

Rivista di

Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria

QUADRIMESTRALE DELLA FEDERAZIONE PSICOLOGI PER I POPOLI

Numero 1, 2007



Direttore responsabile
Giuseppe Maiolo

Direttore
Luigi Ranzato

Direzione scientifica
Paolo Castelletti
Mariateresa Fenoglio
Alfredo Mela

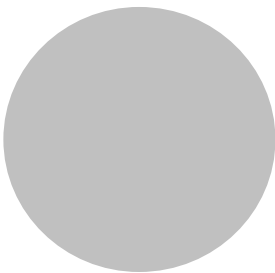
Comitato professionale
Delfo Bonenti
Serena Cugini
Isabella De Giorgi
Giuliana Franchini
Rolando Incontrera
Raffaella Paladini
Marina Pampagnin
Luca Pezzullo
Elvira Venturella

Redazione, grafica e impaginazione

Gabriele Lo Iacono
Via Vittorio Veneto, 146
38100 Trento
E-mail: gabrieleloiacono@psicologia-editoria.eu

La rivista è edita da
Psicologi per i Popoli – Federazione
via dei Monti 36
38079 Tione di Trento (TN)
E-mail: psicologixpopoli@alice.it

La rivista è in attesa di registrazione



**Psicologia dell'Emergenza e
dell'Assistenza Umanitaria**

Numero 1, 2007

Indice

Wanda Ielasi <i>Come pesci nell'acqua</i> <i>Elementi di etnopsicologia clinica</i>	P. 4
Rosanna Maugeri <i>Migrare: essere altrove, essere altrimenti</i>	P. 20
Maddalena Riva <i>Migrazione e tossicodipendenza</i>	P. 30
Daniela Quaresmini <i>La festa della circoncisione di Omar: luogo di incontri e di emozioni</i>	P. 40

Wanda Ielasi

Come pesci nell'acqua

Elementi di etnopsicologia clinica

Riassunto

A partire dalla propria esperienza clinica con persone migranti, l'autrice traccia una sintesi degli strumenti teorici e operativi elaborati in ambito etnopsicologico e propone una rivisitazione critica di alcuni concetti chiave: psiche e corpo, salute e malattia, cultura, etnia e razza, diagnosi e cura, dimensione individuale e collettiva. In particolare, la cultura assume un ruolo centrale quando si declina la propria professione psicologica in contesti culturali diversi dal proprio: accade nell'accogliere il disagio psichico di persone straniere presenti nel nostro Paese ma anche quando ci si occupa di benessere psicologico all'estero. La clinica transculturale, l'etnopsichiatria, l'antropologia medica critica e l'antropologia della contemporaneità costituiscono l'orizzonte disciplinare di comunicazioni terapeutiche capaci di tener conto anche della valenza culturale di chi dà e di chi riceve aiuto.

Abstract

Starting from her clinical experience with migrant people, the author summarizes the theoretical and operational instruments in ethno-psychological field with a critical review of some key concepts: psyche and body, health and suffering, culture, ethnic group and race, diagnosis and treatment, individual and collective dimension. Especially, culture becomes most relevant when psychological competences are involved in cultural contexts which are different from our own: both when we work with foreign people in our country and when we are involved in mental health projects abroad. Transcultural clinic, ethnopsychiatry, critical medical anthropology and anthropology of contemporaneity constitute the disciplinary horizon of therapeutic communications capable of managing caregiver's and client's cultural aspects.

*Ogni essere umano è diverso
ma tutti siamo esseri umani*

Detto popolare gitano

Riconoscere la centralità degli aspetti culturali è il primo passo quando si declina la propria professione psicologica in contesti culturali altri. Ciò accade nell'accogliere il disagio psichico di persone straniere presenti nel nostro Paese ma anche quando ci si occupa di benessere psicologico all'estero: partecipare a progetti di cooperazione umanitaria ci consente di percorrere, a ritroso, il viaggio dei tanti migranti in cerca di una vita migliore.

Le cornici della clinica transculturale, dell'etnopsichiatria o etnopsicologia clinica e della psicologia culturale, ma anche dell'antropologia medica e dell'antropologia della contemporaneità, forniscono strumenti teorici e operativi indispensabili per operare sul crinale tra diverse culture.

Con questo lavoro vorrei offrire alcuni spunti di riflessione, maturati attraverso la pratica clinica rivolta a persone che vivono in Italia e che provengo-

no da altre regioni del mondo. Si tratta di mettere a fuoco e ridefinire concetti e strumenti che nella nostra prassi abituale possiamo dare per scontati – perché ritenuti implicitamente condivisi da noi operatori della salute e dai pazienti che appartengono al nostro stesso orizzonte culturale – ma che tali sempre non sono.

Le teorizzazioni di seguito proposte hanno preso forma, in prevalenza, in un contesto clinico, di cura, rivolto a persone migranti a vario titolo sofferenti. Lo sforzo – mio e di chi vorrà sperimentarle sul campo – consiste nel trasformare queste teorie usandole, per meglio adattarle a un professionista della salute mentale espatriato.

All'estero, nei progetti di cooperazione, raramente ci accade di lavorare con pazienti autoctoni; più spesso i nostri interlocutori sono operatori locali, altri professionisti espatriati o referenti di comunità e ci competono, quindi, attività di progettazione, formazione, sostegno psicologico, sensibilizzazione e interventi di comunità.

Cambia il contesto, rispetto alla cura del singolo nella migrazione, cambiano a volte gli obiettivi, ma crediamo che, tra gli altri, quelli che seguono possano essere strumenti utili da portare con sé.

Etnopsichiatria e clinica transculturale oggi

Per clinica transculturale intendiamo il prendersi cura percorrendo i confini, i margini, i crinali tra persone e tra culture. Françoise Sironi (2001) suggerisce di affidarci all'etimologia delle radici verbali che compongono la parola *etnopsichiatria* – per noi sinonimo di clinica transculturale – al fine di chiarire l'ambito di queste discipline:

- έθνος (ethnos): popolo, si riferisce al contesto culturale collettivo, di gruppo;
- ψυχή (psyché): anima, soffio vitale, si riferisce alla storia psicologica del singolo, della persona;
- ιατρεία (iatreia): cura, intesa non come competenza esclusiva del medico ma propria di qualsiasi professione di aiuto.

La clinica transculturale attua, quindi, una riflessione transdisciplinare che interroga i saperi e gli strumenti delle professionalità che si occupano della salute e della cura delle persone, tenendo conto anche della connotazione culturale di chi dà e di chi riceve aiuto.

Roberto Beneduce (2004, p. 269) chiarisce gli ambiti di interesse e di intervento dell'etnopsichiatria; essa studia il rapporto tra lo stato di benessere o malessere psicologico e le diverse dimensioni di vita: culturale, sociale, storica e politica. I valori culturali, l'organizzazione sociale ed economica, i rapporti interetnici e di potere, i conflitti, le guerre, l'urbanizzazione, la migrazione hanno un ruolo determinante per l'equilibrio di salute della persona.

Le diverse società umane sviluppano manifestazioni psicopatologiche e di disagio, cui corrispondono – costituendo l'oggetto di studio dell'etnopsichia-

tria – specifici sistemi di cura. Ogni sistema di cura prevede modalità specifiche di espressione, diagnosi e cura della sofferenza umana.

Le origini: la psichiatria transculturale

Le radici della disciplina affondano nel nostro passato colonialista: il termine etnopsichiatria, in genere attribuito a G. Devereux, sembra sia stato coniato da J.C.D. Carothers, psichiatra inglese di origine sudafricana che prestò la propria opera, come tanti altri medici dell'epoca, al fianco di militari e missionari nell'organizzazione della vita delle colonie (Beneduce, 2004, p.26).

L'interesse per il disagio psichico delle popolazioni native mirava al confronto tra diverse realtà cliniche al fine di convalidare le categorie nosografiche della psichiatria classica occidentale, che rimanevano comunque il termine di riferimento certo e indiscutibile. Il metodo era appunto quello comparativo e da qui nasceva la definizione di psichiatria transculturale, cross-culturale o comparativa – tra i fondatori, lo psichiatra di inizio secolo scorso E. Kraepelin – da cui gli etnopsichiatri contemporanei si differenziano, consapevoli della necessità di storicizzare anche i propri riferimenti culturali e strumenti operativi.

L'orientamento della prima psichiatria transculturale considerava le sindromi psichiatriche esotiche come una variante più semplice e povera di quelle riscontrate in Occidente: in esse, inoltre, i fattori culturali costituivano dei meri ostacoli all'efficace riconoscimento delle patologie secondo la nosografia psichiatrica occidentale. L'elemento culturale veniva preso in considerazione e studiato solo in vista di una sua rimozione al fine di disvelare i modi universali della sofferenza umana.

La prima psichiatria cross-culturale riteneva infatti – seguendo la logica dualistica della psichiatria dell'epoca – che, sebbene i contenuti del disagio psichico differissero in diverse aree geografiche del mondo, essi sottintendessero una uguale forma, universale, di disturbo mentale (Littlewood, 2000).

L'etnopsichiatria contemporanea e il contributo dell'antropologia medica critica

Gli orientamenti attuali hanno maturato una visione più critica del fare azioni di cura. L'esigenza di farsi carico di disagi "altri", ha suggerito la necessità di ripensare gli strumenti e i quadri teorici, riconoscendo la loro inevitabilità culturale, cioè il loro essere localizzati, costruiti in spazi storici e geografici specifici.

Partendo dalla nostra professione, riconosciamo ad esempio che la psicologia appresa nelle nostre università è parte del sapere 'occidentale' e in quanto tale una psicologia tra le tante possibili, figlia del contesto geografico, storico e culturale che l'ha generata: spostandoci e lavorando in giro per il mondo incontreremo, se saremo pronti a farlo, altre psicologie indigene.

Scopriremo allora che in tante culture non viene operata una distinzione netta tra psicologia e medicina e questo costituisce un primo grande disorientamento: noi siamo cresciuti come psicologi nello sforzo di individuarci rispet-

to alla cultura e al sapere medico, ma quando cerchiamo di capire come altri popoli gestiscano la loro salute, scopriamo che benessere fisico e mentale non sono altro che le due facce della stessa medaglia, e spesso un'unica figura – guaritore, stregone, *curandero*, sacerdote o sciamano – è responsabile, per la propria comunità, di tutti i gesti di cura. La distinzione tra salute del corpo e dell'anima è figlia del dualismo cartesiano proprio della nostra tradizione, dualismo che ha deviato la nostra conoscenza della salute dal sentiero olistico che integra in un'unica entità le diverse espressioni della vita umana.

Ne consegue che non possiamo pensare di applicare tout court il nostro sapere a contesti di vita che non l'hanno generato e che probabilmente si reggono su credenze e concezioni del mondo diverse dalle nostre. Anche quando diciamo 'nostre' commettiamo una generalizzazione, assumendo che di cultura occidentale ce ne sia una sola: sappiamo bene, e l'antropologia della contemporaneità ce lo ricorda, come in realtà siamo immersi in un continuo dinamismo culturale in cui tante diversità si incontrano e si scontrano, generando delle realtà meticcie in continuo scambio e trasformazione.

Per convenzione parleremo di cultura occidentale riferendoci all'evoluzione del pensiero e della scienza europea e del Nuovo Mondo. Occupandoci di salute allora intenderemo per bio-medicina i sistemi di cura che si attuano nei nostri ospedali e che vengono appresi dagli studenti universitari nel cosiddetto mondo 'sviluppato' ma anche nell'ambiente accademico dei Paesi 'in via di sviluppo'.

Oggi, si utilizza il termine bio-medicina in contrapposizione a quello di medicina tradizionale, ma con la consapevolezza che anche la nostra bio-medicina è una medicina tradizionale tra le altre – anche se la più diffusa al mondo – e in quanto tale passibile di essere oggetto di studio dell'antropologia medica contemporanea, che ha sviluppato uno sguardo critico anche verso i presupposti epistemologici della medicina di casa propria (Quaranta, 2001). In particolare si ha una maggior consapevolezza dei seguenti aspetti:

- l'identificazione della bio-medicina quale medicina tradizionale tra le altre; essa è il prodotto di un determinato contesto culturale, il mondo 'occidentale' e quindi dotata di caratteristiche di relatività;
- il carattere olistico, integrato – psiche, corpo, cultura – della persona umana e quindi della sua salute;
- l'importanza determinante dei fattori culturali, sociali e politici nella definizione e nello sviluppo delle qualità di espressione e delle modalità di cura di uno stato di malattia.

Sin dagli esordi della psichiatria transculturale o comparativa, grande attenzione è stata rivolta alle cosiddette *culture-bound syndromes*, espressione oggi resa in italiano con la formula *sindromi ordinate dalla cultura*: essa indica particolari quadri patologici presenti esclusivamente in determinate aree geografiche, come ad esempio il susto dell'America centro-meridionale o il tarantolismo del nostro Sud Italia. Il termine 'ordinate' si riferisce sia alle classificazioni locali del disagio sia alla funzione patoplastica – cioè alla capacità, delle differenti culture, di dare una foggia particolare alla sofferenza umana.

L'interrogativo aperto sin dai tempi di Kraepelin riguarda infatti la supposta universalità delle malattie, soprattutto psichiche, come ad esempio la depressione.

L'opinione corrente in antropologia medica riconosce l'universalità del soffrire umano, le cui espressioni non possono che essere legate, però, alla contingenza storica, sociale e culturale del luogo in cui le persone si ammalano. L'antropologia medica critica propone di interpretare ogni disagio come l'espressione individuale a valenza collettiva di una forma di resistenza incarnata dalle persone in risposta alle sollecitazioni, spesso violente, dell'ambiente umano, sociale e politico in cui vivono.

