

Isabelle Réal

Psicoterapeuta, Responsabile del Servizio di Consultazione Transculturale presso la Maternità dell'Ospedale J. Verdier - Bondy, Co-terapeuta nell'équipe diretta dalla Prof.ssa Marie Rose Moro nel Centro di psicopatologia del bambino e dell'adolescente dell'Ospedale Avicenne di Bobigny (Università Parigi XIII)

Relazione di Isabelle Réal del 28 giugno 2002 al corso di formazione FSE tenuto all'Ospedale San Paolo di Milano

traduzione Sabina dal Verme

IL DISPOSITIVO TECNICO DELLA CONSULTAZIONE DI ETNOPSICANALISI DI BOBIGNY E DELLA CONSULTAZIONE TRANSCULTURALE PRESSO LA MATERNITÀ DI BONDY.

MATTINO

Desidero presentarvi la consultazione di etnopsicanalisi dell'Ospedale Avicenne e quella della Maternità di Bondy. Quest'ultima esiste da tre anni, e ne sono responsabile da un po' più di un anno. Quella di Avicenne invece esiste da molto tempo: era stata avviata da Tobie Nathan nell'ambito del servizio di psicopatologia del bambino e dell'adolescente di Serge Lebovici che, da più di dieci anni, è animata e diretta da Marie Rose Moro.

La consultazione transculturale della Maternità è stata creata da Marie Rose Moro su richiesta della psichiatra del Reparto Maternità, Dominique Neuman. Questa consultazione rappresenta una filiazione diretta della consultazione di Avicenne, anche se il suo campo di intervento riguarda la **perinatalità**, mentre la consultazione di Avicenne è rivolta a bambini, adolescenti e famiglie migranti.

Queste due consultazioni hanno carattere **psicoterapeutico**. Effettivamente l'etnopsicanalisi è una tecnica terapeutica che s'appoggia sulla psicanalisi (teoria) per offrire ai pazienti migranti, che vengono da una cultura differente dalla nostra, un quadro terapeutico che, benché utilizzi i concetti psicanalitici, è stato modificato.

La specificità della presa in carico nelle consultazioni non riguarda tanto i contenuti quanto i contenitori, cioè:

- innanzitutto le modalità con cui viene realizzato il quadro terapeutico (come dire che quadro si offre a questi pazienti?)
- e poi il fatto di tenere conto sistematicamente delle interazioni complesse tra il livello culturale e il livello psichico.

Svilupperò questi due punti in modo più preciso nella seconda parte del mio intervento.

Vorrei soprattutto cercare di spiegarvi che cosa ha spinto Dominique Neuman, la psichiatra che lavora a tempo pieno alla Maternità, nel Reparto di ostetricia, in puerperio e nel Servizio di procreazione medicalmente assistita, a sollecitare la creazione di una consultazione transculturale presso il suo reparto. Desidero specificare che questa consultazione è aperta mezza giornata a settimana e ci permette di ricevere due o, a volte, tre pazienti.

Effettivamente il 70% delle pazienti che si rivolgono a questa maternità sono donne con una storia di migrazione, venute da molti paesi diversi. Dominique Neuman, conoscendo i lavori dell'etnopsicanalisi, si è resa conto di come ci fossero dei fallimenti con queste donne.

Le maggiori difficoltà nella presa in carico di queste pazienti si verificano in tre diverse situazioni:

1. La prima è la presa in carico di coppie sterili originarie di società tradizionali, sia che vivano stabilmente in Francia, sia che siano di passaggio, per poter beneficiare delle nostre competenze.
2. La seconda è quella delle donne incinte portate all'ospedale dalla polizia direttamente dall'aeroporto, per immigrazione illegale.
3. La terza è quella di donne immigrate, che vivono in Francia da un periodo più o meno lungo di tempo, e che sono seguite per la gravidanza, il parto e il puerperio. Queste donne, con i loro comportamenti e le loro parole, possono mettere in difficoltà il personale di assistenza.

Permettetemi di sviluppare queste tre situazioni cominciando dall'ultima:

3. L'accompagnamento delle donne e del personale di assistenza durante la gravidanza, il parto e il puerperio. Ecco qualche esempio che fa discutere il personale di assistenza:
 - Che fare con quella giovane mamma di origine cabila eccessivamente preoccupata del suo bambino, perché dice che è stato oggetto di "maraboutage"? La consideriamo delirante? Le parole rassicuranti del pediatra sulla buona salute del bimbo non la rassicurano abbastanza.
 - Come fare per capire quella giovane donna algerina, che vive male la gravidanza, è preoccupata per l'arrivo del neonato, dubita di avere abbastanza latte e pensa che il malocchio possa compromettere la montata latte?
 - E tutte quelle donne, quelle coppie che arrivano alla maternità, all'ultimo momento, senza essere state seguite in gravidanza: perché si rivolgono all'ospedale così tardi?
 - Come accompagnare tutte queste donne terrorizzate dal cesareo che è necessario eseguire? Lo rifiutano o lo vivono come un trauma con conseguenze a volte drammatiche sul piano psichico nei giorni dopo il parto e nella relazione con il neonato? Sarebbe giusto parlare del cesareo durante i corsi di preparazione alla nascita? O è meglio parlarne all'ultimo momento solo nel caso sia necessario?
 - Come mai una donna del gruppo dei Sonninké del Mali domanda in modo tanto insistente di farla partorire prima del tempo perché continua a sognare che i morti la chiamino dall'al di là, come dice lei? Come calmare la sua angoscia che la spinge a continuare a chiedere di partorire prematuramente senza che ve ne sia l'indicazione medica? Invano il medico le spiega l'opportunità di aspettare che la gravidanza arrivi a termine: non c'è niente da fare.
 - Perché una mamma del gruppo dei Dioula del Camerun si disinteressa al gemello più fragile che avrebbe invece particolarmente bisogno della sua attenzione? La puericultrice non sa più come fare.
 - Perché quella coppia wolof del Senegal ha dato come nome al suo bebè quello di un bimbo deceduto alla nascita nella pregressa gravidanza? La loro scelta è vissuta come patologica dal personale che è preoccupato per il futuro del bambino.
 - E quella donna berbera del Marocco che rifiuta di mettere al suo bambino dei vestitini nuovi e puliti? È segno di rifiuto e c'è il rischio di maltrattamento? Lei sostiene che è così che ha visto fare con i neonati... Le infermiere fanno fatica ad accettare questo comportamento che non riescono a capire.

Tutte queste domande e questi interrogativi su modi di fare estranei confondono il personale e a volte impediscono una buona assistenza, generano conflitti e malintesi spiacevoli sia per il personale che per le madri e i bebè. Penso che a questo proposito abbiate già avuto dei suggerimenti sulle possibili risposte grazie all'intervento di Léocadie Ekoué, che vi ha senz'altro parlato delle mille e una maniere di vivere la gravidanza, il parto, il dopo parto e l'accoglienza del neonato. In ogni caso alcuni dati antropologici sono a questo punto indispensabili. Continuerò a sviluppare questo aspetto antropologico **per immergervi in questi universi differenti**, perché poco a poco possano risultarvi più familiari, perché possiate

gradualmente pensare alle donne che assistete con **questa nozione così importante di “involucro culturale”**.

Infatti la risposta a tutte queste domande che il personale si pone, e che immagino anche voi vi poniate, risiede nella nostra capacità di ricostruire questo involucro e non solo in un sapere antropologico, anche se questo sapere ci è senz'altro necessario.

