, nella misura in cui consente al malato di riorganizzare positivamente il suo mondo interiore che non può prescindere dal riflesso di se stesso nel fuori da lui (Good B.J., 1999).

Il terapeuta dovrebbe avere un'attenzione costante e contemporanea all'evento e allo sfondo culturale da cui si staglia, alla costruzione interattiva e sociale delle esperienze di malattia, determinata e determinante di ciò che accade attorno. Il significato emerge nel dialogo tra i partecipanti, in uno scambio tra micro e macro strutture d'identità. L'unico modo per tentare di dipanare questa matassa dandole una forma intuibile, è utilizzare la ricorsività, la riflessione, la cura della partecipazione soggettiva nell'essere parte di una realtà più grande. *“Operare nell’ambito del sociale come nella clinica significa anche mettere in moto processi ricorsivi in cui tutte le parti sono embricate fra loro, sono in relazione e non c’è una parte totalmente indipendente nella formazione di un sistema che definirei complesso. Si tratta di un processo che fa venire in mente il funzionamento di una candela, per cui le particelle di cera sempre differenti si combinano con l’ossigeno dell’aria per cui la fiamma non cresce e non cala troppo, ma si autorganizza a partire dai suggerimenti che sono contenuti nella forma dello stoppino, nella forma della candela e nel processo del bruciare stesso; le particelle di cera determinano la fiamma, ma a loro volta le particelle di cera sono determinate dalla fiamma”* (Telfener U., 1999).

Fin qui sono evidenti le connessioni con la psicoterapia sistemica; in più prendersi cura dell'interculturale significa rintracciare nella relazione quegli elementi universali trasversali alle culture ma anche precipui in ogni individuo. Contenuti nel magico e misterioso spazio emotivo della relazione, rintracciati attraverso un uso sapiente della lingua e delle sue traduzioni, questi impliciti universali ci permettono di aprire la conversazione su elementi culturali più specifici, caratterizzanti a grandi linee le culture, che devono essere interrogati per accedere ad un sistema di significati efficace. Così facendo si apre una negoziazione il più possibile autentica e culturalmente sensibile della storia di malattia che il paziente porta e che il clinico vorrebbe poter modificare.

Questo passaggio non è indispensabile perché la terapia funzioni, ma è necessario per sgombrare il campo dalle tentazioni etnocentriche o di estrema semplificazione che

sembrano pervadere il nostro presente. Si deve attuare se si vuole evitare di perpetuare in modo ancor più epistemologicamente violento, la posizione di sottomissione fra paziente e clinico che, nel caso di persone straniere, è inquinata dal ricordo delle colonizzazioni ad opera dell'uomo bianco. I sistemi interpretativi e di cura dell'etnopsichiatria hanno aperto gli studi ad un metodo estremamente innovativo di concepire la terapia ben descritto nelle parole del suo grande protagonista, Tobie Nathan: *“chiamerò dunque etnopsichiatria una disciplina che ha per oggetto l'analisi di tutti i sistemi terapeutici senza esclusività né gerarchia che si rivendicano come sapienti o che si presentano come specifici di una comunità etnica, religiosa o sociale. L'etnopsichiatria si propone di descriverli, di tirare fuori da essi la razionalità che li caratterizza e, soprattutto, di valorizzare il loro carattere necessario”*.

Se l'esperienza di essere malato si configura come una “sindrome dell'esperienza” e il suo racconto è considerato come la vera modalità d'inquadramento in una trama (il suo contesto culturale), le narrazioni dei sintomi e delle possibilità di guarigione diventano quindi gli strumenti culturali che puntano a ricomporre le esperienze irregolari di malessere in un ordine di significato. La malattia, infatti, determina sempre nel soggetto una forte richiesta di senso.