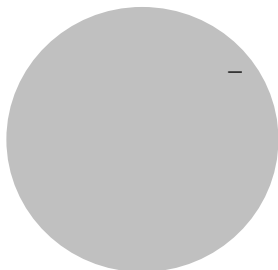
Salute e cultura: i possibili equivoci del multiculturalismo

La definizione più recente di salute promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in occasione della conferenza internazionale sull'assistenza sanitaria di base, svoltasi ad Alma Ata nel 1978 (Cozzi e Nigris, 2000, p. 159), recupera una visione integrata dell'essere umano, quale individualità bio-psico-sociale il cui benessere è dato dall'equilibrio tra le tre dimensioni vitali. Esse interagiscono costantemente e pertanto lo studio dei fenomeni umani effettuato da ciascuna prospettiva – inclusa quella psicologica – non può prescindere dalle restanti due. Ad esse ne affianchiamo una quarta, la prospettiva culturale, per sottolineare il ruolo centrale da essa giocato nel delineare le modalità con cui le persone, a seconda del contesto di vita, si ammalano e si curano.

Cominciare a porre attenzione alla dimensione culturale nella nostra pratica psicologica può indurci a pensare le culture come entità definite, distinte, proprie di una specifica area geografica o di un dato gruppo umano, dotate di caratteristiche stabili e quindi conoscibili una volta per tutte attraverso un faticoso e minuzioso sforzo enciclopedico. La realtà, come abbiamo già detto, è molto più fluida e in movimento: anche le culture sono vive e in quanto tali in continua trasformazione.

Zoletto (2002) invita a riconoscere le insidie e i possibili equivoci della passione multiculturalista – al fine di sviluppare una visione più realistica, anche se più complessa, della dimensione culturale – individuando:

- l'equivoco della reificazione, secondo cui le culture sarebbero entità definite, concretizzate in individui che ne diventano meri rappresentanti o portatori. In realtà, si assiste sempre a un processo di personalizzazione delle culture: ogni persona incarna un'endocultura specifica e inimitabile;
- l'equivoco essenzialista, secondo cui le culture sarebbero essenze o sostanze predeterminate. In realtà, le culture sono costruite e continuamente modificate dalle persone che le rendono vive;



- l'equivoco dell'omogeneità, secondo cui l'omogeneità linguistica indicherebbe un'identità culturale o etnica secondo la formula una lingua = una cultura = un'etnia, per cui a una lingua corrisponderebbe sempre una e una sola cultura o appartenenza etnica. In realtà, l'identità di ogni persona è sempre in un certo grado meticcica e non si assiste a una rigida corrispondenza secondo cui coloro che parlano una stessa lingua appartengono allo stesso gruppo etnico o alla stessa cultura;
- l'equivoco della parità, secondo cui esisterebbe parità tra le diverse culture. In realtà, ci sono radicali differenze di potere politico;
- l'equivoco dello stigma: le politiche sociali volte al protagonismo e alla integrazione delle persone migranti rischiano di considerare sempre e solo gli altri come i diversi;
- l'equivoco della normatività, secondo cui l'azione normativa delle culture modellerebbe in modo rigido i valori di riferimento e l'agire sociale degli individui. In realtà lingue e culture fungono da cornici intersoggettive di riferimento, entro cui la realtà è costruita e trasformata incessantemente dall'interazione tra le persone.

In modo analogo, anche concetti quali razza ed etnia acquistano una connotazione dinamica, fluida e difficilmente circoscrivibile in entità chiuse e definite una volta per tutte.

Come argomenta Kilani (in Gallissot et al., 2001), il concetto di razza non ha alcuna consistenza dal punto di vista scientifico e rappresenta solo la credenza, ingiustificata, in una corrispondenza tra una differenza biologica e specifiche attitudini mentali, morali o culturali. Scrive al riguardo Rivera “[...] la genetica ha dimostrato [...] che ogni popolazione umana contiene tutti i geni umani esistenti, variando solo la frequenza [...]” e che “[...] la differenza media fra gli individui appartenenti a una medesima popolazione è di gran lunga maggiore della differenza genetica media fra due popolazioni qualsiasi [...]” (in Gallissot et al., 2001, p. 154).

Anche etnia diventa un concetto culturale costruito socialmente, centrato sulla condivisione, all'interno di un gruppo umano, di norme, valori, credenze, simboli culturali e pratiche in incessante trasformazione; è “[...] una convenzione, una categoria, un modello di percezione e di ordinamento cognitivo che vale a differenziare gli altri [...] e definire se stessi” (Rivera, in Gallissot et al., 2001, p. 138).

La salute in antropologia medica

Nella pratica professionale all'estero, dovremmo in una fase iniziale, esplorativa, immergerci nelle pratiche di cura locali per cercare di cogliere quali credenze, idee e sentimenti – individuali e comunitari – sostanzino le espres-

sioni di salute e malattia. A partire da questa esplorazione sarà possibile in seguito coniugare i nostri strumenti operativi con le risorse già disponibili.

A tale proposito, diventa centrale recuperare la distinzione operata dall'antropologia medica (Hahn, 1984, p. 16) rispetto al concetto di malattia. L'esperienza di *suffering*, del soffrire, che è universale, può essere letta a partire da tre differenti prospettive:

- *disease*, la malattia così come viene descritta e percepita dall'operatore sanitario;
- *illness*, la malattia così come viene vissuta, esperita, descritta da chi ne è portatore;
- *sickness*, la malattia nelle sue implicazioni sociali.

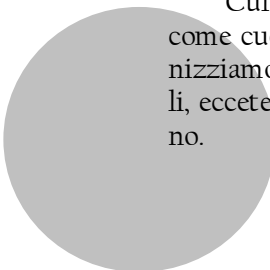
L'antropologia medica, inoltre, distingue riferendosi alla cura (*care*) tra il processo di *curing*, volto alla rimozione dei sintomi biologici e alla guarigione dalla malattia intesa come *disease*, e il processo di *healing*, il cui scopo è invece il risanamento del disagio spirituale, sociale e affettivo connesso alla malattia intesa come *illness*.

Per incontrare i bisogni delle persone e delle comunità, accogliamo quindi i vissuti personali legati alla percezione soggettiva di *illness*. In essa si coniugano le esperienze personali con la più ampia trama di vita del nucleo familiare e della comunità. Andare incontro al disagio delle persone significa addentrarsi nel mondo culturale di cui esse sono portatrici; per questo è indispensabile chiarire che cosa intendiamo per cultura nella sua accezione più ampia e concreta.

La cultura: principi di clinica transculturale e processi di trasmissione culturale

Il modo in cui noi agiamo, incorporiamo, pensiamo, viviamo la malattia, lo abbiamo appreso e continuiamo ad apprendere dal contesto di vita, dalla società, in cui cresciamo: la cultura non riguarda soltanto gli aspetti colti, legati all'acquisizione di apprendimenti 'elevati' – letteratura, storia, lingue, musica e via dicendo – ma permea qualsiasi ambito della nostra vita. Così come inevitabilmente impariamo la nostra lingua madre, allo stesso modo incorporiamo, cioè facciamo nostre attraverso la pratica di vita, tutti gli altri apprendimenti che ci consentono di vivere in modo efficace, di tutelare la nostra e altrui salute e in ultima analisi di attribuire un significato all'esistenza.

Cultura è come siamo stati allevati e come alleviamo i nostri figli, cosa e come cuciniamo, la gestualità, la mimica, la distanza prossemica, come organizziamo il nostro spazio abitativo, la gestione delle relazioni familiari e sociali, eccetera nonché il modo di intendere la salute, la malattia e il nostro destino.



Come ha affermato Piero Coppo, cultura è tutto ciò che rende umano l'uomo, “[...] la dimensione collettiva in cui i singoli si immettono per divenire umani” (2003, p.82): il neonato si immerge nella cultura per trasformarsi in persona.

Per sottolineare la natura della cultura, allo stesso tempo necessaria e invisibile a colui che la incarna, un antropologo di inizio secolo scorso, Ralph Linton (in Coppo, 2003, p. 99), ha scritto che, per l'uomo, “la cultura è come l'acqua in cui il pesce nuota: il pesce vede attraverso l'acqua, ma non la vede come tale”.

Noi aggiungiamo che non solo l'uomo nuota inconsapevole nella cultura, ma viene plasmato da essa al punto che la cultura diviene sostanza del suo stesso essere incorporato.

Nella pratica professionale all'estero esercitiamo i nostri strumenti psicologici ma, per poterlo fare, dobbiamo sviluppare anche una sensibilità culturale. Georges Devereux, padre fondatore dell'etnopsichiatria, sviluppa la teoria complementarista per descrivere il modo di conciliare la pratica clinica – per lui psicoanalitica – con la diversità culturale. Ispirandosi alla teoria fisica quantistica dell'indeterminazione di Heisenberg, secondo cui non è possibile “[...] determinare simultaneamente e con la stessa precisione la posizione e il momento di un elettrone” (Devereux in Moro, 2001, p. 43), afferma che lavorare sul crinale tra culture implica una continua oscillazione tra l'approccio clinico e l'approccio antropologico: entrambi sono strumenti indispensabili ma non praticabili nello stesso istante. Si tratta di due registri interpretativi diversi, di due discipline autonome, il cui studio approfondito ci può far approdare a una percezione più integrata della realtà in cui operiamo. Spesso lo stesso professionista non dispone di entrambi le competenze e sul campo si assiste – quando i mezzi lo consentono – alla collaborazione, in gruppi multidisciplinari, tra operatori della salute – medici, psicologi, infermieri – ed esperti culturali – antropologi, mediatori linguistico-culturali, referenti di comunità.

La clinica transculturale si fonda sui seguenti principi:

- universalismo psichico, secondo cui tutti gli esseri umani sono dotati in egual modo di un apparato psichico e hanno pari dignità;
- la cultura quale pelle dello psichismo umano: non esiste l'uomo ‘nudo’, l'uomo possiede ed è posseduto da una cultura. Così come non può esistere un contenuto senza contenitore, non può esistere un funzionamento mentale al di fuori di un involucro culturale;
- le culture sono tutte diverse tra loro.

La cultura permea ogni espressione umana. Essa viene trasmessa all'interno dei gruppi umani, in un rapporto uomo-cultura di reciproca trasformazione, attraverso i processi di:

- inculturazione: il processo di assimilazione attraverso cui le nuove generazioni acquisiscono la cultura del gruppo di appartenenza; copre l'arco dell'intera vita ma è particolarmente intenso durante l'infanzia e l'adolescenza;
- acculturazione: la trasmissione culturale avviene attraverso il contatto con gruppi diversi da quello di appartenenza; consiste nell'assunzione parziale o totale di modi culturali diversi da quelli originari;
- deculturazione: la perdita di elementi culturali già recepiti dalla propria tradizione in seguito a processi acculturativi – può essere interpretata come il saldo passivo dei processi di acculturazione (Cozzi e Nigris, 2000).

Ogni persona declina i diversi aspetti culturali con cui viene in contatto, in un modo unico e personale, costruendo quella che viene definita la propria endocultura. È innegabile, però, che le diverse comunità umane condividano dei tratti culturali – largamente diffusi tra i loro membri – che conferiscono alle stesse delle fisionomie più o meno omogenee e riconoscibili.

Palmer e Laungani (Livio, 2003) analizzano alcune delle matrici culturali che contribuiscono alla diversa fisionomia tra società a impronta 'occidentale' e società a impronta 'tradizionale', tra il *west*, l'Occidente, e il *rest*, il resto del mondo, secondo l'accezione degli studi culturali (Stratton e Ang, 1996).

Lo schema, riportato da Marica Livio (vedi figura 1), descrive le variazioni culturali che determinano la diversa gerarchia di valori e le attitudini sociali condivise, confrontando, in questo caso, gli stili di vita 'occidentale' e indiano.

Figura 1. Variazioni culturali negli stili di vita 'occidentale' e indiano.

INDIVIDUALISMO Enfasi su autocontrollo e autorealizzazione. Pressione sugli individui affinché raggiungano una identità. Lo stress è correlato alla acquisizione di identità. Famiglie nucleari.	COMUNITARISMO No enfasi su autocontrollo e autogestione, dipendenza dagli anziani e altri membri della famiglia. Responsabilità collettiva. Riuscita collettiva. L'identità viene ascritta alla nascita. Stress correlato all'imposizione di un'identità familiare o di casta/clan. Famiglia allargata.
COGNITIVISMO Enfasi su logica e razionalità; emozioni e sentimenti tenuti sotto controllo; enfasi su lavoro e attività; relazioni impostati sulla base di interessi comuni.	EMOZIONALISMO Enfasi su sentimenti e intuizione; emozioni e sentimenti espressi liberamente; relazioni basate su legami familiari e di casta/clanici.
LIBERO ARBITRIO Enfasi su libertà di scelta; proattivo; successo e fallimento sono principalmente dovuti all'impegno. Senso di colpa come conseguenza residuale al fallimento; il fallimento può portare all'accusa della vittima.	DETERMINISMO Limitazione alla libertà di scelta; reattivo; l'impegno conta, ma successo e fallimento dipendono dal karma / destino di ciascuno; fallimento privo di senso di colpa; nessuna accusa alla vittima.
MATERIALISMO Fisicità del mondo; rifiuto di spiegazioni alternative ai fenomeni; la realtà è esterna all'individuo; la realtà è percepita attraverso operazioni scientifiche.	SPIRITUALISMO Il mondo è illusorio; co-esistenza di spiegazioni apparentemente contraddittorie dei fenomeni; la realtà è interna all'individuo; la realtà è percepita attraverso la contemplazione e la riflessione.

Accogliere e prendersi cura del benessere e della sofferenza degli altri, presuppone sempre un viaggio nel mondo vissuto della persona che incontriamo. Il nostro compito è di cercare di comprendere il modo singolare di vita che la persona attua anche nell'espressione del proprio disagio: esso è il frutto, sempre, dell'interazione tra fattori individuali, ambientali, sociali, culturali e politici.