2. Inoltre vorrei illustrarvi il secondo aspetto che ha condotto Dominique Neuman a sollecitare la realizzazione della nostra consultazione: l'assistenza alle donne incinte, portate all'ospedale dalla polizia direttamente dall'aeroporto di Roissy... Arrivano in Francia senza i documenti necessari. Sono donne che stanno per partorire dopo molteplici traumi legati alla situazione politica nel loro paese, spesso a causa della guerra... Donne che hanno subito violenza, donne la cui gravidanza è la conseguenza di uno stupro, donne i cui bambini, marito, parenti sono stati uccisi, donne che hanno perduto o lasciato i figli al paese... Come iscrivere questo nuovo bambino in una storia tanto dolorosa? Infatti il problema principale è questo: l'accoglienza del neonato e il suo investimento affettivo da parte della madre. In questi casi si accumulano il **trauma migratorio e i traumi precedenti alla migrazione**: l'obiettivo è quindi di prenderli in considerazione entrambi. Sicuramente sono presenti i traumi estremi che queste donne hanno vissuto al paese, ma non bisogna dimenticare la paura che esse vivono anche nel paese di accoglienza per loro totalmente sconosciuto... A volte avviene perfino che solamente all'aeroporto di arrivo scoprono in che paese sono arrivate... Perciò anche in questi casi si tratta di ricostruire una storia senza ignorare quanto è successo prima della migrazione perché, come sappiamo, una madre non può diventare madre senza riferimenti culturali. Si tratterà quindi di “osare” far succedere nel qui e ora “le cose del paese”, come diciamo noi, perché queste donne possano realizzare al meglio il loro saper essere madri; si tratterà inoltre di presentare loro il mondo in cui sono arrivate e che è per loro del tutto sconosciuto.

Credo che in queste prese in carico ci sia tutto un lavoro da fare sul nostro contro-transfert perché spesso i nostri primi movimenti interiori rispecchiano quelli delle nostre pazienti: esse dicono di voler dimenticare tutto quello che riguarda il paese e di non volerne parlare come se il paese fosse identificato con il “male”, con i traumi gravi e recenti da cui sono fuggite. Dobbiamo quindi stare attente a non cadere in questa spaccatura, che ha certo una funzione difensiva: bisogna rispettarla ma anche cercare di ridurla affinché queste donne possano arrivare a nutrirsi delle “cose buone” del loro paese, trasmesse loro prima degli episodi drammatici recentemente vissuti.

Questi traumi recenti peraltro a volte sono meno destrutturanti di quanto noi possiamo immaginare. Penso a una giovane donna somala, che aspettava un bimbo in seguito a un atto di violenza e che diceva che non era questo l'aspetto più duro da accettare perché vi era un tale grado di violenza al paese che ogni donna si aspettava di essere violentata, ogni uomo di essere torturato, ogni bambino di essere privato dei suoi genitori: lei iscriveva l'atto subito nel disordine globale del paese e questo dava un senso all'atto stesso, rendendolo sopportabile. Per contro ciò che la faceva molto soffrire era il ricordo della madre morta quando lei aveva otto anni. Non c'è da meravigliarsi che il ricordo della madre risorga nel momento in cui lei stessa sta per diventare madre. Infatti nel momento molto particolare in cui una donna sta per partorire, quando sta per diventare madre, i riaggiustamenti psichici sono importanti. La donna migrante è, come tutte le donne, particolarmente vulnerabile: mettere al mondo un bambino, vivere il passaggio alla maternità sono eventi che fanno rivivere i legami con la generazione precedente e riaprono in modo acuto **la problematica della filiazione e dell'identità**.

Al di là dei traumi recenti, vi è dunque la storia prima della migrazione, nella quale si iscrive la storia infantile di questa futura mamma e si ripone per noi la questione di come poter in qualche modo ricostituire l'involucro culturale in cui questa donna è nata e cresciuta, evocando tutti quei piccoli aspetti “da nulla” del paese che ricordano come la signora abbia visto le donne occuparsi dei neonati, allattarli a richiesta, massaggiarli nei primi mesi di vita, come potrebbe aver

assistito, in qualità di madrina, al parto di altre donne, ecc. Questi aspetti “da nulla” sono quelli che possiamo menzionare, qualsiasi sia il nostro ruolo professionale, con le donne che vengono da altre culture. In questo modo permettiamo loro di appoggiarsi su un proprio quadro interno di riferimento, che è andato strutturandosi da quando erano piccole per preparare la nascita e l'accoglienza del neonato. Questo è dimostrato dalle ricerche di Marie Rose Moro.

Permettetemi di richiamarle in due parole: questo punto è fondamentale.

Marie Rose Moro ha ripreso quanto era stato illustrato così bene da Winnicott: non esiste un neonato da solo, un bebè ha bisogno di una figura materna per umanizzarsi, un bebè esiste solo nell'interazione con sua madre, è la madre che fa il bambino e proprio come il bambino ha bisogno delle braccia della mamma, così la madre ha bisogno di un involucro culturale su cui appoggiarsi per raggiungere la sua “maternalità”. Questo significa che **senza l'involucro culturale non può esistere una madre**. La madre non esiste se non nell'interazione vivente fra lei e il quadro culturale esterno. Ora, nella migrazione, il quadro culturale esterno della sua prima infanzia, quello che la donna ha introiettato e che costituisce il suo quadro interno, non c'è più. Questa nuova configurazione rende più difficile l'utilizzazione del proprio quadro culturale interno. Effettivamente il quadro interno della giovane donna immigrata non corrisponde al quadro esterno, che è quello del paese d'accoglienza. Da ciò deriva che il quadro interno, anche se esiste dentro la donna, perde parte della sua funzionalità e della sua pertinenza.

Il lavoro con queste donne consisterà quindi in due cose:

- a) ricostruire il quadro culturale esterno del paese d'origine, evocando i molteplici modi di fare e di rappresentare la gravidanza, il parto, il maternage del neonato per rendere di nuovo funzionale il quadro interno della madre. Allora lei potrà sentirsi sicura per vivere le diverse trasformazioni fisiche e psichiche della gravidanza e del parto, che la porteranno a diventare madre. Allora potrà assicurare in modo armonioso ciò che Winnicott ha chiamato “la funzione materna primaria”: il portare (holding), il manipolare (handling) e la presentazione degli oggetti.
- b) Ma non bisogna dimenticare di presentare alla futura madre il quadro culturale esterno del paese d'accoglienza perché lei possa a sua volta appropriarsi di quell'involucro esterno in cui dovrà muoversi. Solo a questa condizione essa potrà entrare in un processo di métissage creativo. I lavori dell'etnopsicanalisi lo dimostrano: più la madre è in sintonia con il suo sistema culturale di appartenenza, più facilmente potrà integrarne un altro. Per permetterle di beneficiare al meglio della nostra tecnologia medica, bisogna anche tenere conto di ciò che le è stato trasmesso.

Porterò un esempio molto concreto di questo doppio lavoro sulla ricostruzione dell'involucro culturale esterno del paese d'origine e della presentazione dell'involucro culturale del paese d'accoglienza. Si tratta di come fare il bagno al neonato di una mamma originaria dell'Africa Nera: in Africa Nera solo l'acqua che scorre contiene la nozione di purezza alla quale si collega la nozione di pulizia. L'acqua contenuta in un bacinella non può, per definizione, essere acqua pulita. Il nostro modo usuale di fare il bagno per assicurare la nostra igiene corporale è completamente opposta alla rappresentazione che hanno gli africani della pulizia. Dunque vedete che già questa nozione di pulito e sporco, a seconda della cultura a cui si appartiene, avrà un impatto sulle nostre maniere di fare. La mamma africana laverà il suo bebè in modo congruente con quello che la sua cultura le ha insegnato sull'arte di lavare i bambini, quindi starà ben attenta a non immergere il bambino nella bacinella che serve a raccogliere l'acqua sporca. La sua tecnica di puericultura le permetterà di far scorrere continuamente l'acqua sul corpo del bambino sostenendolo con una sola mano al di sopra della bacinella, mentre con l'altra mano aspergerà d'acqua il bambino. Non è certo in questo modo che in Francia o in Italia la puericultrice si occuperà della toilette del neonato. È più probabile che il bimbo venga immerso in una bacinella d'acqua e che la puericultrice lo ammiri mentre il piccolo sgambetta nell'acqua, senza rendersi conto che forse per la mamma africana questo modo di fare è percepito come

inadeguato, o forse anche pericoloso per il benessere del bambino. Allora, come dobbiamo fare? Ebbene, semplicemente potremo parlare con questa mamma sui diversi modi di lavare un neonato, come ha visto fare lei al suo paese e come facciamo noi qui e accompagneremo i gesti che si fanno nella cura del neonato con questo scambio di parole.

Scambiare le idee sui diversi modi di accudire un bebè nella sua e nella nostra cultura sovente è sufficiente a eliminare molte preoccupazioni della mamma che interferiscono con una buona relazione con i curanti. E vice versa.