La pietra miliare che racchiude il concetto di esperienza della malattia come crisi di senso, sono gli scritti dell'antropologo Ernesto De Martino, in particolare ne *La fine del mondo* (2002), un testo straordinario, imprescindibile per chiunque si occupi di scienze dell'uomo, e in particolare dello “scandalo” della malattia mentale. Se la malattia è crisi di senso, allora la terapia si gioca sul piano della possibilità di ritrovare il senso perduto o di ricostruirlo ex novo, permettendo al malato di ricostruire un assetto relazionale soddisfacente con il suo fuori. Ecco evincersi l'ulteriore complessità in un rapporto psicoterapico con la persona straniera: quel fuori, quel gruppo sociale che interpreta e rappresenta, è interiorizzato da ognuno di noi ma non sempre può essere esplicitato con altrettanta determinazione. Se non lo si condivide in quanto appartenenti alla stessa cultura (per quanto questo concetto contenga i limiti su descritti), bisogna quantomeno riuscire a dirselo, per evitare che le differenze diventino esse stesse fraintendimenti. In aggiunta, talvolta può ammalare proprio lo stigma della malattia che la persona portatrice di alcuni sintomi attribuisce alla cultura di provenienza o di accoglienza. Dunque, si impone una pratica di pensiero riflessivo, volta alla critica costruttiva, non ideologica, delle grandi narrative che hanno caratterizzato le scienze psichiche in Occidente. Viene messa in discussione l'evoluzione storica del sapere psicologico interrogandosi sulla validità univoca dei modelli occidentali che tendono ad appiattare la complessità dei rapporti tra aspetti culturali e manifestazioni psicopatologiche per andare alla ricerca di invarianti naturali piuttosto che di variabili socioculturali (De Micco V., Martelli P., 1990). Le nuove domande che interrogano sono: sino a che punto i grandi paradigmi della psichiatria e della psicoanalisi sono il prodotto di una specifica vicenda storico-culturale? E sino a che punto è vero l'inverso, ossia quanto questi possenti meccanismi di pensiero hanno “costruito” la realtà sociale della malattia in Occidente? L'etnopsichiatria, in ragione del suo interrogarsi sulle culture (qui e altrove), sul rapporto fra cultura e psichismo, ma soprattutto sulla legittimità dei saperi

occidentali nell'intervento terapeutico a favore di stranieri (e migranti), costringe dunque a ripensare non solo il senso della cura e il grado di adeguatezza dei modelli psicoterapeutici occidentali, ma più in generale quali sono le culture di appartenenza, di accoglienza e come influenzano l'incontro con l'altro-da-sè.

Le migrazioni costituiscono, infatti, un fattore di profondo cambiamento sociale e culturale non solo nei paesi di approdo, ma anche nei contesti d'origine, dando vita a delle vere e proprie "culture delle migrazioni" (degli Uberti S., 2010). Nelle località di emigrazione le immagini dei paesi stranieri e degli emigrati diventano metafore con cui pensare i cambiamenti sociali che caratterizzano la località stessa (Graw K., Schielke S., 2012). Spesso i migranti vengono rappresentati come eroi contemporanei che incarnano le nuove vie di mobilità sociale e veicolano modelli di esistenza e stili di vita alternativi, che vanno oltre il semplice successo materiale (Riccio B., Lagomarsino F., 2010). Al tempo stesso, i comportamenti assunti dalle famiglie o dai singoli migranti durante i ritorni tendono ad influenzare l'immaginazione delle persone che rimangono, i non migranti. È spesso solo nel luogo d'origine, agli occhi di coloro che sono rimasti, familiari, vicini di casa, compaesani, che avviene il pieno riconoscimento del successo migratorio (Giuffrè M., 2007). Tuttavia, le rappresentazioni e le percezioni che emergono dai vissuti e dai discorsi del migrante nei luoghi della meta reale (il paese di accoglienza) sono caratterizzate da una profonda ambivalenza. Quando il migrante scopre la realtà del paese in cui è approdato, la solitudine, le difficoltà burocratiche, le falle del sistema di accoglienza, la fatica per imparare la lingua e trovare un lavoro, ormai è prigioniero dell'ambivalenza sia dentro di sé che verso la sua comunità. Da un lato è costretto a mantenere l'immagine di un progetto di successo per non ammettere il fallimento con se stesso e agli occhi dei suoi familiari, dall'altro è ingabbiato nella bugia perché non verrebbe creduto anche se dicesse la verità, piuttosto si penserebbe che non vuole spartire la sua fortuna con chi è rimasto. Questo meccanismo, come si può ben immaginare, crea fratture a volte difficilmente sanabili fra mondi distanti, e comunque solo dopo diverso tempo dall'arrivo in Italia queste esperienze assumono una forma comunicabile e quindi possono essere oggetto di lavoro terapeutico. Il progetto migratorio, quindi, l'esito fallimentare o il successo che ha comportato, l'ambivalenza con il quale è vissuto e rappresentato poi ai familiari, determina in larghissima parte la salute percepita della persona straniera. Quando mi sono affacciata a questa professione, la letteratura aveva scoperto il cosiddetto "effetto migrante sano" (Kennedy S., McDonald J.T., e Biddle N., 2006) fenomeno per il quale si poteva comprovare che gli stranieri arrivati in Italia erano fundamentalmente sani. Questo serviva per sgomberare il campo nella discussione sulle migrazioni dal falso mito che la popolazione di accoglienza potesse correre il pericolo di contrarre strane malattie esotiche. Allo stesso tempo ha acceso un riflettore sul processo di selezione della persona migrante da parte della comunità di appartenenza. Quest'ultima, infatti, punta tutto il proprio futuro (economico ma anche di sopravvivenza del nome e quindi della cultura familiare) su colui o colei che migra, pertanto non sceglie mai persone malate fisicamente o psicologicamente perché partirebbero svantaggiate. Avendo meno risorse degli altri sarebbe più probabile un fallimento e a quel punto far partire un altro fratello o sorella