Le eziologie tradizionali e la dimensione del trascendente

Le eziologie tradizionali – da *αἰτία* (aitia), causa, motivo e *λόγος* (logos), discorso – costituiscono il modo in cui un dato gruppo umano rappresenta ogni tipo di disordine: malattia, morte, disgrazie o sfortune che si ripetono. Per occuparsi di questi 'disordini', ogni gruppo umano sviluppa dei sistemi di cura che definiscono (Inglese in Nathan, 1996, p. 12):

- la configurazione fenomenica degli stati di disordine emotivo, cognitivo, comportamentale e somatico nelle varie culture (fenomenologia della sofferenza);
- le strategie culturali di individuazione, denominazione e interpretazione di tali fenomeni (diagnosi della sofferenza);
- le operazioni materiali, culturalmente codificate, di adattamento e manipolazione di questo disordine (cura della sofferenza).

Il disordine, in molte culture 'tradizionali', viene visto come il frutto di un disequilibrio, di una disarmonia tra mondo visibile e mondo invisibile, quest'ultimo popolato da spiriti, antenati e geni. Tra le possibili eziologie tradizionali della sofferenza – diverse dalle nostre e che possiamo incontrare nella nostra pratica professionale – ricordiamo:

- stregoneria;
- possessione;
- *marabutage*;
- malocchio;
- perdita dell'anima;
- trasgressione di riti, prescrizioni, tabù;
- rifiuto della predestinazione al ruolo di guaritore.

In esse, il luogo del conflitto che genera disordine è collocato al di fuori della persona che si ammala, al contrario di quanto accade, ad esempio, nella psicoanalisi – una delle nostre eziologie tradizionali – che rintraccia il conflitto all'interno della persona.

Le psicoterapie occidentali, anche se a seconda degli orientamenti possono occuparsi in maniera diversa degli aspetti spirituali dei pazienti, in genere si dichiarano 'laiche', ovvero disgiunte da credi religiosi o chiese particolari.

Le medicine tradizionali sono al contrario spesso centrate sulla dimensione del sacro, dell'invisibile, dello spirituale.

Operare in ambito etnopsichiatrico presuppone spesso la comprensione della dimensione di fede del paziente o delle persone con cui lavoriamo. In alcuni casi può essere utile godere della collaborazione di esponenti religiosi o spirituali, per approfondire le credenze religiose e valutare il loro contributo negli equilibri di salute del singolo e della collettività.

Il dialogo tra incomprensione e ascolto

La psicologia transculturale si occupa delle difficoltà comunicative che necessariamente intervengono nelle relazioni di aiuto tra persone e comunità che differiscono per lingua e cultura; essa ha messo a punto alcuni strumenti concettuali che consentono di mettere a fuoco la natura della incomprensione e i meccanismi psichici ed emotivi che possono caratterizzare l'incontro con la diversità.

Marco Mazzetti espone (2003) alcuni concetti chiave utili per addentrarci nelle diversità.

Riprendendo il lavoro di Colasanti e Geraci (1990) descrive i cinque livelli di possibile incomprensione, individuati nelle transazioni tra operatore della salute italiano e paziente straniero. In modo analogo possiamo pensare alle diverse difficoltà comunicative dello psicologo al lavoro in terra straniera:

1. livello prelinguistico: la difficoltà riguarda l'intenzionalità comunicativa, la motivazione a esprimere ciò che si sente interiormente;
2. livello linguistico: il paziente e l'operatore non parlano la stessa lingua, l'ostacolo è di ordine strumentale;
3. livello metalinguistico: gli interlocutori parlano la stessa lingua ma, a un livello simbolico, le stesse parole possono evocare significati diversi;
4. livello culturale: concerne i comportamenti culturalmente acquisiti, in genere inconsapevoli, tra questi anche quelli comunicativo-relazionali, la distanza prossemica, la mimica, lo sguardo, i codici e le norme di comportamento, le gerarchie e i ruoli sociali e di genere;
5. livello metaculturale: si riferisce a specificità di natura ideologica, religiosa o filosofica; essendo più consapevoli rispetto agli impliciti culturali, possono essere dichiarati e meglio comprese dall'operatore espatriato.

Sempre Mazzetti (2003) descrive alcuni fasi relazionali e movimenti emotivi che possono caratterizzare l'evoluzione dell'incontro di aiuto tra persone dotate di un bagaglio esperienziale e valoriale molto diverso (vedi figura 2).

Fase dell'esotismo: accostandoci a una realtà nuova e molto diversa da quella abituale, siamo animati dalla curiosità e dalla aspettativa di gustare esperienze stra-ordinarie, per l'appunto esotiche. I nostri studi, i resoconti etnografici e a volte i colleghi ci raccontano di atmosfere ed eventi inusitati: feste, rituali, cerimonie. Analogamente, i nostri collaboratori di progetto, le per-

Figura 2. Fasi relazionali e movimenti emotivi nell'incontro di aiuto tra persone dotate di un bagaglio esperienziale e valoriale diverso.

	PSICOLOGO ESPATRIATO	INTERLOCUTORE LOCALE
Prima fase	ESOTISMO	
Seconda fase	SCETTICISMO	
Terza fase	CRITICISMO	

sone locali con cui lavoreremo, possono aspettarsi un contributo eccezionale da parte nostra, visto che proveniamo da quel mondo occidentale, magico e vincente, conosciuto attraverso i mass media.

Fase dello scetticismo: entrambi, noi e loro, dobbiamo passare attraverso la necessaria delusione conseguente all'impatto con i limiti della realtà: per noi non ci sono solo avventura e scoperte esaltanti e loro accolgono operatori sprovvisti di bacchetta magica.

Fase del criticismo: la successiva elaborazione attraverso la caduta dell'ideale, permette di approdare alla fase finale più benevolmente critica e realistica che, una volta consolidata, ci garantisce le basi per alleanze di lavoro proficue e solide.

Immaginando il disorientamento legato all'incontro/scontro con dimensioni di vita completamente nuove e quindi aliene, ci parranno legittimi alcuni movimenti psicologici di difesa, attraverso cui, di nuovo noi e loro, cerchiamo una tutela della propria identità (vedi figura 3). Potremmo allora assistere all'oscillazione tra diverse modalità di rapporto, comprese tra le polarità estreme della chiusura nelle proprie abitudini culturali, l'arroccamento, oppure all'opposto dello sbilanciamento eccessivo, quasi mimetico, verso il mondo culturale che ci ospita, l'iperadattamento. Costruire gradualmente, insieme alle altre persone, delle distanze relazionali più fluide, mobili e bilanciate, basate su conoscenza e fiducia reciproche, ci permette di giocare attitudini diversificate e adeguate ai diversi contesti situazionali.

Un primo passo verso modalità relazionali più bilanciate, consiste nel riconoscere che ciascuno di noi è portatore di un pregiudizio etnocentrico; questa consapevolezza ci consente di capire meglio l'incontro con persone di diversa provenienza culturale e di trasformare gli eventuali incidenti di percorso in leve virtuose di trasformazione della relazione.

Figura 3. Movimenti psicologici di difesa nella tutela della propria identità.

PSICOLOGO ESPATRIATO	INTERLOCUTORE LOCALE
ARROCCAMENTO	
IPERADATTAMENTO	
RIFORMULAZIONE-MOLTIPLICAZIONE RECIPROCHE IDENTITA'	

Ciascuna persona ritiene che la propria cultura sia la migliore: in questo siamo tutti uguali anche se tutti diversi. Abbiamo bisogno di esperire questa certezza, per sentirci efficaci e appagati nella quotidiana battaglia contro le avversità. È una credenza spontanea, che viene messa in discussione quando ci accorgiamo che ciò che è 'naturale' per noi non è per nulla scontato per altre persone.

Harris (1987 in Cozzi, 2003, p. 36) scrive che "l'etnocentrismo consiste nella convinzione che i propri modelli di comportamento siano sempre normali, naturali, buoni, belli o importanti e che gli stranieri, nella misura in cui vivono in modo diverso, si conducono secondo schemi di comportamento selvaggi, inumani, disgustosi o irrazionali. Le persone intolleranti verso le differenze culturali ignorano, di solito, il seguente fatto: se gli fosse stata trasmessa la cultura di un altro gruppo, quei modi di vivere ritenuti selvaggi, inumani, disgustosi o irrazionali ora sarebbero i loro".

Quanto scritto vale per noi, ma vale per qualsiasi altro gruppo umano.

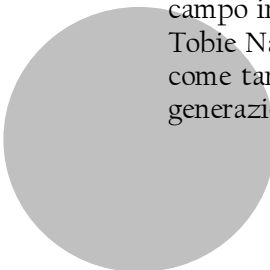
Riconoscere la propria posizione etnocentrata, consente di meglio mettere a fuoco e di abitare con maggior realismo il contesto professionale in cui siamo coinvolti.

A proposito delle cornici in cui operiamo, Devereux (in Moro, 2001) distingue almeno tre contesti in cui si giocano le relazioni di cura:

1. contesto intraculturale: in cui l'operatore e l'assistito appartengono alla medesima cultura e l'operatore tiene conto delle dimensioni socioculturali in modo implicito, diremmo, senza doverci pensare;
2. contesto metaculturale: in cui l'assistito e l'operatore appartengono a due culture differenti e l'operatore, pur non conoscendo la cultura di origine del paziente, è consapevole di questa differenza e la tiene presente;
3. contesto interculturale o transculturale: sebbene il paziente e l'operatore non appartengano alla medesima cultura, l'operatore conosce bene la cultura d'origine dell'assistito e la utilizza nella relazione di aiuto.

Come operatori della cura coinvolti con persone straniere difficilmente accediamo al livello 'transculturale' nell'accezione di Devereux.

Potremmo farlo, qualora fossimo noi stessi individui particolarmente ibridi, figli ad esempio, di genitori di differente provenienza geografica rispetto al luogo in cui viviamo o operiamo. Non per nulla lo stesso Devereux incarnava l'esistenza migrante: ebreo di nascita ungherese, divenuto rumeno per trasformazioni storiche, studente a Parigi e quindi antropologo e psicoanalista sul campo in Nord America, Nuova Guinea e Indocina. Oppure se fossimo come Tobie Nathan – nativo dell'Egitto e attivo a Parigi nella cura dei migranti – e come tanti altri psicologi, psicoterapeuti, psichiatri, figli di seconda o terza generazione di migranti che dispongono, in aggiunta alle competenze profes-



sionali, di un accesso privilegiato alla comprensione delle persone con cui condividono frammenti di eredità culturale.

O ancora, ci muoveremmo a un livello transculturale qualora avessimo vissuto sufficientemente a lungo in un Paese straniero e avessimo assorbito, oltre alla lingua, un'impronta culturale di più ampia portata.

In genere, possiamo ambire a muoverci a un livello metaculturale: attraverso il decentramento culturale, sviluppiamo una sensibilità culturale e riconosciamo che i nostri valori, la nostra visione del mondo e le nostre modalità operative non sono universalmente condivisi; tutte le culture – inclusa la nostra – hanno un valore relativo, in quanto storicamente e geograficamente determinate.

Lo sforzo di decentramento ci consente di abitare la logica dell'altro: anche se non riesco a capire il racconto dell'altro, so che ha una logica e un senso a cui posso cercare di avvicinarmi.

Una logica estranea ci parrà più decifrabile se impariamo a riconoscere e a leggere il controtransfert culturale o controattitudine che nasce in noi dalla erronea attribuzione di universalità a costrutti – come ad esempio parità tra i sessi, egualitarismo, reciprocità – che sono frutto del nostro sviluppo storico e culturale. Il controtransfert culturale è costituito dalle emozioni che l'operatore sperimenta nel contesto clinico e che sono sollecitate dall'incontro/scontro con dimensioni culturali "altre": esse riguardano la propria identità sociale, professionale e culturale; derivano non solo dalla storia personale ma anche dalla storia della società di appartenenza, dalla politica, dai rapporti di forza, dai pregiudizi.

Come psicologi, conosciamo il controtransfert quale strumento principe della pratica clinica: le emozioni dei nostri pazienti suscitano in noi emozioni chiave, la cui lettura indica possibili vie di comprensione.

In un contesto culturale "altro", non abituale, siamo costantemente sollecitati, incuriositi, spesso infastiditi da situazioni che a noi paiono incongruenti, stravaganti, prive di significato o addirittura dannose. È esperienza comune, ad esempio, nei nostri consultori registrare il fastidio che generalmente sperimentiamo noi operatrici donne di fronte alla più rigida separazione di ruolo sessuale presente in alcune famiglie migranti: vorremmo, perché abituate, interloquire più liberamente con la donna, se è lei l'interessata, e invece il referente della comunicazione è il marito, che sembra tradurre in poche parole un ben più lungo intervento della moglie nella lingua madre. Lo sconcerto che proviamo è il segnale che stiamo impattando con aspetti insoliti: se riusciamo a sostenerlo, senza contro-reagire, esso ci fa compiere un ulteriore passo nel mondo di chi ci sta di fronte. Riconoscere e leggere il proprio controtransfert culturale permette di evitare giudizi troppo etnocentrati e atteggiamenti interiori eccessivamente sbilanciati, di arroccamento o di iperadattamento.

Nell'incontro con gli altri – soprattutto in quei contesti in cui dalle diversità linguistiche originano maggiori lacune di senso – il nostro corpo diviene strumento di conoscenza attraverso le forme somatiche di attenzione

(Csordas, 2003). Il modo in cui il nostro corpo reagisce – i sensi, la postura, le rigidità o le aperture – diviene essenziale e parla delle emozioni in gioco tra le persone.