In fin dei conti, che cosa facciamo quando lavoriamo in questo modo?

Implicitamente mettiamo in evidenza **che al di là delle differenze**, si cerca di accompagnare la madre in una delle sue funzioni materne primarie: quella definita **handling**, cioè le cure al neonato. Sebbene queste cure abbiano alcune specificità nelle diverse culture, tuttavia questa **funzione è universale**. Tutte le madri, da qualsiasi paese vengano, cercano di accudire il neonato e cercano di farlo in modo congruente con le pratiche trasmesse dal suo gruppo.

Nella migrazione queste pratiche saranno più o meno riprese e modificate, se non altro perché le condizioni di vita sono differenti e la madre dovrà intrecciare il saper fare del paese con il saper fare di qui. Proprio per il fatto che voi le presenterete il mondo di qui, essa potrà a sua volta presentare il mondo al suo bambino in modo più sicuro. Perché essa possa entrare in questa altra funzione materna primaria, che è quella della presentazione degli oggetti, bisogna che essa stessa conosca gli oggetti di questo mondo. Quando voi accompagnate in questo modo la mamma, la “portate” e tessete intorno a lei un contenitore che le permetterà, a sua volta, di “portare” il suo bambino.

1. L'ultima ragione che ha portato Dominique Neuman a stimolare la creazione della consultazione transculturale alla Maternità è la seguente. I colloqui che ha condotto all'interno del Servizio di procreazione medicalmente assistita le hanno permesso di misurare fino a che punto non si possa riconoscere la storia di un essere umano senza tenere conto della sua appartenenza culturale. E a maggior ragione quando si tratta di “fabbricare un bambino”, di un essere umano, che, come dice Tobie Nathan, “si trova sempre alla confluenza tra un'unione biologica e un'alleanza culturale”; i miti sull'origine del mondo ci raccontano sempre la nascita dell'essere umano, sono delle specie di “matrici mitiche” su cui gli esseri umani si appoggiano quando si trovano in alcuni passaggi fondamentali della vita: la nascita, l'iniziazione, la morte. Qui ci interessa il problema del concepimento dei bambini. Da dove vengono? Qual è la loro origine?

Per esempio il mito della creazione presso i Bambara racconta che all'origine c'è Faro, lo spirito dell'acqua, spirito contemporaneamente maschio e femmina, che ha creato i primi esseri umani: una coppia di gemelli maschio e femmina. Faro, il signore delle acque, mise nelle acque del parto l'anima e la forza vitale dei gemelli. Ma trattenne nell'acqua il loro doppio per proteggerli da tutti i possibili malfunzionamenti successivi. Notate qui che la nostra tecnologia moderna stranamente si ricollega a questa idea di un doppio protettore, quando ipotizza di creare dei cloni per poterlo riparare se ce ne fosse bisogno. Per ritornare al mito dei Bambara, le nascite gemellari furono la regola per un lungo periodo di tempo, così racconta il mito. Ma gli uomini tradirono Faro e lui, per punirli, sopresse le nascite doppie. I gemelli furono riservati a dei rari privilegiati.

Inoltre si dice che ogni bambino abbia un suo doppio che vive nell'acqua, questo doppio è incaricato di proteggerlo e di facilitarne il parto. Questo doppio viene incarnato anche dalla placenta ed è per questo che la sua espulsione è vitale per la donna quanto la nascita del bambino. In molte società si riserva al doppio rappresentato dalla placenta un trattamento specifico: in generale si sotterra in un posto segreto sul quale si ritornerà per dei riti nel caso ci siano problemi per il bambino. Sempre nel pensiero dei Bambara, ogni bambino nasce contemporaneamente maschio e femmina a causa della sua anima e del suo doppio. Il maschietto è femmina attraverso il suo prepuzio, la bambina è maschio attraverso il suo

clitoride. Questo mito fondatore non può d'altronde non ricordare la bisessualità psichica postulata da Freud... E vedremo come questo mito possa avere delle risonanze nella vita di una coppia bambara: i Bambara considerano che il mestruo sia sangue privato della forza fecondante di Faro, come dimostrano le mestruazioni stesse. Faro non ha permesso la formazione del bambino e per questo la donna mestrua. Si dice che Faro feconda le donne attraverso l'intermediazione del pomodoro, il cui sugo rosso è assimilato al sangue: il sangue uterino porta in germe l'embrione, ma ha bisogno del contributo di Faro perché questo possa svilupparsi. Prima dei rapporti sessuali gli sposi succhiano un pomodoro che deve materializzare questa funzione creatrice del genio dell'acqua. Dopo questa assunzione, nel ventre della donna si dice che si formi **un embrione che assomiglia al corpo liscio e soffice di Faro**. Ma questo embrione prenderà le sembianze umane solo con l'apporto dello sperma del marito. Si dice che lo sperma provenga dalle articolazioni, nelle quali è contenuto. Al momento dell'atto sessuale, si dice che la donna prenda dentro di sé il corpo intero di suo marito, "l'alto attraverso gli occhi, il basso attraverso il sesso". Ma il genio non trasmette **le forze spirituali al feto** se non dopo che il marito si sia unito due volte alla sua sposa. Due volte che ricordano la coppia di gemelli veicolata dal mito. **Fare un bambino è quindi un atto complesso e il rapporto sessuale, da solo, non è sufficiente**. Questo è quanto dice il mito. Non è la stessa cosa che viene veicolata dalle nostre teorie, a cui si ricorre rapidamente in caso di infertilità di una coppia? Non si invoca per esempio, non si mette in causa quel famoso "**desiderio di un bambino**", proprio quando il bambino non arriva? Nei nostri paesi forniti di un'alta tecnologia medica, noi mettiamo in atto **dei protocolli, dei riti** estremamente sofisticati perché il bambino arrivi e generalmente nei Servizi di procreazione medicalmente assistita, lo psicologo, la persona cioè che si interroga sul **desiderio e i suoi aspetti contraddittori**, fa parte dell'arsenale rituale. Fare un bambino infatti effettivamente non è solo il risultato di un atto sessuale. Fare un bambino implica soprattutto che ci si possa inscrivere in quello che Lebovici chiama "**il mandato transgenerazionale**", cioè la capacità di rendere ai propri genitori la vita che ci hanno donato trasmettendola a nostra volta a un bambino... Ora, a volte, questo risulta impossibile per delle ragioni difficili da riconoscere perché inconscie. La psicanalisi ce l'ha insegnato. L'essere umano è ambivalente, i suoi desideri non sono univoci, l'essere umano può volere e contemporaneamente non volere e di solito ciò che si oppone al suo desiderio ha origine nell'inconscio. Questa è la teoria che è comunemente ammessa da noi, anche all'interno dell'équipe medica che spesso chiede la collaborazione dello psicologo/a. Così nella consultazione transculturale presso la maternità, noi naturalmente lavoriamo sull'ambivalenza della coppia riguardo al desiderio di avere un bambino, sul legame che ciascuno dei due ha con i propri genitori, ma questo materiale sovente non è accessibile se non attraverso delle rappresentazioni fortemente codificate a livello culturale come la stregoneria, la trasgressione di alleanze, la possessione e molte altre eziologie.

Per illustrare queste eziologie, che i/le pazienti evocano in caso di infertilità, vorrei riferire l'esempio clinico di un primo colloquio con una donna del Congo Brazzaville (Bakongo) che ci permetterà di capire come a volte sia necessario passare attraverso un lavoro psicoterapeutico perché l'uomo o la donna possano accettare la nostra assistenza medica. In seguito a una diagnosi di sterilità tubarica, la signora Coulybalie si è rivolta al Servizio di procreazione medicalmente assistita quattro anni fa: due tentativi di Fecondazione in Vitro (FIV) sono falliti e la coppia non si era più fatta vedere fino a quel giorno. Attualmente sarebbe possibile fare un nuovo tentativo, ma la signora è angosciata all'idea di avere un bambino che tuttavia desidera molto per sé e per il suo sposo. L'infertilità della coppia è oggetto di interrogativi da parte di entrambi i gruppi famigliari e avere questo bambino farebbe tacere tante malelingue... Vi è una forte pressione in questo senso, ma la signora ha molti dubbi che l'impianto possa avvenire. Da quando ha seriamente ripreso in considerazione la possibilità di una nuova Fecondazione in Vitro ha degli incubi che la preoccupano. Sogna continuamente di partorire due gemelli che vengono sotterrati vivi, senza che lei possa superare le inferriate che la separano da loro. Poi pensa che sua suocera, se lei avesse dei bambini, li ucciderebbe (con attacchi di stregoneria).