della stessa famiglia diventerebbe più difficile. Oggi, al contrario, ci troviamo di fronte ad un fenomeno molto importante che prende il nome di “effetto migrante esausto” (Baglio et al., 2017), con il quale si intende una sorta di depauperamento delle risorse personali e di contesto con cui il migrante era partito. Questo vuol dire che quando il migrante si scontra con la realtà del sistema accoglienza Italia, con le sue leggi, i suoi vincoli burocratici, la crisi economica, il razzismo latente e tutte le caratteristiche che contraddistinguono la cosiddetta politica interna nei confronti del fenomeno delle migrazioni, spesso sviluppa un nuovo tipo di sofferenza. *“L’esperienza di migrazione è/ha una “vita” in sé. Essa cioè riproduce, all’interno di una delle sue fasi, o più di una, gli stessi snodi che caratterizzano il percorso di vita degli individui. Se all’interno di una o più di queste fasi si riproduce un passaggio che non era o non può essere compiutamente elaborato attraverso le risorse fornite dalla propria storia personale e dalla propria cultura di appartenenza, si produrrà un “disordine”* (Losi N., 2000), in altre parole ci si ammalerà psicologicamente. Ovviamente questo accade anche perché *“il migrante è fragilizzato a causa dell’esperienza migratoria, non si trova più inserito nella cornice di elementi protettivi che hanno costituito il suo ambiente e la sua storia fino alla partenza e la sua stessa appartenenza culturale diviene incerta”* (Losi N., 2000). Un’altra tensione, infatti, che spesso si registra nelle esperienze di vita dei migranti è quella tra la reiterata necessità di conservare la propria identità culturale e, per contro, lo sradicamento e l’acquisizione di un atteggiamento conforme al modo in cui viene percepita la cultura del contesto d’immigrazione (Riccio B., 2014). Troviamo tutto ciò descritto in maniera magistrale da Abdelmalek Sayad, un sociologo e filosofo algerino naturalizzato francese nel suo libro necessario dal titolo *“Doppia assenza (2002)”*, nel quale afferma con semplicità un’ovvietà spesso tralasciata: gli immigrati sono allo stesso tempo emigrati. *“La presenza dell’immigrato è sempre segnata dall’incompletezza, è illegittima in sé stessa. E’ una presenza fuori posto [déplacée] in tutti i sensi del termine. Il rischio è quello di rimanere intrappolato, sospeso, schiacciato dal paradosso emarginante del provvisorio che dura.”* Per questo sarebbe un errore epistemologico attribuire tutta la sofferenza psicologica provata in terra straniera al trauma. Le esperienze di violenza, abusi, torture, stupri, carcerazioni, sfruttamento sessuale e lavorativo e in generale ogni tipo di umiliazione contro la persona, sono messe in preventivo da chiunque decida di attraversare la Libia. Ormai è risaputo che quel paese non ha alcun tipo di controllo, se non quello dei trafficanti e delle organizzazioni che sfruttano anche il loro lavoro. C’è un bellissimo libro in proposito, *“Io Khaled vendo uomini e sono innocente”* (Mannocchi F., 2019) che spiega molto bene come sia stato il sistema Libia a creare e trasformare uomini della resistenza in trafficanti senza scrupoli, in una sorta di rivalsa dal fallimento del loro progetto di vita e di libertà. Esattamente lo stesso rischio che si corre esponendo i migranti ad insuccessi, frustrazioni e assenza di sbocchi nel paese di accoglienza che ri-traumatizzano persone già fragili ed esposte alla sofferenza. Questo è un concetto forte e come tale deve essere espresso con estrema chiarezza: abbiamo la tendenza ad ascoltare in modo un po’ compassionevole, certamente voyeuristico ed infine rifiutante le storie di migrazioni che sentiamo tutti i giorni. Sono portatrici di sofferenze così profonde, ledono così tanto i diritti umani, e soprattutto sono espressione della possibilità di