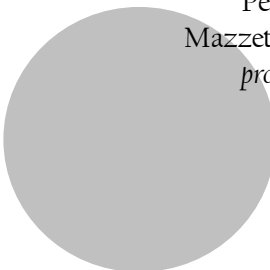
Quando due culture si incontrano le emozioni fungono da giudizi costruiti socialmente che permettono di risalire agli impliciti culturali, incorporati nelle singole esistenze.

Una capacità di ascolto attivo, partecipe, quale noi psicologi agiamo abitualmente nella nostra professione, unita a una adeguata sensibilità culturale ci aiuta a fare spazio all'altro, permettendogli di esistere e di condurci in un mondo che non potremmo conoscere e quindi capire di più, se lasciassimo prevalere solo il nostro punto di vista.

Come suggerisce Marianella Sclavi (2003), la sfida consiste nel poterci fidare della nostra visione del mondo – animata da valori, opinioni, credenze, teorie e affetti in continua trasformazione – senza assumerla come l'unica possibile.

Bibliografia

- Beneduce R. (2004), *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Franco Angeli, Milano.
- Coppo P. (2003), *Tra psiche e cultura. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Cozzi D. e Nigris D. (2003), *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*, Colibrì, Milano.
- Csordas T.J. (2003), *Incorporazione e fenomenologia culturale*, "Annuario di Antropologia", 3, 19-42.
- Gallissot R., Kilani M. e Rivera A. (2001), *L'imbroglione etnico*, Dedalo, Bari.
- Hahn R. (1984), *Rethinking 'Illness' and 'Disease'*, "Contributions to Asian Studies", vol. XVIII.
- Inglese S. (1996), *Introduzione*. In Nathan T. (1999), *Principi di Etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Lehman D.R., Chiu C. e Schaller M. (2004), *Psychology and Culture*, "Annual Review of Psychology", 55, 689-714.
- Littlewood R. (2000), *Psychiatry's Culture*. In Skultans V. e Cox J. (a cura di), *Anthropological approaches to psychological medicine. Crossing bridges*, Jessica Kingsley Publisher, Londra e Philadelphia.
- Livio M. (2003), *Orientamento professionale e immigrazione*. In M.R. Mancinelli (a cura di), *L'orientamento come promozione all'inserimento occupazionale*, Vita e Pensiero, Milano.
- Mazzetti M. (2003), *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto*, Carocci Faber, Roma.



- Moro M.R. (2002), *Bambini immigrati in cerca di aiuto. I consultori di psicoterapia transculturale*, UTET, Torino.
- Quaranta I. (2001), *Contextualising the body: anthropology, biomedicine and medical anthropology*, "AM – Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", vol. 11/12.
- Sclavi M. (2003), *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*, Bruno Mondadori, Milano.
- Sironi, F. (2001), *Ruolo e funzioni degli oggetti nelle sedute di etnopsichiatria presso il centro Georges Devereux*. In Rotondo A. e Mazzetti M. (a cura di), *Etnopsichiatria e psicoterapie transculturali*, Terrenuove, L'Harmattan Italia, Torino.
- Stratton J. e Ang I. (1996), *On the impossibility of a global cultural studies. 'British' cultural studies in an 'international' frame*. In Morley D. e Chen K.H. (a cura di), *Stuart Hall: Critical Dialogues in Cultural Studies*, Routledge, Londra e New York.
- Zoletto D. (2002), *Gli equivoci del multiculturalismo*, "AUT AUT", 312.

Rosanna Maugeri

Migrare: essere altrove, essere altrimenti

Riassunto

L'articolo ripercorre criticamente il percorso psicoterapeutico compiuto da una giovane immigrata russa, che corre parallelo al suo difficile processo di integrazione in un contesto culturale "altro". Ne sono messe in evidenza le tappe, ciascuna delle quali ha rappresentato per Olga un faticoso passaggio contrassegnato da sofferenze ma anche da inattese vittorie, sul passato, sulla propria vulnerabilità, sulle resistenze del contesto di accoglienza, finendo col rafforzare l'identità e aprire il suo orizzonte verso una nuova vita. La chiave per compiere simili passaggi consiste nell'incontro tra una capacità di ascolto sensibile alle dinamiche transculturali e la disponibilità a farsi ascoltare senza rinunciare alla propria identità culturale.

Abstract

This article critically reviews the psychotherapeutic path of a young Russian immigrant, that runs parallel to the difficult process of her integration in a different cultural context. It highlights its stages, each of which represented for Olga a painful transition marked by sufferings but also by unexpected victories on the past, on her vulnerability, and on resistance by the host environment, ending up with strengthening her identity and opening her horizon towards a new life. The key to such transitions is the meeting between a culturally sensitive capacity of listening and the availability to be heard without to renounce one's own cultural identity.

*Più riesci a capire uno straniero,
maggiore è la tua conoscenza di te stessa,
e più conoscerai te stessa, più sarai forte*

Fatema Mernissi

*Ogni volta che l'uomo incontra l'altro
gli si presentano tre possibilità:
fargli la guerra, ritirarsi dietro un muro o
aprire un dialogo*

R. Kapucinski

Da sempre gli uomini sentono una irresistibile spinta ad andare per il mondo per conoscere altre realtà; mobilità e curiosità sono caratteristiche fondamentali dell'essere umano. Si va per il mondo mossi dalla curiosità, dall'interesse o dal bisogno. Senza le migrazioni non ci sarebbe stato progresso. Ma il migrante ci va per necessità, in cerca di lavoro e di condizioni di vita migliori.

La condizione di migranti provoca una situazione psichica di vulnerabilità, determinata dalla perdita dell'involucro culturale dei suoni, degli odori, della lingua, di tutto quello che si aveva intorno fino al momento in cui si arriva in una dimensione di estraneità che si fatica a comprendere.

Ho scelto di raccontare la storia di Olga, poiché parla di una giovane che si ritrova a vivere in un “altrove” senza un vero progetto migratorio, come se volesse sfuggire a una realtà di solitudine e alla mancanza dei presupposti necessari per vivere nel presente del suo paese di origine.

Olga cerca poi di essere “altrimenti”, in un paese che la vuole vedere adattata, adeguata, competente nel ruolo di madre e inserita nella cultura ospitante, senza quasi darle il tempo di scegliere di viverci.

Raccontare un caso clinico è un’operazione complessa ma soprattutto riduttiva, poiché i tentativi del paziente di fidarsi e affidarsi al terapeuta sono spesso lenti o a volte maldestri mentre gli interventi o le interpretazioni devono essere delicati e contestuali o a volte determinati.

Come in una danza tra un maestro e un allievo, dove il ritmo della musica è scandito da paure, bisogni, cadute ed evoluzioni, fino al raggiungimento di un passo sicuro e armonioso.

Il titolo di questo lavoro ci permette di individuare tre fasi importanti del percorso psicoterapeutico di Olga, durato due anni.

La prima è la fase della migrazione, quando la donna decide di lasciare il suo precario involucro culturale per cercare un posto dove sentirsi una persona degna di considerazione e rispetto.

Poi c’è la fase nella quale cerca di adattarsi in un contesto comunitario nel ruolo di ragazza madre/studentessa, che non faceva parte né delle sue aspettative, né tanto meno di quelle dei suoi parenti.

In ultimo, la fase nella quale, ormai più sicura di sé per essere riuscita a “rammendare” le lacerazioni della sua storia, Olga riesce a legittimarsi nei suoi bisogni e a concedersi la serenità che tanto aveva sognato.

Migrare

Olga nasce in Russia nel 1980. Frequenta fino alla seconda superiore un istituto tecnico commerciale. A diciannove anni uno zio paterno le restano i soldi per il viaggio e lei entra in Italia con un visto turistico.

Da quanto racconta Olga, i suoi genitori erano alcoolisti e maltrattanti; si picchiavano a vicenda e poi picchiavano lei. Si separarono quando Olga aveva cinque anni e affidarono la figlia alla nonna materna che viveva in stato di indigenza e conviveva con un alcoolista.

La madre riuscì a disintossicarsi ma dopo poco tempo riprese a bere. Con il nuovo compagno ebbe una altra figlia che oggi ha diciotto anni.

Il padre ha mantenuto lo stesso stile di vita e convive con una alcoolista. Anche il secondo marito della nonna materna beveva e spesso picchiava tutti.

Olga dice di essere rimasta molto delusa dagli adulti in cui aveva riposto la sua fiducia. Si riferisce sia ai parenti che ai vicini di casa dai quali andava spesso a rifugiarsi e a mangiare qualcosa. Olga li aiutava nel lavoro agricolo, ma questi non solo non l’hanno mai retribuita ma le rinfacciavano quello che facevano per lei.

Olga desiderava fare la maestra di scuola materna ma, poiché la scuola era in un'altra città e in famiglia non c'erano soldi per il mantenimento, si è iscritta all'istituto tecnico.

Quando lei aveva sedici anni, il suo fidanzato, che era anche l'unico amico d'infanzia, muore in un incidente stradale e nello stesso anno il secondo marito della madre la molesta.

Olga trascorre così altri due anni di dolore e solitudine fino a quando la seconda moglie del padre la convince a partire per trovare lavoro in Italia dove risiede una parente che di certo l'aiuterà.

Riguardo al progetto migratorio, la madre non è d'accordo e la nonna non dice niente; il padre invece, come sempre, non c'è. Nonostante ciò la ragazza, che già a diciannove anni pensa di non avere niente da perdere, decide di partire.

Essere altrove

Quando però Olga arriva a Milano non ottiene l'aiuto sperato, ritrovandosi sola in una città sconosciuta. Gli incontri nella zona della stazione le fanno rischiare di entrare in un giro di prostituzione, dal quale però riesce a difendersi. Nel suo girovagare incontra un connazionale, con il quale instaura una breve relazione. Dopo poco si accorge di essere incinta, ma appena l'uomo lo scopre, scompare. Giustificando di fronte a se stessa la scelta di una relazione così precaria dirà: "Meglio contare poco per uno che essere niente per molti", evidenziando così una saggezza che l'accompagnerà in tutto il suo percorso.

Olga, quindi, rimasta nuovamente sola, trova lavoro presso una famiglia che, tuttavia, quando lei arriva al settimo mese di gravidanza, la licenzia. Olga viene quindi inserita presso una casa di accoglienza dove rimane fino al parto. Gli operatori di quella struttura la definiscono "limitata e con difficoltà a cogliere la realtà, chiusa e con tratti di aggressività". Dopo il parto, la ragazza e la figlia Lya vengono trasferite in un'altra comunità dove finalmente Olga riesce a instaurare una buona relazione con le educatrici.

Quando arriva in Italia e lavora come babysitter constata quanto "qui" si voglia bene ai bambini e dice che anche lei avrebbe desiderato essere amata così.

La cultura di accudimento e i bisogni di affetto e cura sono uguali in tutto il mondo, solo la paura della diversità ne sottolinea le differenze

Nei confronti della figlia appare accuditiva e adeguata, anche se ha delle difficoltà al momento della pappa o quando è necessario dire qualche no. Si apre quindi un procedimento presso il Tribunale per i Minorenni e si ha così il mandato di accogliere madre e figlia presso una comunità più adeguata e consona alle loro esigenze.

Olga, informata di tale procedimento, si dice d'accordo, anche se le pesa cambiare per la terza volta luogo e persone con le quali relazionarsi. Inoltre accetta la proposta dell'assistente sociale circa la necessità di attivare un percorso di supporto psicologico. Inizia quindi a lavorare per qualche ora come

colf presso una famiglia e frequenta le 150 ore e il corso di italiano, dove sembra paurosa e timida.

Alla prima seduta di psicoterapia, si presenta con un atteggiamento dimesso, chiuso e triste, inoltre è poco curata nell'aspetto. Con le spalle ricurve e la testa bassa parla solo per rispondere alle domande. Dopo essere stata rassicurata circa il contesto di terapia che può rappresentare uno spazio privato dove poter occuparsi di sé e mettere ordine dentro di sé, si mostra più disponibile.

In un italiano stentato dice di essere contenta di stare in comunità soprattutto perché ci sono tanti bambini ed è bello giocare con loro. Racconta che da piccola le piaceva cucire vestiti per le bambole e così ha chiesto e ottenuto di frequentare un corso di cucito. Inoltre dice che nei momenti più difficili della sua vita si rifugiava nella lettura di libri di favole con un lieto fine che sperava possibile anche per lei.

I primi mesi di psicoterapia trascorrono in modo fluido, la ragazza si presenta sempre puntuale, non annulla mai nessuna seduta e pian piano inizia a sentirsi partecipe nella costruzione del genogramma. Riconosce di aver trovato qualcosa per cui vivere e dice: "Forse questo qualcosa è mia figlia Lya". Ma ora che sperimenta questo benessere si chiede perché i familiari l'abbiano maltrattata. "Un bambino non si tratta così, io non lo farei mai".

Man mano che riesce a elaborare la rabbia e la tristezza di essere nata da genitori inadeguati e incapaci di assumere un ruolo genitoriale, poiché a loro volta vittime di dolore e disagio, la ragazza riesce a essere più empatica nei confronti della sua bambina. Inizia anche a parlarle in russo, cosa che prima si negava, e a sussurrarle come ninna nanna le antiche melodie dei suoi ricordi.

Nei colloqui successivi, inizia a sorridere, racconta che a scuola "va benissimo!", ma che per lei la priorità è il benessere della sua bambina. Lavora come colf nelle ore in cui la bambina è al nido e dice che le piace moltissimo perché quando lavora sogna di pulire la sua casa.