Esploriamo quindi le condizioni in cui si è stabilita l'alleanza tra il signore e la signora (questo è un elemento che bisogna sempre esplorare) e veniamo a sapere che la suocera non era d'accordo con questo matrimonio: aveva sperato un'altra moglie per suo figlio.

Sapete probabilmente che in molte società il matrimonio suggella innanzitutto l'alleanza fra due famiglie: non aver l'accordo da parte delle famiglie è trasgressivo e questa trasgressione rischia di comportare un giorno o l'altro un caro prezzo. Sapete anche che il desiderio di un individuo, quando è contrario alle norme sociali o parentali, determina delle tensioni, dei conflitti interni più o meno importanti che possono essere fonte di angoscia e di sensi di colpa...

La signora Coulybalie prosegue il suo racconto. Pensa che in fondo la suocera sia contenta della sua sterilità perché spera che suo figlio divorzi e dunque torni da lei.

Ecco alcuni elementi su come è cominciata questa presa in carico che è iniziata un anno e mezzo fa. In questo primo colloquio la signora evoca due eziologie per la sua sterilità: la stregoneria e un'alleanza trasgressiva, le due eziologie sono legate. È proprio perché permettiamo alla signora di avvicinare la sua storia con le rappresentazioni familiari per lei e poco abituali per noi, che la signora potrà entrare in un lavoro psicoterapeutico più classico, nel corso del quale potrà elaborare il suo conflitto edipico, come diciamo noi: perché in fondo, riassumendo questi diciotto mesi di psicoterapia, questa alleanza proibita dalla suocera non poteva non ricordare la rivalità edipica della signora con sua madre nei confronti del padre... In entrambi i casi si tratta di due donne che sono in rivalità verso lo stesso uomo. L'intensità di tale conflitto passa attraverso la teoria della stregoneria che è sovente evocata in caso di conflitto tra due persone. Ma la psicoterapia ha mostrato che il conflitto suocera/nuora ne nascondeva un altro. L'elaborazione di questo conflitto ha permesso alla signora di affrontare la FIV con serenità, ha partorito una bimba e vorrebbe tentare una seconda FIV. Per questa signora le cose sono andate bene. Ma devo dire che per altre quattro coppie sterili seguite alla consultazione transculturale, le prospettive sono meno ottimistiche... Ed è soprattutto il lutto di un bambino molto poco probabile che stiamo cercando di elaborare con loro.

Penso a una coppia wolof del Senegal che è arrivata all'ottavo tentativo di FIV: i medici accettano un ultimo tentativo, ma sono pessimisti. Allora, con questa coppia menzioniamo quella che in Africa viene chiamata "la circolazione dei bambini". È una pratica frequente e semplice: si tratta di "donare" uno dei propri bambini a qualcuno della famiglia per dimostrare il proprio rispetto o per offrire un palliativo alla sterilità di una coppia. Il bambino saprà chi sono i suoi genitori, ma la coppia che lo accoglie ne ha la totale responsabilità, essi saranno considerati dal gruppo e dal bambino stesso come dei genitori che lui chiamerà "piccolo padre" e "piccola madre". La paziente ci dirà allora che la sua famiglia le ha già proposto di prendersi carico di un bambino. Ma questa possibilità, offerta dalla sua cultura, di accedere alla posizione di madre e di eliminare di colpo gli sguardi spiacevoli a proposito della sua sterilità, sguardi di cui lei soffre molto, viene da lei rifiutata. Dice che non potrebbe funzionare se non con un bambino che sia nato dalla sua carne. Questa posizione è legata alla sua storia personale: lei stessa è stata una bambina affidata e non ha mai avuto legami soddisfacenti con il suo "piccolo padre" e la sua "piccola madre". È rimasta ferma nel lutto della perdita di sua madre, morta quando aveva dodici anni e la sua difficoltà attuale ad accettare di accogliere un bambino è legata a questa problematica del lutto. In ogni caso questo lutto per la perdita della madre, ancora così doloroso, graverebbe sicuramente sulla possibilità di successo delle FIV, tanto che abbiamo consigliato di rimandare il prossimo tentativo.

POMERIGGIO

Oggi pomeriggio vorrei illustrarvi come si svolgono le consultazioni transculturali in un gruppo costituito da diversi terapeuti, da un interprete, dal/la paziente in difficoltà accompagnato/a da chi gli/le sta vicino.

PERCHE' UN GRUPPO?

Vorrei rispondere a questo interrogativo presentandovi il **dispositivo tecnico di una consultazione**.

L'INVIO ALLA CONSULTAZIONE

Invio alla consultazione dell'Ospedale Avicenne

L'invio alla consultazione dell'Ospedale Avicenne in generale avviene come segue: i pazienti ci vengono inviati in seconda battuta da un'istituzione medica, sociale, educativa, scolare e anche giudiziaria. Per quanto riguarda invece quella presso la Maternità, è la psichiatra che, su richiesta dell'équipe di assistenza o in seguito a colloqui con le pazienti effettuati da lei stessa, indirizza le pazienti verso la consultazione.

La presa in carico etnopsicanalitica viene sollecitata quando un'équipe istituzionale ha l'impressione che un approccio culturale sia indispensabile affinché la paziente possa elaborare la sua sofferenza. Oppure se l'équipe si trova in difficoltà: molti genitori chiedono un aiuto, ma non aderiscono alle modalità di cura proposte qui, perché le percepiscono come incompatibili con i loro modi di pensare e di curare la malattia. In questi casi subiscono il trattamento, restano passivi e i curanti esauriscono presto le proprie risorse con queste famiglie.

L'équipe o il curante che richiede una consultazione deve illustrare al/alla paziente il quadro della consultazione: lei sarà ricevuta da **“un gruppo che conosce bene le cose del paese”**. Da qui comincia la **co-costruzione di un quadro meticciano e specifico**.

Il dispositivo tecnico è composto da diversi co-terapeuti, di etnie molto diverse. Alcuni di loro parlano diverse lingue o dialetti e abbiamo sempre a disposizione un interprete che conosce bene il dialetto e la cultura del paziente. In questo senso l'interprete è anche informatore sui dati antropologici precisi e specifici sul gruppo culturale di appartenenza del paziente.

Per esempio, recentemente, nella presa in carico della signora Koné, sarakolé del Mali, l'interprete ci spiega che il djinn (lo spirito) che abita la sorella della signora è uno spirito potente che rende sterili, fa ammalare o uccide. Non si tratta dunque dello stesso spirito che rende difficile la gravidanza della signora. Quello della signora è uno spirito più semplice che si manifesta spesso quando una donna è incinta. La signora allora conferma che sua madre le ha detto effettivamente di non preoccuparsi di questa presenza di cui lei si lamenta: alla nascita del bambino recupererà le sue capacità abituali. Così le ha detto sua madre. Queste informazioni fornite dall'interprete avranno almeno il merito di contenere l'ansia di questa paziente. La prima volta in cui uno spirito l'aveva invasa era stata quando il suo secondo bambino aveva sei mesi. A quell'epoca sua sorella era morta e la signora era spaventata all'idea di poter essere a sua volta vittima dei disturbi psichici di sua sorella, che descrive come pazza. Molto segnata dalla perdita di questa sorella che l'ha cresciuta, dice lei, come una madre, essa si è mostrata incapace di occuparsi del suo bambino di sei mesi. E anche oggi, i sintomi che ritornano la preoccupano sulla sua capacità di accogliere il nuovo bambino.