cattiveria tra esseri della stessa specie, che ad un certo punto l'animo cede alla necessità di prenderne le distanze. È la stessa cosa che accade alla maggior parte delle persone che ne sono state vittime e hanno attraversato quegli inferni per avere la possibilità di una vita migliore. Non vogliono essere legate a quel momento. Non vogliono ricordare continuamente. Non vogliono raccontare continuamente. Il loro desiderio è che quegli eventi, per sempre scolpiti nella loro memoria e parte incancellabile delle loro vite, diventino, appunto, una parte, una fase, un attraversamento verso qualcosa di migliore. Ancora l'etimo, quello della parola trauma, ci viene in soccorso*** fino ad arrivare al significato in sanscrito di "passare al di là". L'esperienza traumatica rappresenta certamente un aspetto di vulnerabilità nella vita di chi l'ha subita, ma non deve necessariamente essere cristallizzata e guarita prima che quella stessa persona abbia una chance di una vita buona. Tutto dipende dalla narrazione biografica nella quale il trauma stesso viene inserito. Alla stregua della malattia intesa come *illness* e dell'approccio biografico nella sua cura, anche per quanto riguarda il trauma psicologico è fondamentale come viene raccontato, a chi e in riferimento a cosa, che senso acquista nella vita di quella persona e della sua comunità.

Sarebbe sbagliatissimo, a maggior ragione nel caso di persone straniere cresciute con un'identità collettivistica e abituate a pensarsi in relazione ad un contesto esteso, imprigionare il trauma all'interno di processi psichici intraindividuali e lineari. Il modo che io, attraverso la mia esperienza clinica, ho trovato efficace è di aprire le narrazioni del trauma alla circolarità sistemica in termini di significati relazionali e culturali in senso più ampio. Attuando le sensibilità su descritte, il monito deve essere non focalizzarsi troppo e solo sul trauma subito, per non rischiare di schiacciare nel presente con una tensione pericolosa verso il passato tutta l'esistenza della persona coinvolta nel lavoro terapeutico, ri-vittimizzandola per l'ennesima volta.

Si pensi in proposito all'efficacia, ampiamente comprovata dalla ricerca sul campo, etnografica ed etnopsichiatrica, delle modalità "tradizionali" di cura basate sulla mobilitazione attiva di un intero tessuto sociale (familiare, di villaggio) intorno al soggetto sofferente. Dagli arcinoti studi demartiniani sul tarantismo pugliese ai casi di cura collettiva documentati in contesto africano, la letteratura offre una quantità di spunti ormai classici in questa direzione (cfr. la pratica congolese della "confessione diabolica" collettiva come presa in carico di gruppo, ritualizzata, di un disagio esistenziale individuale, riportata in Beneduce (2007)). L'etnopsichiatria stessa in Africa ha agito attraverso la creazione di specifici contesti di cura, i "villaggi terapeutici", entro i quali riattivare attorno ai malati un sistema di relazioni affettivamente dense, un flusso empatico stabile, onde aiutare queste persone a ricostruire un equilibrio emozionale soddisfacente. *“Qualunque evento, anche il più drammatico, non avviene mai in un contesto totalmente privo di risorse. Ogni esperienza, anche la più traumatica, può trasformarsi in un punto di crisi dal quale nasce un nuovo assetto. Dipende solo da dove si sceglie di focalizzare lo sguardo”*. (Losi N., 2015)