Dice: "Solo qui penso al passato, fuori da qui penso al futuro". La stanza della terapia diventa il luogo del confronto e il luogo dove potersi concedere degli spazi privati, dove può sentirsi se stessa e ricucire le lacerazioni e gli strappi del suo passato. Il fuori è uno spazio sociale e di relazione con gli altri dove poter progettare il suo futuro. Una delle sue preoccupazioni riguarda il racconto da fare alla figlia circa l'uomo che l'ha concepita e che però non è stato in grado di diventare suo padre. Nel suo paese c'è l'uso di cantare ai bambini una filastrocca sul papà che porta doni. Spesso le viene in mente la musica ma non la canta mai perché ha paura delle parole.

Rispetto ai modelli educativi, Olga, che anche in Russia aveva lavorato per due anni come babysitter di una bambina piccola, nota tante differenze culturali: "In Italia si è più liberi invece in Russia i genitori rimproverano molto i figli che, quindi, crescono con più rispetto. Per me questo diventa fonte di confusione. Io sgrido mia figlia ma lei piange e io non voglio farla piangere".

Le differenze culturali esistono dovunque, sia nel Paese di provenienza che in quello ospitante; in mezzo c'è la persona con i suoi bisogni, le sue paure e le sue aspettative.

Gli operatori della comunità volevano implicitamente che Olga si adeguasse ai criteri educativi italiani, senza considerare che le mancava un modello a cui riferirsi. Man mano che nello spazio della psicoterapia la ragazza elabora la sua storia e stempera la rabbia e la tristezza per i suoi genitori distratti e a loro volta sofferenti, riesce a essere più accuditiva con la figlia.

Dopo sei mesi di terapia e in accordo con la ragazza, ritengo importante e utile avere un incontro con le operatrici della comunità, poiché Olga racconta che il suo inserimento comincia a essere più semplice e positivo anche se dice: "Non sopporto di essere controllata e criticata su tutto quello che faccio, tutti dicono: così non va bene, bisogna fare così".

Olga racconta che nel suo paese soffriva molto quando gli altri la criticavano per l'alcolismo dei genitori. Lei voleva sentirsi libera dalla sua storia e darsi un'opportunità, e l'Italia rappresentava questo.

Peraltro, racconta che in comunità ci sono undici donne, di cui due russe, una tunisina, una moldava, due rumene, due ecuadoriane, una serba, una cinese e una del Togo. Quindi è molto difficile adeguarsi a stili di vita e abitudini che sembrano uguali per tutte ma in realtà sono troppo impersonali.

Questa generalizzazione come omologazione delle identità differenti è un processo molto diffuso negli ambiti che oggi si occupano di accoglienza agli stranieri.

Le educatrici dicono che Olga non sa godere di niente e vuole lavorare soltanto per mandare i soldi alla famiglia; ha un brutto rapporto con il cibo, mangia e vuole patate, purea e maionese.

Olga dice che in comunità si prepara solo cibo italiano e le ragazze devono fare i turni in cucina, per cui dipende da chi cucina se il cibo è buono o no, c'è un menù rigido e non si può comprare niente e a lei manca molto il suo cibo. "Odio la cipolla e la mettono dappertutto. Per problemi di religione o malattia si può cucinare altro cibo, per me invece no. La mia rabbia viene anche da lì, perché mangio male".

Certo, per comodità e ovvi motivi logistici, il cibo deve essere uguale per tutti ma spesso questo invece che avvicinare gli stranieri alla nostra cultura crea una sorta di 'non luogo' affettivo, sensitivo e anche gustativo che impedisce di vivere l'esperienza del 'conforto'.

Si lavora quindi con le educatrici, che appaiono disponibili, sui criteri di base della clinica transculturale e soprattutto sui bisogni specifici della ragazza. Vengono coinvolte nel tentativo di aiutarla a costruire un ponte tra due momenti e luoghi della sua vita troppo diversi tra loro, per renderle più possibile la sua permanenza in comunità.

La psicoterapia continua affrontando il tema dell'autostima, poiché, essendo cresciuta in un contesto nel quale non c'era nessuno disposto a credere in lei, Olga non ha sviluppato quella fiducia di base necessaria a strutturare il sé: "Io non ho stima in me stessa e per me è più facile dare che prendere e quindi prendo quello che c'è, senza chiedere. Non ho bisogno di tanto".

Peraltro, in una dimensione comunitaria nella quale ci sono regole precise, quasi al limite della rigidità, è molto difficile soffermarsi su di sé o impostare relazioni significative in grado di fungere da modello o da supporto.

Essere altrimenti

Per il suo compleanno Olga si regala una nuova acconciatura. Già da tempo aveva ripreso a curarsi, spesso era sorridente, riusciva a esprimersi bene e utilizzava al meglio lo spazio della terapia senza mai banalizzare o evitare di approfondire.

Quando conosce Mario, bidello della scuola, carino, con un buon carattere, che la corteggia dice: “Ho paura e ascolto la testa... Quindi mi allontano”. È come se ancora non fosse pronta a rischiare di affidarsi e fidarsi di un uomo nel timore di essere nuovamente delusa.

A distanza di tre mesi dal primo incontro con le educatrici se ne fissa un secondo di feedback, dal quale emerge che la ragazza è più serena e collaborante, lavora con precisione, è stata promossa con distinto ma ancora non riesce ad avere un buon rapporto con le altre ragazze.

Durante la festa di fine anno, le educatrici propongono alle loro ospiti di scrivere delle favole rappresentative dei loro rispettivi paesi che saranno raccolte in un libricino da regalare agli invitati.

Nella successiva seduta di psicoterapia Olga mi porta il libricino e mi racconta di aver scelto una favola molto conosciuta nel suo paese. Ringraziandola, le chiedo di leggermela in russo ma la ragazza si rifiuta con determinazione. Cerco di capirne il perché e lei mi risponde che non avrei capito niente. Intervengo sottolineando che anche lei, appena arrivata in Italia, “non capiva niente” ma che adesso possiamo condividere la possibilità di “capirci” a prescindere dalla lingua.

Olga quindi legge in russo e poi traduce. Si tratta della Favola della gallina che fa le uova d'oro.

“In un villaggio vivevano un nonno e una nonna. Loro non avevano bambini ma avevano una gallina che faceva le uova. Un giorno la gallina fece un uovo d'oro. Come erano felici il nonno e la nonna! Il nonno prese quest'uovo e provò a romperlo ma non ci riuscì. Dopo il nonno, provò anche la nonna ma neppure lei ce la fece. Dopo varie prove, la nonna mise l'uovo su un piatto e questo sul tavolo. Dopo qualche tempo un topolino salì sul tavolo e con la sua codina buttò il piatto per terra. L'uovo si ruppe! Il nonno e la nonna iniziarono a piangere. Piangevano tanto che alla fine la gallina disse loro: ‘Non piangete io farò un uovo nuovo, ma non d'oro, uno semplice’.

Anche Olga, nonostante tutto, ha fatto qualcosa di importante. Non d'oro ma semplice, e ugualmente speciale e unica: una figlia! Libera da aspettative, finalmente può riconoscersi e legittimarsi ed esprimere il meglio di sé sia come donna che come madre.

Da quando Olga ha perso il passaporto, ha una dichiarazione consolare e un lasciapassare ma vuole andare in Russia per fare il passaporto nuovo. In accordo con l'assistente sociale le si concede questo viaggio, anche per fare leva sul senso di responsabilità acquisito e rinforzare la scelta di vivere in Italia e quindi ritornare.

In seduta Olga dice che desidera molto rivedere i suoi familiari e amici ma di aver paura delle loro domande, perché nel suo paese non esistono comunità che accolgono ragazze madri ed è difficile spiegare la storia di questi anni ai suoi genitori.

Al ritorno, dopo un mese di permanenza, racconta che i genitori bevono sempre, e che già dopo due giorni ha avvertito il desiderio di tornare in Italia, e aggiunge: "Ora ho scelto di farlo", e spiega che, mentre saliva la scaletta dell'aereo per l'Italia con la bambina in braccio, ha provato una sensazione di leggerezza e una forte emozione.

Poi racconta un sogno: "Sognavo che la Russia era proprio vicina all'Italia, confinanti come due piccoli paesi tra loro. I miei familiari mi dicono di restare in Russia ma io gli rispondo che non posso. Loro insistono ma io rispondo con fermezza e dico: 'Non posso perché... Non ho avvertito le operatrici della comunità!'"

Quindi se l'Italia e la Russia sono molto vicine è grazie al ponte costruito da lei, dentro se stessa!

E, quello che prima era vissuto come un controllo, ora è frutto di una relazione.

Nella trascrizione dei documenti dal cirillico in Italiano, il suo cognome e il nome della figlia però vengono scritti invertendo l'ordine delle y e delle j, e sostituendone alcune con delle i.

L'assistente sociale mi segnala l'eccessiva rigidità con la quale la ragazza pretende quasi che il nome venga corretto, e sottolinea l'esagerazione di tali richieste affermando: "Ma chi se ne importa delle vocali: ha un permesso di soggiorno e questo non le basta?".

Tanto sono stranieri e si devono accontentare. Se poi la loro identità, le loro abitudini, i loro vissuti e i loro bisogni vengono calpestati fa niente, tanto hanno il lavoro e l'ospitalità! Ma a che prezzo?

Olga, in una seduta, afferma che da quando è tornata dalla Russia, scrive poco alla sorella e manda pochi soldi alla famiglia. Si lavora quindi su come il suo vissuto di inadeguatezza e il bisogno di sentirsi accettata e riconosciuta dai familiari la portavano a inviare loro gran parte del denaro guadagnato, tenendone una minima parte per sé.

Inoltre dice che per tanto tempo ha cercato un cellulare nuovo con caratteri in cirillico ma non lo ha mai trovato e afferma che ora non le serve più. Infatti ne compra uno con la fotocamera e dice che così può fotografare la crescita della figlia e aggiunge: "Prima non avevo niente, ora non mi manca niente e sono più sicura di me".

Prima non era lì e non era qui! Ora ha scelto questo presente e un futuro per lei e la figlia.

La psicoterapia le ha permesso di elaborare i traumi infantili e il trauma migratorio, anche perché è stata trattata da persona con la sua storia e la sua sofferenza, non da “straniera”.

Nell'estate successiva, a quasi un anno e mezzo dall'inizio della terapia, Olga inizia a lavorare come impiegata con un contratto di borsa-lavoro. Studia per la patente europea di computer e supera l'esame bene. A settembre va in seconda accoglienza in un appartamento tutto per sé, dove tuttora vive con la sua bambina. Ha avuto alcuni corteggiatori ma è ancora in cerca del ragazzo giusto.

Adesso che sa 'cosa non vuole' da un uomo e dalla vita, preferisce aspettare per cogliere l'opportunità migliore.

Quindi è evidente che il 'tessuto era pregiato anche se le intemperie della vita avevano creato delle lacerazioni nella trama e qualche nodo nell'ordito'. Fuor di metafora invece possiamo dire che le capacità di resilienza di Olga erano piuttosto buone e concluderei citando il maggior esperto in tema di resilienza, Boris Cyrulnik, che ne ha teorizzato la valenza come modalità di elaborazione di un trauma. Cyrulnik, nell'introduzione al suo libro *Il dolore meraviglioso* afferma: “[...] certo, non esiste un dolore meraviglioso ma, se dopo una esperienza dolorosa si riesce a reagire e a superare la crisi, qualsiasi dolore può portare a una rinascita e a un ritrovato benessere”.

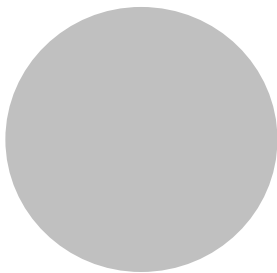
In ultimo vorrei finire con una poesia scritta da una donna siriana che ha dovuto lasciare la sua Damasco per lavorare a Brescia:

Straniero

*Sarò straniero in questa terra lontana
 Sarò straniero in questo concetto complicato
 Sarò straniero in questo mondo complesso
 Sarò straniero nel conflitto attorno a me.
 Straniero, Straniero, Straniero, sono parole che ronzano
 nella testa e finiscono nell'anima.
 Perché straniero? Perché? Cosa c'è di diverso in me?
 Il colore? Dio l'ha creato!
 Il linguaggio? Impariamo, dove è il problema?
 La cultura? Ma è una ricchezza!
 E la differenza? L'uomo l'ha inventata!
 Sono diverso, ma anche tu sei diverso!
 Almeno in questo ci capiamo e siamo simili.*

Bibliografia

- Beneduce R. (2004), *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Franco Angeli, Milano.
- Coppo P. (2003), *Tra psiche e cultura. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Cyrulnik B. (2000), *Il dolore meraviglioso. Diventare adulti sereni superando i traumi dell'infanzia*, Frassinelli, Milano.
- Cyrulnik B. (2002), *I brutti anatroccoli*, Frassinelli, Milano.
- Moro M.R. (2002), *Bambini immigrati in cerca di aiuto. I consultori di psicoterapia transculturale*, UTET, Torino.
- Moro M.R. (2002), *Genitori in esilio. Psicopatologia e migrazioni*, Raffaello Cortina Editore, Milano.





**2° CAMPO SCUOLA di PROTEZIONE CIVILE
degli PSICOLOGI dell'EMERGENZA
Marco di Rovereto (TN) 12-13-14 ottobre 2007**

Per informazioni visita il sito
<http://www.psicologiperipopoli.it>



Maddalena Riva

Migrazione e tossicodipendenza

Riassunto

L'articolo presenta i concetti basilari del modello francese etnopsichiatrico e propone alcune ipotesi eziopatogeniche circa l'origine e lo sviluppo della tossicodipendenza. Si addentra nella specificità culturale, soffermandosi sulle molteplici rappresentazioni della malattia diffuse in varie parti del mondo: anche per quanto concerne la tossicodipendenza, entrano in scena non solo i singoli individui, bensì anche la famiglia, la comunità, gli antenati, Dio, il rapporto con la natura.