D'altra parte l'interprete ha una posizione-chiave nel dispositivo: **materializza il passaggio da un codice culturale a un altro** e può rappresentare, per alcuni pazienti, una figura di identificazione preziosa. Tacitamente è proposta qui l'idea che la situazione di migrazione necessita di passaggi possibili da un mondo all'altro: l'interprete materializza questi passaggi. Inoltre viene espressa tacitamente l'idea che, per poter effettuare questi passaggi, **bisogna ricordarsi da dove si viene e chi si è**. È proprio per il fatto di non aver dimenticato nulla delle sue origini che l'interprete può

maneggiare tanto più abilmente le logiche di qui. In questo senso si cerca di ristabilire qualche elemento dell'involucro culturale del paziente.

Il dispositivo stesso comporta dunque delle tacite proposizioni terapeutiche e ha due funzioni essenziali.

- **Materializza l'alterità** sia attraverso l'intermediazione dell'interprete, sia per il fatto stesso che siano presenti dei bianchi, dei neri, dei meticci. L'alterità è quindi palpabile immediatamente da parte del paziente che riconosce subito la diversità etnica degli uni e degli altri. E questo permette al paziente di nominare la sua singolarità, sia sul piano culturale che sul piano personale. Può passare dalla sua lingua materna al francese a suo piacimento e questa possibilità fa parte della seconda funzione del gruppo.
- Che è quella del "**portage**" culturale assicurato dalla presenza dell'interprete e del gruppo multicolore, costituito da universi culturali svariati.

Il gruppo è inoltre una modalità tradizionale di cura in molte società cosiddette tradizionali. Proponendo al paziente e alla sua famiglia un gruppo e non una relazione individuale minacciante, perché inusuale e dunque intrusiva, cerchiamo di restituire al paziente **uno spazio culturale compromesso dalla migrazione**. Se il gruppo è una modalità di cura più specifica delle società tradizionali, questo avviene perché legato alle teorie eziologiche tradizionali. Secondo queste teorie si ritiene che la persona colpita dalla malattia non sia necessariamente quella presa di mira; chi ha causato la malattia colpisce preferibilmente l'elemento più debole (dunque in particolare i bambini, ma anche le donne incinte e quelle che hanno partorito da poco) ed è per questo che tutta la comunità del villaggio è coinvolta dal malessere di uno dei suoi membri. D'altra parte, in una società tradizionale, la nozione di individuo non ha nulla a che vedere con la nostra, l'individuo è indissociabile dal suo gruppo. Quando qualcuno è "colpito", è **collettiva la ricerca per scoprire il senso** di questa malattia.

In una consultazione di etnopsicanalisi, il terapeuta principale fa circolare la parola, la distribuisce, si appoggia sui co-terapeuti, riformula le proposizioni dei terapeuti in formazione, proprio come il guaritore tradizionale si appoggia sui suoi assistenti per far funzionare il dispositivo terapeutico.

Ognuno interverrà secondo delle precise regole di distribuzione della parola, mentre il silenzio da parte dei membri del gruppo sarebbe vissuto male dal paziente.

Ecco che di nuovo **la logica tradizionale** vuole che tutti possano dire come vedono il problema. Il silenzio è minacciante, significa che si nasconde qualcosa; da qui a supporre che vi siano intenzioni malevole non c'è che un passo! Il gruppo è inoltre garante della parola e delle azioni del terapeuta: le parole e le azioni si co-costruiscono, si fa un bricolage man mano che procede la consultazione, grazie alle rappresentazioni degli uni e degli altri messe in comune. Ognuno quindi può intervenire a patto che rispetti le logiche associative per dare una rappresentazione culturale.

Per esempio, una co-terapeuta peul del Senegal dirà per una giovane mamma diola della Costa d'Avorio che al suo paese, quando nasce un bambino, gli si dà un nome di una persona anziana che si vuole onorare. La madre farà un'associazione su quello che si dice nel suo paese a proposito degli antenati che ritornano attraverso il bambino e d'altra parte, aggiungerà, la sua bambina porta il nome di sua madre. Esploreremo allora chi sia sua madre, per riconoscere se la bimba le assomigli.

L'esplorazione dei nomi è sempre un tema che va indagato nell'etnopsicanalisi. E attraverso questa indagine, otterremo delle informazioni sulla relazione della paziente con sua madre. Nel caso di questa paziente, interpreteremo il disordine che l'ha colpita dopo il parto e che ha richiesto un ricovero in psichiatria, come l'espressione della sua rabbia nei confronti del marito che era assente al momento del parto e della sua rabbia verso sua madre, di cui altrettanto avrebbe desiderato la presenza. Effettivamente suo marito confermerà che, quando i disturbi sono cominciati, la signora era molto agitata e continuava a ripetere "Voglio vedere mia madre"; una madre che effettivamente era una donna che sapeva occuparsi delle persone "agitate", ci racconterà la signora quando starà meglio, dopo circa un mese. Una terapeuta concluderà: "La signora ha avuto

uno stress nel corpo al momento della nascita della bambina, come i malati di cui si occupava sua madre avevano dei djinns. Ci abbiamo messo un po' a capire che la signora aveva bisogno di sua madre. E la signora risponde: "Sì, questo lo dirò a mia madre ed è giunto il momento che io vada a presentarle la sua omonima", cioè la bimba.

Devo dirvi che vi ho esposto questo caso in un modo che lo fa sembrare semplice e forse perfino un po' stupido, ma in realtà questa presa in carico è stata la più pesante dell'anno: la giovane mamma era completamente "folle", suo marito e suo zio volevano riportarla d'urgenza al paese, perché venisse curata là. Ma essa non era in condizione di prendere l'aereo e questo perché molto rapidamente, come ho spiegato al marito, "I gesti e i comportamenti di sua moglie ricordavano quelli che fanno le donne al paese che girano nel gruppo, cadono, si fanno toccare e portare nel corso dei riti di possessione", è stato a questo punto che il marito ha potuto investire il quadro terapeutico di qui. Allora mi ha detto: "È quello che mi aspettavo che mi diceste, infatti mia moglie è in collera con me perché al momento del parto non l'ho protetta dai djinns". Anche su questo aspetto le cose sono più complicate di quanto non si possa immaginare: il djinn è un essere sovrumano, ma si dice che possa accoppiarsi con un umano. Il djinn può anche essere un rivale del marito (e lo è sempre quando occupa il corpo della moglie), le sue relazioni con gli uomini diventano difficili e conflittuali.

Riprendiamo il discorso dell'organizzazione della consultazione.

Alla fine della consultazione il terapeuta principale fa delle proposte o delle prescrizioni terapeutiche per il paziente. Queste prescrizioni cercano di articolare le differenti proposizioni avanzate durante la consultazione in un insieme coerente; propone dei legami tra le svariate rappresentazioni evocate, offre un'interpretazione o enuncia dei meccanismi di legame, sia direttamente, sia in un racconto, sia sotto forma di immagini. In queste consultazioni viene quindi sperimentata una vera e propria logica della molteplicità e della circolazione delle rappresentazioni. Il gruppo dei co-terapeuti viene sempre accettato facilmente dai pazienti, perché è più vicino alla modalità di cura della loro cultura. Sovente è tollerato meno bene dalle équipes dei curanti che sono più abituati a dispositivi di cura individuale.

Invio alla consultazione presso la Maternità

Nella consultazione presso il Reparto maternità il gruppo dei co-terapeuti è molto meno importante: siamo due terapeute fisse, la psichiatra del servizio e io, poi due o tre psicologhe tirocinanti che lavorano con noi per nove mesi, la durata cioè di un anno universitario.

Questo gruppo esclusivamente femminile, ha qualche problema ad accogliere degli uomini... come se si fosse costruito su una rappresentazione comunemente riconosciuta che tutto quanto riguarda la perinatalità sia una storia di donne e solo di donne... come se anche questo gruppo di "Co-Madri" tentasse implicitamente di rappresentare quello del paese, che tanto spesso viene a mancare nell'esperienza migratoria di queste donne. Tuttavia bisogna far notare che i nostri interpreti sono di fatto prevalentemente di sesso maschile e che la loro presenza non compromette assolutamente le consultazioni! Questo fatto deve interrogarci di nuovo sulle nostre rappresentazioni e pregiudizi.

Quello che ho imparato in più di dieci anni di lavoro con le donne e gli uomini immigrati è che la questione della fecondità e della "fabbricazione" dei bambini è una "faccenda" che riguarda tanto gli uomini che le donne nelle società cosiddette tradizionali. E, contro ogni mia aspettativa, ho constatato che gli uomini si sentono molto coinvolti.