E per aiutare a indirizzare lo sguardo voglio qui evidenziare una predisposizione metodologica a mio avviso imprescindibile: quella di prendere sul serio le persone, in particolare i migranti. Credere alle parole che vengono dette, credere alla dignità

dell'esperienza così come viene narrata e interpretata nella sua *funzione inderogabile di senso* che orienti l'agire nel mutevole contesto in cui vivono. Il migrante, d'altronde, è anche l'eroe che ha attraversato tutte quelle prove e ce l'ha fatta. È colui a cui è stata offerta una possibilità da parte della famiglia e che ha resistito ed è sopravvissuto per renderla una possibilità concreta. Quante risorse può contenere una biografia del genere? Quanta motivazione può nascere da un tale passato? Ritengo che il sapere antropologico, costituitosi con questa vocazione a vedere la realtà dal punto di vista degli attori in gioco, sia estremamente rilevante nella pratica clinica interculturale e, più in generale, per la comprensione delle migrazioni. Le risorse contenute nelle pieghe delle storie di migrazioni, hanno una possibilità di esistere ed esprimersi solo se vengono interrogate. I sogni che possono connettere il passato con il futuro, costruendosi nel presente, diventano motivazione solo se possono essere ricordati. I legami famigliari, laddove rappresentano una risorsa e una potenzialità di benessere per la persona, attuano il loro potere solo se rievocati e presentificati. Per prendere in considerazione la persona (straniera) in toto e renderla partecipe nel processo di "guarigione", l'unica possibilità è fare domande, domandarsi anziché dare risposte. Domandare significa sospendere il giudizio, porsi in una situazione di *epochè*, di sospensione, che apre a nuove possibilità. Domandare così com-prende nel dialogo le differenze interculturali, e come una danza insegna passi sconosciuti e in quanto tali possibili per entrambi.

Concludendo, è mia opinione che l'ambito interculturale sia un ambito fiorente per l'applicazione dei principi epistemologici della psicoterapia sistemica. Questo perché la sistemica comprende già nella sua cornice teorica e nella prassi operativa le maglie larghe della flessibilità, circolarità e riflessività indispensabili, in un ambito di cura interculturale, per far emergere la trama e quindi riconnettere le parti del sistema in un'organizzazione più funzionale. Allo stesso tempo, la matrice antropologica dello sguardo interculturale, con il suo relativismo e la messa in discussione continua dei saperi, può fungere come una sorta di antidoto all'applicazione *tout court* di modelli operativi, rischio che qualunque professionista della salute corre 'almeno una volta' nel corso della sua professione.

E allora vorrei chiudere con le parole di Sayad che credo collochino bene il nostro ruolo di clinici impegnati nell'essere un ponte che può connettere, con lavoro sapiente, persone straniere nella cura:

*“Questa è l'emigrazione, questo è vivere da stranieri in un altro paese [...] Il nostro elghorba [l'esilio] è come qualcuno che arriva sempre in ritardo: arriviamo qui, non sappiamo nulla, dobbiamo scoprire tutto, imparare tutto – per coloro che non vogliono restare così come sono arrivati - siamo in ritardo sugli altri, sui francesi, restiamo sempre indietro. Più avanti, quando [l'emigrato] ritorna al suo villaggio, si rende conto che non ha nulla, che ha perduto il suo tempo. [...] Tutta l'emigrazione, tutti gli emigrati, tutti quanti sono così: [...] l'emigrato è l'uomo con due luoghi, con due paesi. Deve metterci un tanto qui e un tanto là. Se non fa così è come se non avesse fatto nulla, non è nulla [...] *****”.*