La proposta di una traccia per i primi colloqui con un paziente tossicodipendente straniero mira all'accoglienza dei contesti di vita del paziente tra i quali è necessario trovare il legame di senso che li connette, unendo la storia familiare, ricca di immagini ed emozioni, con il progetto migratorio e il vissuto individuale della persona. La sfida risiede nell'elasticità dello spostamento verso l'altro, per poter tornare poi al proprio posto, arricchiti da un nuovo piccolo "viaggio mentale".

Abstract

The article presents the fundamental concepts of the French ethnopsychiatric model and proposes some etiopathogenic hypotheses about origins and development of drug addiction. It explores cultural specificity focusing on the various disease representations spread in different countries: single individuals, family, community, forefathers, God and the relationship with nature are involved even in drug addiction. The model for the first steps of consultation with foreign drug addicts suggested here is aimed at the acceptance of patient's life contexts, where the meaning relation connecting them is to be found linking family history, rich in images and emotions, with individual migration project and personal experience. The challenge is in the capability to move towards the other and then come back, enriched by a new, little, empathetic "mental voyage".

Introduzione

Nell'intento di formarmi in psicologia clinica transculturale e apprendere un percorso di cura proponibile a persone immigrate, ho avuto l'opportunità di vivere un'esperienza formativa presso l'ospedale Avicenne di Bobigny, nella periferia parigina. Tale ospedale è noto per aver dato origine all'etnopsichiatria, secondo il modello francese iniziato da G. Devereux, diffuso da T. Nathan e rielaborato da M.R. Moro. Al suo interno è stato fondato anche il Centro Boucebc, per pazienti immigrati con disturbo di dipendenza da sostanze.

L'obiettivo che mi propongo scrivendo questo articolo è la condivisione degli aspetti del modello di intervento francese che ho trovato illuminanti nella comprensione del disagio della migrazione, e particolarmente costruttivi per la delineazione di progetti di cura, e la proposta di alcune riflessioni che coin-



volgono l'approccio sistemico e la mia esperienza professionale con i pazienti stranieri.

Breve sguardo sull'etnopsichiatria

Devereux è il fondatore dell'etnopsicoanalisi, disciplina che si basa sul complementarismo tra antropologia e psicoanalisi. Attualmente, l'evoluzione teorica e pratica del modello ha portato a un'ambiguità nella scelta dei termini di definizione. Moro preferisce infatti parlare di "etnopsichiatria", intendendo così una psicoterapia con orientamento analitico, che permetta una visione interdisciplinare, includendo anche la psichiatria e altre psicoterapie a orientamento non analitico. La disciplina antropologica resta fondamentale per decodificare i processi e le rappresentazioni culturali attraverso cui la sofferenza individuale delle persone si esprime.

I due concetti chiave dell'etnopsichiatria sono il principio di universalità psichica e la specificità culturale. L'universalità psichica è il funzionamento psichico che definisce l'essere umano in quanto tale, e accomuna incredibilmente ogni persona di qualsiasi provenienza. La specificità culturale concerne invece il particolare codice, tipicamente culturale, che ci permette di leggere e categorizzare il mondo, di rapportarci con l'esterno, di interpretare e costruire un senso specifico per la vita e gli eventi, per giungere anche a una definizione peculiare di lecito o illecito, di normale o patologico. Nathan parla di cultura vissuta, come elaborazione individuale e interiorizzata della cultura del gruppo di appartenenza definendola "una pelle dell'apparato psichico", costantemente modificata dall'apporto dei singoli, rivelandosi così un'entità dinamica in continua evoluzione.

Il concetto di trauma migratorio consegue alla nozione di involucro culturale: se viene a mancare la corrispondenza tra la cultura interiorizzata e la cultura esterna, l'individuo si trova in una situazione traumatica.

Il dispositivo tecnico sviluppato a Bobigny è composto da coterapeuti di lingua, cultura e percorsi formativi diversi ed è definito "a geometria variabile". Così concepito, il dispositivo ha degli intenti terapeutici impliciti e due funzioni essenziali. La prima è l'esplicitazione dell'alterità: la presenza del traduttore, di uomini, donne, bianchi e neri favorisce l'espressione della singolarità propria del paziente. La seconda è l'apporto culturale assicurato dal traduttore e dai molteplici universi culturali e tradizionali presenti nei terapeuti. Tale struttura facilita il recupero dell'involucro culturale tipico del paziente, perso o disgregato nel corso della migrazione, poiché non supportato dal contesto esterno, e riproduce anche un ambiente sociale che richiama spesso la società di provenienza del paziente, ovvero il valore della comunità per i paesi non occidentali.

Le difficoltà del paziente straniero: tra progetto migratorio e tossicodipendenza

Le relazioni di dipendenza costruiscono un legame persona-sostanza, che porta l'individuo a passare dallo stato negativo di sé a quello rivoluzionario desiderato, indotto dall'effetto della sostanza. Il passaggio verso uno stato migliore di sé è la relazione che muove ogni struttura di dipendenza, la quale si rivela una strategia utilizzata dall'individuo per fronteggiare situazioni di vulnerabilità individuale.

Ogni uso di sostanze e ogni relazione di dipendenza si instaurano sempre all'interno di una matrice sociale e simbolica, culturale e istituzionale, che agisce in modi diversi a seconda delle fasce di popolazione, delle fasi storiche, delle correnti culturali, dei valori predominanti e dell'uso di un oggetto che viene convalidato o interdetto socialmente.

Se ci occupiamo di immigrati, è fondamentale considerare un aspetto cruciale del loro vissuto, ovvero il progetto migratorio. Coloro che riescono a emigrare sono principalmente persone sane, giovani, intraprendenti e con sufficienti aspirazioni personali per adattarsi a situazioni strutturali e logistiche difficili. Spesso rappresentano per le loro famiglie una garanzia di sopravvivenza e speranza per il futuro: nel Paese di origine, sovente viene riposto in loro un progetto, una vera e propria missione che dà senso al loro viaggio e motiva i loro sforzi ma che pesa come grande responsabilità familiare e che influenza il carico di aspettative che i migranti nutrono verso se stessi e le loro potenzialità.

Possiamo dunque ipotizzare che il progetto migratorio si collochi come lo specchio di un'immagine di sé, che, già prima della partenza per l'estero del soggetto, risultava tanto onnipotente quanto precaria. Inoltre, la deprivazione, l'isolamento e l'esclusione creano situazioni di scarsa coesione sociale, le quali, associate allo stress e alla violenza che fanno da radici alla dipendenza da alcol e droghe, intensificano i fattori che portano a farne uso.

Dunque, i circuiti della tossicodipendenza, della malavita e dell'emarginazione sociale possono sia alimentare l'ingannevole immagine di sé sia essere il punto di approdo conseguente al fallimento del progetto migratorio.

L'etnopsichiatria può avere il ruolo di rilanciare la missione di viaggio della persona, rendendola più praticabile e realistica. Le componenti culturali affrontate nel corso della terapia possono sostenere i processi di riorganizzazione dell'identità soggettiva, mobilitando i legami di appartenenza familiari e culturali.

Tuttavia, è opportuno distinguere il disagio riscontrabile nelle persone immigrate di "prima generazione" da quelle di "seconda generazione". Nella seconda generazione, infatti, la tossicodipendenza può essere considerata come la difficoltà ad avere una chiara identificazione culturale dei giovani di origine straniera, sospesi tra il sistema culturale dei genitori, debole, materialmente poco accessibile, e il sistema normativo e sociale della società accogliente che richiede conformità da una parte ma li esclude dall'altra, producendo un'immagine di sé negativa e inaccettabile. Inoltre vengono messe in rilievo le difficoltà delle famiglie immigrate nel gestire i cambiamenti di ruolo al loro

interno e la perdita delle reti affettive e contenitive che le sostenevano nei paesi di origine. La figura del padre può risultare particolarmente fragile a causa della maggiore emancipazione e potere contrattuale che la donna acquisisce grazie al ruolo riconosciute dalla società occidentale e dai servizi sociali nonché dalle migliori opportunità lavorative. Le competenze normative del padre sono quindi fortemente minacciate in queste situazioni, quando non sono causate da condizioni di reale invalidità e/o fragilità dovuta a disoccupazione.

La rappresentazione della malattia

Nelle società tradizionali non-occidentali la malattia non tocca soltanto l'individuo ma il suo contesto familiare, sociale e spirituale; non è mai una fase naturale del normale percorso dell'uomo bensì proviene da un disordine tra il mondo degli umani e il mondo dei non umani.

Le rappresentazioni culturali tradizionali della malattia, in questo caso la tossicodipendenza, sono alla ricerca del significato che questa malattia riveste per l'individuo e il gruppo in cui è inserito, e di quale messaggio intende comunicare ai viventi implicati.

Nel contesto africano, la spiritualità e il rapporto con la natura determinano il senso dello stare nel mondo e forniscono le risposte alle domande circa la propria identità e i compiti che attendono l'individuo. Non esiste l'individuo inteso come monade chiusa; l'uomo è comunque per e con la comunità: dentro di essa e con essa, perpetua la catena vitale. Nascere, crescere, invecchiare e morire significa inserirsi nel filo della vita che unisce tutti gli esseri in una comunione esistenziale che dura aldilà della morte fisica, intesa sempre come un passaggio verso il mondo degli antenati.

È fondamentale il ruolo della responsabilità personale, espresso come il ruolo dell'uomo nel controllare e gestire le forze della natura e gli eventi della vita; il senso della responsabilità personale, il modo di agire e la valutazione delle proprie azioni dipendono dalla posizione che l'individuo ritiene di occupare all'interno della cosmologia della sua società e cultura.

L'uomo malato è segnato nel suo corpo perché qualcosa non ha funzionato, per colpa sua o intenzioni malefiche altrui, nel gioco dell'armonia all'interno della catena vitale.

Da qui la necessità e l'urgenza, prima di una diagnosi intesa in termini occidentali, di identificare il punto o la causa di rottura cosmica che ha prodotto la malattia: una resa dei conti che dura da generazioni oppure un attacco malefico da parte di persone nemiche o, ancora, una possessione da parte di uno spirito per la quale non si sono ancora attivati i percorsi di protezione. Tale passaggio è necessario anche nella mente del paziente, come fase fondamentale per ristabilire l'equilibrio e avviarsi verso la guarigione: senza tale intervento, nient'altro avrebbe senso.

Analogamente, i sistemi di credenze legati ai concetti di cura e malattia fra la popolazione latinoamericana si identificano in una varietà di rituali terapeutici, dispositivi religiosi, magici e naturalistici, di cui i principali sono il culto della *santería* e dello spiritismo. La comprensione di queste pratiche è

importante perché spesso i pazienti non si rivolgono ai servizi sanitari bensì ai guaritori tradizionali. Le cure tradizionali includono elementi che si riferiscono ai principi della medicina naturalistica del caldo/freddo, a strumenti fitoterapici o a pratiche religiose e spiritiche a opera del *curandero* o a quelle magiche dello stregone.

Nei Paesi asiatici l'individuo è considerato vittima di eventi come una malattia, la perdita di lavoro o di una persona cara; non viene ritenuto responsabile, quindi non deve essere biasimato. Quando il comportamento viene concepito come trasgressione dei principi di fedeltà e dei doveri verso la famiglia e i genitori, la malattia diventa una punizione per coloro che hanno infranto i codici di comportamento previsti dall'etica. La tossicodipendenza e l'alcolismo sono considerati comportamenti inappropriati e immorali; per questo possono produrre emarginazione da parte della comunità e forte rifiuto. Sono comportamenti che minacciano il prestigio e l'onorabilità della famiglia e vengono tenuti nascosti il più possibile.

Gli anziani sono fortemente impegnati a esortare il paziente a condurre comportamenti corretti, facendo appello alla razionalità e ai doveri verso la comunità. La famiglia, per un soggetto di origine asiatica, è fondamentale per l'identità culturale, per le regole, gli obblighi e le aspettative che essa impone all'adolescente. È quindi necessario analizzare le capacità di adattamento della famiglia stessa e le strategie messe in atto nel passato e nel presente per fronteggiare i vari tipi di stress e le richieste di acculturazione derivanti dall'ambiente. La famiglia che riesce a mantenere coesione al suo interno potrà garantire non solo autorevolezza ma anche maggior controllo sociale e in questo modo potrà scoraggiare il parente a stringere legami con gruppi devianti.

Accogliere e promuovere la cultura: indagine e terapia nei primi colloqui

Spesso i pazienti stranieri si rivolgono ai guaritori tradizionali anche nel Paese di accoglienza, e non al servizio pubblico. Tuttavia, in alcuni contesti, compreso quello della tossicodipendenza, si rendono indispensabili interventi coatti, per i quali l'operatore sanitario deve obbligatoriamente considerare la situazione e individuare un progetto terapeutico o educativo per la persona. Questi interventi devono dunque essere studiati con l'intento di una vera e propria cura dell'individuo, inserito nel suo universo rappresentazionale culturalmente specifico. Per proporre un intervento terapeutico adeguato, è fondamentale accogliere le rappresentazioni culturali della malattia per il paziente e la sua famiglia, adottando una visione olistica che coinvolga le sfere della spiritualità, della famiglia, della comunità e dell'universo.

L'ottica d'intervento non si dirige ovviamente verso una sostituzione dei metodi tradizionali con i metodi occidentali bensì si struttura come ascolto e cooperazione tra i due sistemi, possibilmente anche collaborando con gli stessi guaritori tradizionali o confrontandosi con loro. L'obiettivo è l'accoglienza della visione di sé del paziente, del significato che egli attribuisce alla malattia e del ruolo che conferisce a un determinato atto terapeutico, occidentale o tradizionale che sia.