Vi ho spiegato, parlandovi dei miti intorno al concepimento presso i Bambara, che il padre, attraverso il suo sperma, dà all'embrione la sua forma umana. Si ritrova in altre latitudini e da sempre l'idea che lo sperma dell'uomo nutra il feto e gli permetta di svilupparsi. Ed è per questo che i rapporti sessuali sono vivamente consigliati durante la gravidanza, fino al settimo o ottavo mese, oltre questo termine si pensa che il feto sia completamente formato. Presso i Bambara l'uomo, dopo un rapporto sessuale, sa se ha "fatto il bambino", come dice lui, perché in quel caso ha male a tutte le articolazioni. Ricordatevi quello che vi ho detto in proposito: i Bambara pensano

che lo sperma sia contenuto nelle articolazioni, nelle ossa, nel midollo. I lavori antropologici dimostrano che questa idea si ritrova presso molti popoli, perché tutti hanno osservato l'omologia tra lo sperma e il midollo. D'altra parte in tutto il mondo si ritrova il fatto che durante la gravidanza della moglie gli uomini sono sottoposti a delle interdizioni alimentari e comportamentali, proprio come le loro spose. È come se queste proibizioni avessero il significato di sottolineare lo stato molto particolare in cui si trovano: quello di una paternità in divenire.

Vi porto qualche esempio per mostrarvi a che punto gli uomini partecipino alla "fabbricazione" del bambino in queste società. Ancor di più succede tra i Minyanka del Mali: gli uomini cercano simbolicamente di accaparrarsi il potere di generare delle donne, partecipando a un rito di fecondità, nel corso del quale domandano che i bambini si formino nel ventre delle loro spose. Il loro desiderio di un bambino, come si dice da noi, si esprime collettivamente perché, come sapete, il bambino non è di proprietà della coppia, ma del gruppo: un uomo desidera un bambino non per sé, ma per il suo gruppo. E il bambino è investito dall'uomo e dalla donna da quando è desiderato dal gruppo. Ma, sempre presso i Mynianka, né gli uomini né le donne esprimono il proprio desiderio di un bambino per paura di provocare la morte del feto o del neonato. Il bambino inoltre non dipende dalla sola volontà degli umani, ma dalle potenze sovra-umane, che recuperano le componenti spirituali di un antenato, per metterle nel ventre di una donna.

È per questo che, nella consultazione alla Maternità, oltre all'interprete, che di solito è un uomo, spesso accogliamo anche i padri, gli zii, come è successo per quella giovane donna diola della Costa d'Avorio, che era stata affidata a suo zio materno al suo arrivo in Francia. Questo uomo aveva un posto importante, perché i Diola sono matrilineari e nei sistemi matrilineari lo zio uterino (fratello della madre) fa la funzione del padre.

La presenza degli uomini è per lo più sporadica, vengono per una o due sedute, per esprimere il loro parere sui disturbi del bambino, della madre, riferire le parole che girano al paese, essere testimoni di atti terapeutici tradizionali. Abbiamo visto per esempio il ruolo della presenza del marito nel caso della giovane donna della Costa d'Avorio, di cui vi parlavo poco fa.

Ma a volte i padri sono "colpiti" essi stessi, come si suol dire: proprio come avviene per le donne, la loro forza vitale è bloccata. Spesso questi diversi sintomi che attraversano la famiglia vengono interpretati come originati da una sola causa: la gelosia del gruppo per il loro successo nella migrazione, l'alleanza trasgressiva nei confronti delle regole del paese ecc. (e di conseguenza gli atti di "maraboutage", stregoneria, malocchio, maleficio/sortilegio...)

Questa perdita di slancio vitale in fondo ci dice a che punto sia difficile da vivere la posizione di migrante e come questa difficoltà si esprima attraverso la depressione.

Per illustrare questo punto ecco cosa dirà la donna della Costa d'Avorio, dopo aver ritrovato la parola e la calma: "Adesso che sto meglio ho voglia di ricostruire la mia vita, ma il problema è mio marito, a lui piace non far niente nella vita, sono io che devo fare tutto a casa. Anche lui ha il suo grano di sabbia (modo di dire per riferirsi a un motivo di sofferenza n.d.t.), lui amava moltissimo sua madre che è morta alla Mecca, e spesso lui dice: "Vorrei raggiungerla" e io gli rispondo: "Ma tu hai una moglie, hai una figlia, e sta per nascere un altro bambino!!!" Questo mi fa andare in collera e vorrei che lui lottasse. Ma in fondo penso che per lui e per me sia la stessa cosa: mio zio è arrabbiato perché mi sono sposata senza il suo consenso e perché me la sono cavata in Francia senza il suo aiuto, lo zio ce l'ha su con la mia famiglia".

Le modalità di circolazione delle parole.

Una volta che il paziente e la famiglia si sono sistemati nel gruppo, la parola circola secondo delle regole ben precise. Il terapeuta sollecita l'équipe curante e la famiglia del paziente. Ci si interessa innanzitutto a quello che viene detto **sul paziente da parte di chi gli sta vicino**. Che cosa ha fatto pensare all'équipe che una consultazione di etnopsicanalisi avrebbe potuto essere utile? Che cosa pensano di quanto succede al paziente? A volte vengono avanzate subito delle eziologie tradizionali: "Non sopporto più la gravidanza, il djinn non mi lascia in pace" oppure "Mi hanno fatto una fattura e per questo non riesco ad avere bambini". Il terapeuta principale cerca anche di

sapere che cosa pensino o che cosa avrebbero pensato i parenti stretti rimasti al paese del disturbo della paziente. L'abbiamo visto con quella paziente sarakolé del Mali a cui la madre diceva che i suoi disturbi in gravidanza sarebbero passati. Esplorare tutti questi discorsi di chi circonda il paziente sulle rappresentazioni della malattia permette almeno tre cose: valutare i legami attuali della famiglia con il paese, iscrivere i sintomi culturalmente codificati nel loro quadro d'origine, favorire il "portage" culturale della famiglia.

Contrariamente a come si procede in una terapia analitica classica, in cui ci si *interessa ai discorsi del paziente*, qui ci si *interessa ai discorsi sul paziente*. Solamente in un secondo tempo si solleciterà il paziente a parlare.

Questo modo di procedere nella raccolta dei dati è conforme alla modalità tradizionale e contribuisce a **stabilire la relazione terapeutica**. Prima ancora ci saremo presi cura di presentare alla famiglia tutti i partecipanti alla consultazione, specificando di ognuno il ruolo professionale e l'origine culturale.

Per ritornare ai primi momenti in cui si stabilisce la relazione con la famiglia, spesso il terapeuta principale si sofferma sulla presentazione dell'interprete e questa è l'occasione per avvicinarsi, nella lingua materna, alla **storia della famiglia**, da dove viene, da quale regione, da quale città o villaggio ecc. Il/la paziente utilizza la sua lingua oppure il francese a suo piacimento. Si constata spesso un'evoluzione nel passaggio da una lingua all'altra nel corso della consultazione. Alcuni pazienti utilizzano subito l'interprete per poter parlare nella loro lingua; la lingua costituisce per loro un vero e proprio handicap per esprimere una sofferenza che non aspetta altro che di essere espressa; questi pazienti che padroneggiano male la lingua francese si dimostrano molto rapidamente capaci di utilizzarla meglio dopo che abbiano potuto passare attraverso la propria lingua! Altri vogliono a tutti i costi parlare in francese, anche se padroneggiano male la lingua di qui; questi pazienti mostrano la loro preoccupazione di integrarsi e la frattura nella quale si trovano: cercano di cancellare tutte le tracce del paese, compresa quella della lingua materna! Questi pazienti spesso mostrano un adattamento di superficie; il passaggio attraverso la loro lingua richiede diverse consultazioni e questo sta a significare una maggior flessibilità psichica e la vera e propria entrata in un processo terapeutico. La presentazione dell'interprete è quindi un momento prezioso. Lo verificiamo tutti i giorni: ancora ieri una giovane donna cabila ce l'ha confermato. L'avevamo incontrata tre volte senza l'interprete, lei parlava bene il francese e non vedeva la necessità di un interprete. Ma io mi trovavo in difficoltà nel mettere insieme qualche elemento per la ricostituzione di quel famoso involucro culturale e le sedute non mi soddisfacevano completamente. Questa paziente ha finalmente accettato la presenza dell'interprete e non smetteva di dirgli: "Traducimi tutto quello che lei dice, anche se capisco quello che dice! Mi fa così bene sentire la mia lingua!" E in questo scambio ho veramente sentito la funzione di contenitore della lingua materna... soprattutto quando si aspetta un bambino e si teme di non saperlo accogliere, come era il caso per questa giovane donna. La lingua come una coperta che scalda...