Bibliografia

- Baglio G., Di Palma R., Eugeni E., Fortino A., 2017. Gli immigrati irregolari: cosa sappiamo della loro salute? *Epidemiologia e prevenzione*, 41, pp. 57-63.
- Baumann G., 2003. *L'enigma multiculturali. Stati, etnie, regioni*, Il Mulino, Bologna.
- Beneduce R., 1994. *La salute straniera*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli.
- Beneduce R., 2007. *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*. Carocci, Roma.
- Beneduce R., 2013. Illusioni e violenza della diagnosi psichiatrica in Aut aut 357, *La diagnosi in psichiatria*, pp. 187-212, Il saggiatore, Milano.
- Clarke J.J., 1970. On the Unity and Diversity of Cultures, «*American Anthropologists*», 72, pp. 545-554.
- De Martino E., 1977 e 2002. *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*. A cura di Clara Gallini, Einaudi Ed., Torino.
- De Micco V., Martelli P., 1993. *Passaggi di confine. Etnopsichiatria e migrazioni*. Liguori, Napoli.
- degli Uberti S., 2010. Da modou a modou a Européen: rappresentazioni e autorappresentazioni. Il caso dell'emigrazioni clandestine in piroga dal Senegal. *Mondi migranti*, 3, pp.99-116.
- Geertz C., 1998. *Interpretazione di culture*, Il Mulino, Bologna.
- Giuffrè M., 2007. *Donne di Capo Verde. Esperienze di antropologia dialogica a Ponta do sol*. CISU, Roma.
- Good B.J., 2006. *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico paziente*. Piccola Biblioteca Einaudi Scienze Sociali, Bologna.
- Goodenough W., 1981. *Culture, Language, and Society*, Menlo Park (CA), Benjamin-Cummings.
- Graw K., Schielke S. (a cura di), 2012. *The global horizon. Expectations of migrant in Africa and the middle East*. Leuven, Leuven University Press.
- Kennedy S., McDonald J.T., Biddle N., 2006. *The Healthy Immigrant Effect and Immigrant Selection: Evidence from Four Countries. Social and Economic Dimensions of an Aging Population Research Papers 164*, McMaster University.
- Kluckhohn, C., 1952. *Culture: A Critical Review of Concepts and Definitions*, Brown University Press.
- Losi N., 2000. *Vite altrove. Migrazione e disagio psichico*, Feltrinelli, Milano.
- Losi N., 2015. *Guarire la guerra. Storie che curano le ferite dell'anima, esperienze di uno psicoterapeuta*, l'Harmattan Italia.
- Mannocchi F., 2019. *Io Khaled vendo uomini e sono innocente*, Einaudi, Torino.
- Murdock G.P., 1965. *Social structure*, Free Press, New impression edition.
- Nathan T., 1990. *La follia degli altri. Saggi di etnopsichiatria*. Ponte delle Grazie, Firenze.
- Pessoa F., 1986. *Libro dell'inquietudine*, Feltrinelli, Milano.
- Quassoli F., 2006. *Riconoscersi. Differenze culturali e pratiche comunicative*, Cortina Raffaello, Milano.

Riccio B., 2014. Antropologia e migrazioni, Cisu (Centro Informazione Stampa Universitaria), Roma.

Riccio B., Lagomarsino F. (a cura di), 2010. L'altra sponda delle migrazioni: i contesti di origine. *Mondi migranti*, 3, pp.247-274.

Sayad A., 2002. La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato. Raffaello Cortina Ed., Milano.

Smelser N.J., 1995. Manuale di sociologia, Il Mulino, Bologna.

Telfener U., Casadio, L., 2000. Sistemica, voci per possibili percorsi epistemologici, Bollati Boringhieri, Torino.

Telfener U., 1999.

Bateson in <http://www.circolobateson.it/archiviobat/1999/convegni/BATESON>

* In questa sede, infatti, useremo il termine *crisi* considerando il suo significato etimologico, il verbo greco *krino*= separare, cernere, valutare.

** Dal greco *symptoma* propr. coincidenza, che tiene alla radice di *sympiptein* coincidere, composto dalla particella *sym* per *syn* con e *piptein* cadere. (...) quindi, in generale, indizio, circostanza che accompagna qualsivoglia cosa (www.etimo.it)

*** Trauma deriva dal latino *tràuma* e dal greco *traýma*, cioè perforamento, trafittura, che è connesso a *ti-trào* foro, perforo, affine a *tròô* e *ti-tròskô* cioè ferisco, ledo dalla radice *tar*=tra che ha il senso fondamento di muovere che è nel sanscrito *tarâmi*.

**** Testimonianza di un algerino immigrato in Francia in A. Sayad, *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaele Cortina editore, Milano, 2002, pag. 84.