Esistono a tal fine dei criteri di analisi o delle linee guida attraverso cui sondare le rappresentazioni del paziente attingendo dalle sue conoscenze personali o dal bagaglio culturale dei membri della sua famiglia oppure chiedendo aiuto a mediatori culturali. L'impostazione dei primi colloqui, finalizzati alla raccolta di informazioni e alla conoscenza preliminare del paziente e della sua famiglia, porta in sé già degli elementi terapeutici. Dall'esplicitazione di alcuni momenti salienti della storia familiare e individuale, dal racconto di sé e delle proprie rappresentazioni, dall'ascolto offerto e dalla costruzione di significato favorita dal collegamento tra gli elementi del racconto può strutturarsi l'inizio di un percorso terapeutico.

Di seguito, proviamo a individuare i punti importanti di un'indagine preliminare.

Famiglia

La composizione nell'arco trigerazionale, gli eventi principali che hanno segnato la famiglia nel corso del tempo, le relazioni e i contatti esistenti tra i membri.

L'esistenza di un sistema matrilineare o patrilineare per capire i ruoli di responsabilità attribuiti ai membri della famiglia. Per esempio, nelle società matrilineari, la responsabilità sui minori è solitamente attribuita al fratello della madre, e non al padre.

Il significato del nome del paziente e la sua origine

I nomi hanno spesso un valore fondamentale; è importante sapere, fra le altre cose, quale membro della famiglia ha scelto il nome, che significato religioso o spirituale ha, a chi altri apparteneva, se ha un valore di protezione dal male per la persona oppure di augurio. Sovente, attraverso lo studio del nome si scoprono l'identità e il ruolo attribuito al paziente dalla sua famiglia, comprese le aspettative sulla sua vita, sulle sue potenzialità e sui suoi doni particolari, sul progetto migratorio.

Il ruolo degli anziani della famiglia

Il coinvolgimento degli anziani durante gli interventi può apportare conoscenze utili all'operatore ma soprattutto favorisce la trasmissione intergenerazionale della storia familiare e delle radici culturali, la cui perdita è spesso una concausa del disagio psichico.

Cultura

I valori e le norme di ogni gruppo culturale; specialmente, nel caso della tossicodipendenza, le pratiche attinenti l'uso di alcolici e droghe.

Il legame con la tradizione, i sacrifici, i riti religiosi a valore terapeutico o protettivo, che solitamente vengono compiuti nel Paese di origine e che necessitano di essere rinforzati.

Spesso i riti, nel tempo della migrazione, sono stati omessi: è importante sottolineare l'importanza di compiere tali rituali con gli anziani o con il resto della famiglia che abita nel Paese d'origine. Celebrare i gesti tradizionali del Paese può assicurare il paziente: egli confessa la sua problematica alla famiglia uscendo dalla solitudine del suo problema il quale è spesso un "segreto", riassume la propria posizione all'interno del contesto sociale compiendo un atto socialmente e culturalmente riconosciuto e indispensabile. Sovente il paziente, una volta compiuto il rito, rinforza la sua appartenenza al gruppo e la sua accettazione sociale all'interno dello stesso.

Per citare un esempio specifico: quando i pazienti affermano che la loro malattia è iniziata in Italia, o nel Paese di accoglienza, si può ipotizzare un senso di colpa e di vulnerabilità legati alla partenza dal Paese di origine, con il quale può essere necessario rinnovare un legame di appartenenza tramite un rito. In seguito al compimento dei "doveri" culturali, il paziente e la sua famiglia saranno abbastanza forti da continuare la missione della migrazione e viverla con la partecipazione sperata.

La resistenza del paziente a compiere i riti tradizionali

Talvolta il paziente non è pronto per i riti tradizionali: ciò può nascondere un ulteriore aspetto della migrazione che è importante approfondire e che può celare altre problematiche profonde. Si possono per esempio sondare la qualità dei rapporti con le persone del Paese di origine, la relazione con i genitori/nonni, la storia di coppia, l'accoglienza della coppia all'interno della famiglia allargata, le altre malattie verificatisi all'interno della famiglia, e come sono state curate, e via dicendo.

Inoltre, spesso accade che i giovani della "seconda generazione" non conoscano i riti tradizionali, sebbene ne riconoscano implicitamente il valore, in quanto eredi diretti di questo patrimonio ignoto. Invitare i familiari a esplicitare le loro modalità tipiche di cura può sempre essere utile per rinforzare il legame di appartenenza tra il paziente e la sua famiglia e per incrementare le potenzialità di accudimento, di cura e di cambiamento provenienti dal nucleo familiare.

La rappresentazione culturale della patologia

Ci possono essere di aiuto il paziente stesso, gli anziani della famiglia o i mediatori culturali.

Storie e miti

“Quando soffia il vento e cade un albero, tutti noi crediamo che sia stato il vento a farlo cadere. È vero, ma non è tutta la verità. Se ci avviciniamo all'albero, vediamo che dentro è mangiato, vuoto. Prima che arrivasse il vento, c'era già un verme che era entrato e aveva fatto il suo lavoro. L'albero sembrava ancora vivo all'esterno ma dentro era già morto. Il vento ha dato solo l'ultimo colpo”.

Questo è il racconto di un paziente tossicodipendente, affetto dal virus dell'Aids.

L'utilizzo della comunicazione metaforica

Il linguaggio dei segni e la necessità di riconoscere tempestivamente i segnali derivanti dall'ambiente naturale hanno favorito lo sviluppo della vista e della memoria visiva che consente di ricordare esattamente parole, immagini, fatti e circostanze. In questo senso, si può attribuire importanza ai miti, alle leggende e alle storie utilizzate per parlare dell'universo rappresentazionale del paziente. Spesso, la comunicazione nei Paesi non occidentali avviene tramite il racconto di storie; similmente, si può anche interpretare l'importanza che viene attribuita ai rituali e al loro corredo simbolico, non solo per le componenti religiose e spirituali ma anche per la natura comunicativa che rivestono nella memoria culturale di molte popolazioni. Raccontare o favorire il racconto di storie durante la terapia con un paziente immigrato, può costituire il modo di comunicazione privilegiato.

L'identificazione del paziente con un personaggio storico o religioso

Per citare degli esempi, il Corano, come tutti i testi sacri, narra la vita di profeti e santi sui cui insegnamenti si cerca di costruire la propria vita. L'identificazione del paziente con un personaggio del testo sacro (proponibile tramite omonimia o simile esperienza) permette al paziente di attribuire un valore assoluto alla propria vita e di ritrovare l'ordine, l'equilibrio, la forza e la consapevolezza che sono venuti a mancare.

I sogni

Secondo la psicoanalisi sono la rivelazione dell'inconscio, e l'interpretazione di essi è fondamentale per la conoscenza del proprio mondo interno. Per la maggior parte dei Paesi non occidentali, il sogno è uno strumento di comunicazione con i defunti, con gli spiriti e con le leggi della natura. Il sogno può essere premonitore oppure può indicare la strada da scegliere, il rito da compiere, o ancora può rivelare la vera identità di una persona con la quale si è in-

staurata una relazione. In tutti i testi sacri del mondo, il sogno è un punto d'incontro tra l'uomo e la divinità. È fondamentale dunque lasciar spazio alla narrazione dei sogni e all'ascolto della parte irrazionale, profondamente segnata dalla cultura, della persona che abbiamo in cura.

Innanzitutto è possibile utilizzare la libera associazione per capire quale idea è stata evocata dal sogno: "Cos'è, per lei, lo scorpione che ha sognato?".

Secondariamente, si potrebbe chiedere al paziente: "Che cosa rappresenta lo scorpione nella sua cultura?".

Infine, il terapeuta può proporre un'immagine circa il contenuto del sogno: "Da me, nel mio Paese, lo scorpione significa... e si dice che...". Questo intervento ha l'obiettivo di verbalizzare una problematica, di sollecitare la riflessione e di offrire ai pazienti altri percorsi, altri scenari possibili.

Talvolta, è anche possibile creare un legame tra gli elementi del sogno e la realtà, facendo un parallelo diretto: "Questo scorpione mi fa pensare a una donna, di una certa età, abile nell'utilizzare le proprie armi e la propria astuzia...". A partire dalle immagini del sogno è possibile costruire una storia, inventare una nuova immagine diversamente evocativa ma che permette di individuare il problema fondamentale del paziente.

Conclusioni

Abbiamo presentato i concetti basilari del modello etnopsichiatrico, con l'intento di definire la cornice teorica del nostro approccio clinico. In seguito, abbiamo accennato ad alcune ipotesi eziopatogeniche circa l'origine e lo sviluppo della tossicodipendenza, distinguendo tra due possibili condizioni contestuali: quella in cui si trovano le persone migranti che hanno compiuto il "viaggio" e quella vissuta invece dai figli nati in Italia.

Addentrando nella specificità culturale, ci siamo soffermati sulle molteplici rappresentazioni della malattia diffuse in varie parti del mondo. Tale trattazione, lontana dall'essere esaustiva, mira a sollecitare l'ascolto di nuovi modi di intendere l'esperienza di vita e di attribuirvi un significato. Per ciò che concerne la tossicodipendenza, entrano in scena non solo i singoli individui ma anche la famiglia, la comunità, gli antenati, Dio, il rapporto con la natura... Si incontrano nuove psicologie e si delineano differenti fattori di rischio e di protezione a seconda della dimensione storica, culturale, sociale e religiosa in cui si sviluppano. Diventa così essenziale costruire strumenti che ci permettano di ascoltare in modo partecipe il racconto che la persona fa di sé. La proposta di una traccia per i primi colloqui con un paziente tossicodipendente straniero mira all'accoglienza dei contesti della sua vita, tra i quali è necessario trovare il legame di senso che li connette, unendo la storia familiare, ricca di immagini ed emozioni, con il progetto migratorio e il presente, anche con l'aiuto di un genogramma. Si invita allo studio del nome, del ruolo di ogni persona significativa nella sfera culturale e familiare del paziente, nonché alla comprensione della rappresentazione della malattia e dei riti attuati e attuabili per guarirla.

Il lavoro clinico con il paziente immigrato richiede un importante "decentramento" da sé e dai propri schemi di categorizzazione della realtà.

Spesso nel nostro lavoro si avverte una spontanea curiosità a conoscere il punto di vista del paziente e a percepire la realtà dalla sua prospettiva. La sfida risiede nell'elasticità dello spostamento verso l'altro, per poter tornare poi al proprio posto, arricchiti da un nuovo piccolo "viaggio mentale". Lavorare con pazienti stranieri significa avere un fulcro fermo, costituito dalle nostre teorie e dalla nostra modalità tipica relazionale, e poter girare attorno ad esso, andando lontano, a esplorare il mondo e le rappresentazioni dell'altra persona.

Bibliografia

- Monaci P. (2002), *Tossicodipendenza e immigrazione. Un approccio psicosociale*, L'Harmattan Italia, Torino
- Moro M.R., De La Noë Q. e Mouchenik Y. (a cura di) (2004), *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social*, La Pensée Sauvage, Grenoble.

Daniela Quaresmini

La festa della circoncisione di Omar: luogo di incontri e di emozioni

Riassunto

L'autrice, attraverso il racconto autobiografico della festa della circoncisione del pronipote, figlio di mamma italiana e papà tunisino, avvenuta a Tunisi nell'agosto del 2006, sottolinea l'importanza di sostenere la genitorialità transculturale, al fine di accompagnare la mediazione tra stili educativi diversi e consentire una crescita più integrata delle nuove generazioni.

L'esperienza porta alla consapevolezza che le dinamiche relazionali in famiglia mista richiedono, ai loro membri, uno sforzo creativo aggiuntivo di integrazione fra diverse abitudini di vita e educative. A volte è necessaria una mediazione psicologica che permetta il contenimento delle paure e delle ansie sia degli adulti che dei bambini.

Abstract

The author, through an autobiographical account of the ceremony for the circumcision of her great-nephew, born of Italian mother and Tunisian father, held in Tunisi in August 2006, emphasizes the importance of supporting transcultural parenthood with the aim of guiding the mediation between different upbringing principles and enabling a more integrated growth of the new generations.

That experience teaches that relationship dynamics within interracial families require an extra creative integration effort from their members who have different lifestyles and educational practices. At times psychological mediation is required to keep off both adults' and children's uncertainties and worries.

Ciò che mi induce a raccontare l'esperienza della circoncisione del mio pronipote Omar di sei anni, figlio di mamma italiana e papà tunisino, è il desiderio di condividere con altri colleghi pensieri ed emozioni in merito all'importanza di sostenere la genitorialità transculturale, al fine di accompagnare la mediazione tra stili educativi diversi e consentire una crescita più integrata delle nuove generazioni.

Infatti, vivendo io in prima persona le difficoltà di integrazione fra le due culture e i conflitti che spesso nascono a proposito dell'educazione del bambino, mi sono resa conto di quanto sia necessario sostenere entrambi i genitori: soprattutto quello più lontano dal contesto culturale del figlio.

In questo caso è fondamentale ascoltare il genitore migrante, farsi raccontare cosa è per lui importante nell'educazione del figlio, quali aspettative ha su di lui, cosa lo preoccupa maggiormente dei cambiamenti che, da straniero, è costretto ad affrontare per vivere in una cultura che non gli appartiene e a cosa infine è disposto per far stare bene il suo bambino.

Ritengo fondamentale che il papà non si debba sentire messo in discussione, né tanto meno giudicato, anzi che gli si faccia intendere che il nostro modo di crescere i bambini non è migliore o peggiore ma che ciò che conta davvero è che il bambino senta che tutti vogliamo il suo benessere, al di là delle differenze culturali.