Con la presenza dell'interprete, vengono fatte le presentazioni tra lui e la famiglia in consultazione: ognuno si presenta in base alle proprie appartenenze geografiche, linguistiche, famigliari, ecc. Si avvia un processo narrativo e nelle consultazioni etnopsicanalitiche si cerca sempre di ricostruire **la storia della migrazione, le sue condizioni e i suoi motivi**. Quindi l'individuo è subito preso in considerazione nel suo **"prima" e "dopo" la migrazione** e il vissuto traumatico della rottura migratoria comincia a essere espresso con le parole e riconosciuto dal gruppo. Concretamente come avviene? Un co-terapeuta dirà che si rende conto che il viaggio è stata una vera e propria avventura, che ci è voluto molto coraggio per quel padre per vivere i primi anni lontano dalla moglie e dai figli. Un altro aggiungerà che può ben immaginarsi quanto possa essere fiero questo padre di aver realizzato tale progetto, ma anche come debba essere duro affrontare le difficoltà in cui si trova ora la sua famiglia. Poi un altro proporrà di ritornare sulla fondazione della famiglia, perché bisogna sempre ritornare **all'inizio** quando c'è un problema. Quindi come è avvenuta la formazione della coppia? Si suppone che le famiglie abbiano combinato il matrimonio, che fossero d'accordo... ecc. L'esplorazione delle condizioni dell'alleanza è sempre un punto importante su cui lavorare.

Le inferenze eziologiche e gli atti psichici del terapeuta

Affronteremo ora tutto quanto riguarda la forma che permette di entrare in relazione con un paziente originario di una cultura tradizionale. E la forma fa parte del quadro, che contiene, come abbiamo visto, un certo numero di proposizioni terapeutiche tacite. A questo si aggiunge un lavoro **più diretto** sui contenitori culturali di un altro ordine: le eziologie tradizionali, che ho già menzionato. Questo significa che, per poter accedere alle rappresentazioni culturali del paziente, è necessario che il terapeuta mostri in modo esplicito o in modo implicito che conosce “le cose del paese”, come diciamo di solito. Altrimenti il paziente rischia di non poter lui stesso evocare queste “teorie latenti”, secondo la formulazione di Bion. L’abbiamo visto con quel marito della Costa d’Avorio, che aveva una sua teoria sulla malattia della moglie, ma aspettava che io facessi il primo passo perché lui stesso potesse parlarne.

Vi propongo un altro esempio **tecnico** di queste teorie, che il clinico deve far emergere perché esse sono sempre **presenti** dentro il paziente. Il clinico propone: “Al paese si sarebbe detto che qualcuno vi ha fatto qualcosa...” il clinico con questa ipotesi fa quella che chiamiamo una **inferenza eziologica**, cioè propone una formulazione che riguarda la causalità attraverso una rappresentazione veicolata dal gruppo sociale. Sono quelle che, seguendo Zempleni e Nathan, chiamiamo teorie eziologiche: **Da dove viene la malattia? Chi l’ha provocata? Ma soprattutto che senso ha?** Perché mi sono ammalato? Perché proprio io? Perché in questo momento? Queste teorie eziologiche appartengono al sistema culturale del paziente.

Dunque quando dico al paziente: “Al paese si sarebbe detto che qualcuno vi ha fatto qualcosa...” intendo dire al paziente che conosco questo tipo di rappresentazioni e che, in quanto terapeuta, sono in grado di padroneggiarne gli elementi significativi, cioè le logiche all’interno delle quali si inscrivono queste rappresentazioni, in breve l’insieme del sistema che va dalle teorie eziologiche ai sistemi di cura.

A partire da questo enunciato, da questa matrice culturale, il paziente inizierà un racconto abbastanza tipico. Ne darò un esempio.

Abbiamo seguito una paziente berbera del Marocco, che era stata sterile a lungo (otto anni). Al paese una guaritrice le aveva detto che lei aveva nel ventre un bambino addormentato e che per questa ragione il bambino non arrivava. Effettivamente le aveva proposto un’eziologia molto familiare, quella del bambino addormentato di cui si parla spesso nel Maghreb quando una donna è infertile o quando una donna vedova ha un figlio diversi anni dopo la morte del marito. L’eziologia del bambino addormentato permette di non ripudiare la donna sterile e di non gettare il disonore sulla vedova.

Questa paziente dunque parla di un bambino addormentato che aspetta da molto tempo e il terapeuta le dice: “Al paese si sarebbe pensato che qualcuno vi avesse fatto qualcosa...” E la paziente immediatamente fa la seguente associazione: “Ah! Sì! Si tratta di mia cognata. Peraltro al paese la guaritrice mi aveva detto che una donna mi aveva fatto una fattura!” La paziente procede enumerando una serie di prove che chiamano in causa la cognata gelosa.

Vedete che qui l’inferenza eziologica avanzata dal terapeuta permette l’avvio di un racconto. Emerge un processo narrativo. Un’eziologia tradizionale è un contenitore nel quale si iscriverà il racconto. Queste inferenze eziologiche sono quello che in psicanalisi vengono chiamati degli **induttori culturali**. Gli induttori culturali sono dei **nuclei di senso**, situati “alla frontiera tra il privato e il pubblico, l’intimo e il rituale” (Nathan 1987).

Questi nuclei di senso iscritti nel sintomo in un modo codificato diventano delle proposizioni terapeutiche se vengono ripresi dal terapeuta in una situazione etnopsicanalitica. In questo caso ciò avviene sotto forma di un’inferenza eziologica: “La causa della sterilità proviene da un attacco di stregoneria” enuncia implicitamente il terapeuta. **Il terapeuta non interpreta questa eziologia**, non ne dà alcun giudizio di valore. Si serve dell’eziologia per quello che essa permette di produrre, in questo caso, **il racconto**.

Questa è una delle grandi funzioni dell’eziologia tradizionale: la possibilità di ricostruire con il paziente una storia che possa dare coerenza e senso alla sua storia esistenziale, ai suoi sintomi e alle

sue diverse sofferenze. Non certo la storia vera che ovviamente è un po' utopica e irraggiungibile, ma una storia che dia coerenza all'insieme. La capacità di poter parlare a se stessi, di potersi raccontare la propria vita e le proprie disavventure, è in effetti intimamente legata a quella di poterne parlare e poterla raccontare ad altri.

In questa prospettiva, il dispositivo etnopsicanalitico che mira implicitamente a favorire **l'eteronarratività del gruppo**, permette allora di accrescere in modo strutturante per il paziente la possibilità di **autonarratività**. Questo è possibile grazie ai differenti processi *di empatia metaforizzante* che permettono, secondo i termini di Lebovici, il **co-sentire, il co-pensare, il co-creare**. L'empatia metaforizzante è **un'identificazione con il paziente** che permette questo co-sentire, questo co-pensare, questo co-creare.

Per esempio il terapeuta proporrà: "Founé mi fa pensare a un recipiente fatto con una zucca vuota che aspetta solo di essere riempito". Attraverso un'immagine, una metafora, il terapeuta propone alla paziente la rappresentazione della depressione che gli sembra lei stia vivendo. La paziente procederà con le sue associazioni libere a partire da questa affermazione. Può evidentemente rifiutarla e offrire a sua volta un'immagine che sia più vicina a quello che percepisce del suo stato interiore.

Se ritorniamo alla proposizione della guaritrice, possiamo **evidenziare un'altra funzione delle teorie eziologiche**. Mi spiego meglio. La guaritrice si è ben guardata dall'identificare la donna che avrebbe gettato il sortilegio. Perché? Non perché non sappia chi sia questa donna. Non è questo il problema. Il problema riguarda la tecnica terapeutica. In effetti se la guaritrice non dice nulla sull'identità della strega, è per permettere che avvenga un processo associativo all'interno della paziente. Poiché in fin dei conti è la paziente che detiene la chiave del problema, la risposta è dentro di lei (e in questo la guaritrice assomiglia allo psicanalista: pensano entrambi di non sapere niente in fondo, ma ognuno di loro possiede l'arte di far tornare la persona a se stessa). Dunque la nostra guaritrice si è espressa in una forma che è contemporaneamente vaga e sufficientemente esplicita per rilanciare il processo associativo nella paziente. Attraverso l'intermediazione dell'attacco di stregoneria, la guaritrice ha enunciato **la natura dell'interazione** fra due donne, basata su dei sentimenti di ostilità perché l'una se la prende con la fecondità dell'altra "annodando" il suo utero, nel quale il bambino resta "addormentato". Questa altra funzione dell'eziologia tradizionale consiste quindi nel lavorare **sull'interazione**, sulla natura del legame fra due persone, o sulla natura del legame tra un individuo e il gruppo, dunque sulla loro natura relazionale e non sull'individuo isolato. Ciò che dice il terapeuta tradizionale non si riferisce direttamente al conflitto interno, ma al conflitto interattivo

Vi porterò un altro esempio che riguarda **l'eziologia del "malocchio"**, "ain" (in arabo l'occhio), eziologia che si ritrova in numerose società tradizionali e specialmente nel Maghreb. Vedrete come operi questa eziologia nella gestione dell'interazione primaria e come permetta di sostenere la funzione materna.

Nel Maghreb, come sapete, il gruppo delle donne che stanno vicino alla mamma è importante al momento del parto e in puerperio. La vulnerabilità della mamma e del bambino è sottolineata da numerose forme di protezione (preghiere, fumigazioni, cordicelle snodate, utilizzazione del sale...) Queste forme di protezione costringono le madrine a un'intensa azione di supporto all'interno della quale facilitano l'instaurarsi della relazione primaria, ma possono anche comprometterla. Si sa che specialmente le donne mestruate, le vergini, le sterili o le vedove possano inviare il malocchio. Esse devono annunciarsi quando entrano nella stanza della giovane madre. Dicendo il proprio nome, esse dichiarano la propria identità e neutralizzano di colpo le loro pulsioni di invidia. In effetti tutte quante hanno in comune il fatto di essere senza un oggetto che soddisfi la loro libido (senza uomo, senza bambini, senza relazioni sessuali). Esse cercano di assopire le loro pulsioni libidinali accaparrandosi l'oggetto valorizzato dal gruppo: la madre, il neonato o la relazione di allattamento. In effetti il malocchio ha bisogno di un vettore per agire e passa attraverso il latte, si dice. Questa rappresentazione culturale costringe in qualche modo la madre che allatta a vegliare sul suo bambino quando il legame madre-bambino ha difficoltà a instaurarsi.

Ma agente del malocchio può essere la madre stessa del bambino. Quando è la madre a essere identificata come colei che porta il malocchio, e dunque l'invidia, questa invidia che distrugge, il gruppo cerca di puntare il dito sull'eccessivo investimento della madre, la relazione simbiotica mortifera.

L'eziologia del malocchio viene evocata quando si vuole evocare un disfunzionamento interattivo: il malocchio punta l'attenzione sul fatto che qualche cosa non va bene tra quella madre e il suo bambino o fra la diade e il suo contesto. Ecco perché nei servizi di neonatologia bisogna fare attenzione a non fare troppi elogi al bebè: questi potrebbero essere interpretati come il segno della vostra invidia e le madri, che dubitano esse stesse delle proprie capacità, potrebbero esserne colpite. E se una madre evoca il malocchio, noi sappiamo già che cosa ci sta dicendo, anche se lei stessa non lo sa: ci sta dicendo che qualcosa non va bene con il suo bambino. E noi saremo più attente a sostenerla nella sua interazione con il bambino.

La logica delle tecniche terapeutiche tradizionali e la loro utilizzazione nella consultazione di etnopsicanalisi

Nella consultazione di Bobigny si riprenderanno le logiche delle tecniche terapeutiche tradizionali. Innanzitutto, come abbiamo visto, **in un primo tempo si identifica l'origine del disordine** grazie alle inferenze eziologiche:

- “Al paese si sarebbe detto che vi è stata fatta una fattura” (eziologia della stregoneria)
- oppure “Che qualcuno della comunità ha trasgredito un tabù” (eziologia della trasgressione di tabù)
- oppure che “Siete stata spaventata” (eziologia dello spavento)
- oppure che questo bambino è portatore del messaggio di un antenato (eziologia del bambino-antenato)
- oppure si dice che “Il malocchio abbia prosciugato il latte” (eziologia del malocchio).

Poi vengono fatte delle **proposizioni terapeutiche**. Fanno parte anch'esse di quegli induttori culturali che **danno un contesto al testo che è il sintomo**. Esse includono il sintomo nel sistema culturale che gli ha dato forma.

Queste proposizioni terapeutiche designano degli atti di cura, dei modi di fare, dei rituali tradizionali, delle tecniche terapeutiche non occidentali. Queste proposizioni sono derivate dai sistemi di cura tradizionali conosciuti dal paziente e dal terapeuta. Per esempio:

- “quando qualcuno vi ha fatto una fattura, bisogna costruirsi una corazza protettiva, cioè interrogare se stessi per potersi proteggere o rimandare la fattura a chi l'ha ordita”
- “se è stata fatta un trasgressione, bisogna fare un sacrificio con tutti i membri della comunità per pagare per l'errore”
- “l'antenato non è contento perché è stato mal identificato, bisogna dare un altro nome al bambino o fare un'offerta”
- “i morti tornano in sogno, reclamano qualche cosa, bisogna fare una sadaka, un'offerta di latte”
- “bisogna negoziare con il djinn e la signora deve dormire il venerdì da sola” ecc...

Ecco come si conclude generalmente una seduta etnopsicanalitica: con delle azioni da fare, azioni familiari al paziente che, se a voi sembrano evidentemente strane, a me sono diventate familiari.

D'altronde è proprio perché si ha una certa familiarità con questi universi che è possibile utilizzarli senza paura...

Detto questo, quando si fa questo tipo di proposte, bisogna fare un lavoro sul **contro-transfert culturale del terapeuta**. Questo lavoro si fa dopo la consultazione: i co-terapeuti restano insieme per discutere la consultazione e non più tardi di ieri abbiamo avuto una discussione sulla proposta che io avevo fatto a una coppia: io ero la terapeuta principale e avevo detto: “Bisognerà far scorrere il sangue, fare dunque un sacrificio e il signore e la signora ci penseranno”. Questa frase è stata oggetto di un'analisi del contro-transfert culturale di tutti i terapeuti.

I co-terapeuti francesi, tedeschi e italiani avevano trovato che questa proposta fosse violenta. I co-terapeuti del Maghreb e dell’Africa Nera, come pure l’interprete, non trovavano niente da obbiettare, non erano colpiti e hanno spiegato che “far scorrere il sangue” era la formula usuale per prescrivere un sacrificio, sia che si trattasse di un’offerta di latte, sia di semolino, sia di un montone sia di un pollo. I co-terapeuti europei allora hanno potuto dire che per loro “far scorrere il sangue” era associato alla vendetta e a delle pulsioni assassine. Hanno ammesso che solo attraverso l’analisi del loro contro-transfert culturale essi avevano potuto accettare la formulazione che io avevo fatto. Poiché “far scorrere il sangue” significa nel Maghreb e in Africa Nera “riparare”, ”liberarsi” da un atto o da un pensiero trasgressivo. In fondo è una modalità per gestire quello che noi chiamiamo senso di colpa, che però non si chiama così laggiù e non viene nemmeno vissuto come lo viviamo noi.

L’etnopsicanalisi richiede dunque che si tenti continuamente di **decentrarsi** e di non assimilare l’altro come se si trattasse di identico a sé. Né del tutto uguale, né del tutto differente potrebbe essere la parola finale, quando noi incontriamo l’altro venuto da altrove.