È doloroso per un immigrato accettare che il figlio non comprenda le sue tradizioni. Inoltre, il genitore non è abituato a confrontarsi con un bambino che pretende spiegazioni precise e convincenti e spesso si trova in difficoltà, sia dal punto di vista linguistico che concettuale. La moglie o gli adulti significativi dovrebbero avere il compito di sostenere il padre in questi momenti, aiutandolo a capire che il bambino non lo sta mettendo in discussione ma che, a differenza del rapporto che lui stesso ha avuto con il proprio padre, spesso duro e autoritario, suo figlio ha bisogno di spiegazioni, perché queste sono le modalità educative che nella nostra cultura si utilizzano.

L'esperienza mi ha inoltre insegnato che un padre musulmano può aprire la sua mente al nuovo se si è creato un rapporto di fiducia e di stima con adulti di riferimento.

Un padre ascoltato e rispettato apprende ad ascoltare e rispettare in modo tale che alcune tradizioni come la circoncisione possano essere mantenute, evitando i parossismi dell'integralismo, nel rispetto della nuova identità culturale del bambino.

Io mi sono trovata in qualità di prozia a svolgere la funzione di mediatrice tra le motivazioni del padre, le ansie della madre e le paure di Omar.

La storia

Il papà è musulmano non praticante e vive in Italia da otto anni; la mamma, cattolica non praticante. Omar cresce circondato dalla famiglia materna e all'età di quattro anni per la prima volta va in vacanza a Tunisi dove conosce i nonni, gli zii e le zie paterne.

Al suo rientro mi racconta che là le case sono brutte, che gli zii non hanno tutte le cose che abbiamo noi e poi parlano in arabo e lui non capiva niente. È meglio vivere in Italia.

Il papà, per motivi personali, non è ancora riuscito, nonostante l'età del bambino, a organizzare la circoncisione e decide che lo farà al compimento del suo sesto anno.

Poiché la mamma di Omar non è d'accordo, ne parliamo a lungo, ma il papà ribadisce che per i musulmani questo rito è molto importante, oltre che un motivo di orgoglio per l'intera famiglia, anche nei confronti della gente del quartiere.

Gli faccio notare che Omar è grande e che vorrà delle spiegazioni in merito a una esperienza così forte; lui mi chiede aiuto nello spiegare al bambino e nell'essere presente all'evento, perché capisce che la mamma non riesce a far fronte psicologicamente a questo momento.

Io sono molto combattuta: da un lato vorrei tentare di dissuaderlo, perché il bambino ne potrebbe rimanere traumatizzato, dall'altro mi chiedo che diritto io abbia di insistere perché non lo faccia. Prendo la decisione di sostenere Omar e la sua famiglia nell'affrontare al meglio la circoncisione, al fine di ridurre il più possibile la sofferenza psichica del bambino ed evitare, al contempo, lo scontro con il padre.

Con il papà troviamo un accordo: l'intervento verrà effettuato a Tunisi,

ma in una clinica e non a casa; inoltre verranno rispettati i tempi del bambino, nel limite del possibile, durante i due giorni della festa.

Diario della festa della circoncisione

Arrivo a Tunisi l'11 agosto 2006; dopo aver conosciuto la famiglia d'origine del papà, nonno Baba, muezzin della moschea del quartiere, la nonna, i tre fratelli e la sorella con relative famiglie, andiamo alla nuova casa che il nonno ha costruito per il papà di Omar.

Omar è molto felice che io sia arrivata. Sua madre, mia nipote, invece è molto triste. Poiché non riesce ad accettare la situazione, le faccio notare che Omar ha bisogno di vederla felice per poter vivere serenamente questo momento. Le ricordo gli aspetti positivi della circoncisione dal punto di vista igienico nonché il fatto che il padre ha accettato dei compromessi, consapevole che per Omar tutto ciò non ha significato. Non è certo stato facile ma sono riuscita a coinvolgere maggiormente mia nipote nei preparativi della grande festa, perché di una grande festa dedicata a Omar veramente si è trattato. Ho avuto modo di capire quanto il papà ci tenesse a organizzarla al meglio, da un lato per dimostrare alla famiglia e al quartiere che si era realizzato, dall'altro per far sì che il bambino potesse ricordarla come la festa degna di un principe, il principe Omar, appunto.

Il mio compito è stato quello di spiegare a Omar che cosa è la circoncisione; lo avevo già fatto tempo prima ma i bambini, si sa, rimuovono fino a che non è il momento.

Siamo nella piccola cucina, stiamo facendo colazione e Omar mi chiede: "Zia, mi spieghi cosa succederà in questi giorni? Io ho paura".

"Sai ci sono molte religioni e il tuo papà, che è musulmano, crede in Allah, che è come Dio per noi. Il libro sacro dove sono scritte le regole di questa religione è il Corano.

Per i musulmani la circoncisione è una vera e propria prova, grazie alla quale tu diventi un vero uomo, ed è tanto importante che si organizza per l'occasione una grande festa che si svolge in tre tappe.

La prima è quella della purificazione con il bagno e l'henné; la seconda è la passeggiata pubblica sulla carrozza trainata da un cavallo, che farai dopo la circoncisione, e infine la terza tappa: la grande festa dove tu sarai seduto sul trono e tutti verranno a salutarti e a portarti i soldini come regalo.

Verrai vestito come un principe: nel primo momento indosserai la *jeba*, una tunica bianca che arriva sino alle caviglie, un papillon nero, il cappellino rosso e un paio di ciabatte di pelle a punta; nella seconda tappa avrai una tunica bianca e oro con il copricapo da sultano e le ciabattine di pelle bianca e oro, mentre intorno a te ci saranno tutte le donne della famiglia e le ospiti, che da quel momento ti considereranno un vero piccolo uomo".

Omar mi ascolta attentamente e mi risponde: "Cavoli, sarà come essere in una fiaba, ma io non voglio fare l'henné, perché mi sporca tutto e dopo, quando torno in Italia, mi scherzano".

Cerco di spiegargli che per loro è molto importante usarlo perché signifi-

ca essere puliti molto bene e che in fondo è come farsi i tatuaggi sulle braccia, che dopo un po' se ne vanno. Mi pare di averlo convinto ma subito mi chiede: "Lo fate anche tu e la mamma l'henné?"

"Sicuramente, ma dopo di te, perché prima tocca al principe".

Omar continua: "Sì, ho capito, ma cosa mi faranno al pisellino?". In quel momento entra il papà al quale chiedo aiuto. (Non vi nascondo la mia emozione e la mia difficoltà a trovare le parole giuste.)

Il papà racconta: "Quando io ero piccolo come te, mi hanno abbassato la pellicina che ricopre il pisellino in modo che io potessi essere sempre ben pulito".

Omar: "Ma io sono già pulito, mi lavo tutte le volte che vado in bagno!".

Panico... Ora cos'altro possiamo dire?

Il papà aggiunge: "Certo, tu sei un bravo bambino e ti lavi sempre, ma la pellicina poi torna su. Con la piccola operazione che farai in clinica, i dottori faranno in modo che il pisellino sia sempre bello scoperto, come il mio".

Omar: "Ma mi faranno male?".

Il papà: "No tesoro, perché faranno l'anestesia e così non sentirai dolore. Come quando vai dallo zio a curarti i dentini, ti fa una punturina e non senti più nulla".

Omar pare abbastanza convinto, usciamo per andare a casa dei nonni dove indosserà la tunica per iniziare il rito.

Sabato 12 agosto 2006: la purificazione e l'henné

Il nonno Baba è molto orgoglioso del suo nipotino e insieme alle donne della famiglia veste Omar con la tunica per andare in moschea per il rito della purificazione.

Tutte le donne, coprendosi la bocca, iniziano a emettere un verso di benvenuto e di gioia per ciò che sta avvenendo.

Mi avvicino a Omar e gli dico di immaginarsi come il principe che da piccolo diventa un vero uomo e che per fare questo deve superare delle prove di coraggio e vincere tutte le paure. Lui mi guarda e mi dice: "Batti cinque zia, ce la faremo". Mi giro di scatto perché mi sono emozionata e mi vengono le lacrime agli occhi. Sono qui per fare coraggio a lui ma, a quanto pare, anch'io ne ho bisogno.

Scendiamo in corteo, tutti accompagnano il bambino verso la macchina che ci porterà alla moschea. Entriamo. Accanto a Omar il nonno Baba, il papà e lo zio; noi donne entriamo successivamente. Omar si guarda intorno un po' spaesato perché non capisce cosa stia avvenendo. Lo sollevano, lo mettono al centro della moschea e gli dicono di pregare; lui alza le mani al cielo ed emette qualche parolina in arabo. Terminata la preghiera, fa l'elemosina e usciamo.

Al rientro a casa ci aspetta la banda con i tamburi; con l'incenso, i parenti e gli amici seguono il corteo e Omar pare felice.

La sera in terrazza si ritrovano le donne che assisteranno al rito dell'henné, con il sottofondo dei musicanti che reciteranno il corano e canteranno, mentre gli uomini rimangono tutti insieme al piano di sotto.

Omar, vestito con l'abito da cerimonia, si siede sul divano con la "pittrice di mani", come lui la definisce, e accanto a lui viene deposto un cestino contenente guanti e scarpe di pizzo bianco, con l'henné a forma di pesce. La signora inizia il rito dipingendo mani e piedi del bambino. Successivamente verranno messi i guanti e le scarpine in pizzo e per circa due ore il bambino dovrà stare in attesa che il colore si assorba. Omar è molto triste, piange spesso, chiama il suo papà, vuole togliere tutto, è molto stanco, è già mezzanotte. La tradizione avrebbe voluto che l'henné rimanesse in posa fin verso l'una di notte ma, viste le condizioni di Omar, io ho chiesto di toglierlo prima; ciò ha creato un po' di disagio fra le donne ma il papà mi ha autorizzato a procedere. Omar piangente è tornato a casa con la mamma e con me ma non riusciva a dormire perché era preoccupato per l'intervento della mattina seguente.

Per tranquillizzarlo gli ho raccontato la storia di un principe che aveva poteri magici in quanto aveva mani e piedi colorati da cui partiva la sua forza. Ho tentato di trasformare l'evento dell'henné, per lui doloroso, in qualcosa di positivo che potesse dargli forza.

Domenica 13 agosto 2006: la circoncisione

Alle ore 7 la mamma sveglia Omar che si mette a piangere: "Non voglio andare", grida, "perché devo fare questa cosa?".

Io riprendo la storia del principe che ora si trova nella foresta e che deve affrontare una grande prova di coraggio e superare diversi ostacoli per diventare un vero uomo. Omar si tranquillizza e riusciamo a partire per la clinica con la presenza della nonna, che ha la funzione di rimanere vicino al figlio e alla nuora.

Per fortuna nella sala d'attesa stanno proiettando Tom e Jerry e per un attimo Omar si dimentica di ciò che lo aspetta. Arrivano i medici e tutti accompagniamo Omar in camera dove viene preparato per l'anestesia; ma è solo, quando entra in sala operatoria, e piange.

La mamma cerca di entrare ma non è possibile e si dispera; tutti cercano di tranquillizzarla ma per lei è troppo grande la paura di perdere il suo bambino, sicuramente amplificata dal fatto che non può comunicare direttamente con i medici.

Io in quel momento mi sento paralizzata, ho il groppo alla gola e spero dentro di me che vada tutto bene. I tunisini presenti ci guardano e non capiscono le nostre preoccupazioni: per loro tutto ciò è normale, anzi è un grande evento.

Finalmente Omar esce dalla sala operatoria e per diverse ore dorme tranquillo. Quando si sveglia e guarda il suo pisellino, coperto dalla garza e sporco di sangue, si mette a piangere, ma il papà lo tranquillizza e gli spiega cosa è successo. Piano piano si riprende e lo riportiamo a casa, dove mi chiede di raccontargli ancora la storia del principe e di giocare con lui, prima dell'uscita per la grande festa.

Ci prepariamo, si mette la tunica da sultano e un po' dolorante inizia a camminare verso la porta. Sono le ore 18.

Omar apre la porta e con grande stupore vede una carrozza trainata dal cavallo, la banda che suona e tutta la gente che lo acclama. Sale sulla carrozza con il nonno Baba e la mamma e inizia il giro per il paese, perché tutti devono partecipare alla gioia della famiglia. Omar pare aver dimenticato il dolore, saluta tutti.

Arriviamo alla casa del nonno dove lo aspettano e lo fanno sedere su un trono bianco, accanto alla mamma, e lì rimane per diverse ore. Arrivano gli ospiti, lo baciano e gli danno i soldini che lui controlla e mette nella sua borsetta.

La festa ora prevede che la famiglia d'origine serva a tutti gli ospiti piatti ben ricchi di cuscus e altre leccornie. Io aiuto le donne a preparare i vassoi e servo in tavola. La musica si diffonde per tutti i vicoli e la gente arriva a frotte. Terminata la cena, le donne si siedono tutte da un lato del vicolo e gli uomini dall'altro e iniziano le danze. C'è molta competizione fra le donne nel dimostrare la loro bravura nel ballo; anche le bambine sono già competenti e si muovono con velocità e destrezza.

Omar, sempre seduto, incomincia a essere stanco; vorrebbe andare a casa, ma è troppo presto e deve rimanere.

Verso l'una di notte noi portiamo Omar a letto ma la festa continua fino a notte fonda. Omar, stanchissimo, mi dice: "Meno male che è finita, ma io non ho ancora capito perché mi hanno fatto male al pisellino". Piagnucolando vuole che gli finisca la storia del principe. Si addormenta stremato.

Io e la mamma usciamo dalla camera perché non riusciamo a dormire. Io cerco di sottolineare gli aspetti positivi di tutto ciò che è accaduto e di dimostrare quanto il papà sia stato attento a organizzare la festa per Omar. Mia nipote mi abbraccia, mi ringrazia per tutto ciò che ho fatto per loro e si addormenta.

Io rimango a guardare le stelle nel patio, i pensieri si accavallano, mi scendono le lacrime, ma sono felice di aver accompagnato Omar in questo cammino.