



Crinali Cooperativa Sociale Onlus

Elementi di base della clinica transculturale

di

Maria Luisa Cattaneo
psicologa e psicoterapeuta

L'obiettivo del mio contributo è di introdurre alcuni principi di base della clinica transculturale allo scopo di definirne il campo.

Il nostro interesse per questo approccio è nato dalla nostra esperienza clinica; nei servizi attivati in questi anni di collaborazione con le Aziende sanitarie locali e con alcune Aziende ospedaliere, in particolare l'Ospedale San Carlo e San Paolo di Milano, abbiamo incontrato molte donne e famiglie migranti, e ci siamo accorte che i nostri strumenti abituali, sia in campo sanitario che psicologico e sociale, non erano sufficienti per comprendere, accogliere e curare questi nuovi utenti.

Ci siamo quindi interrogate sul come poter stabilire con i migranti quella relazione di fiducia e comprensione indispensabile per l'efficacia dell'assistenza e della cura.

Si tratta in primo luogo di intendersi sul termine "migrante".

Quando parliamo di migranti utilizziamo una parola molto generica che comprende tutte le persone che fanno l'esperienza di migrare dal proprio paese di origine per inserirsi in un'altra società; queste esperienze sono profondamente differenti, non solo rispetto ai luoghi di provenienze, ma anche rispetto alle motivazioni che spingono la persona a migrare. Per esempio, chi è costretto a scappare dal proprio paese di origine a causa di una particolare situazione politica e a vivere in esilio, ha vissuti e aspettative molto diverse da chi sceglie di emigrare a seguito di una rottura familiare e affettiva, come è il caso di molte donne che desiderano uscire da una situazione di sofferenza e "ricominciare da capo".

Ci sono persone che emigrano perché hanno difficoltà economiche molto pressanti o una crisi economica importante si è scatenata nel loro paese di provenienza, o ancora, c'è chi viene per la curiosità di vedere paesi nuovi, pensando di rimanere qualche mese e poi si ferma per anni; queste persone hanno vissuti, esperienze e aspettative diverse.

È importante inoltre tener presente che i migranti come i "nativi" sono individui; ogni individuo, in tutte le culture, elabora soggettivamente l'eredità culturale che gli viene trasmessa in modo originale e specifico. Ogni donna e uomo che incontriamo nella nostra pratica clinica, a qualsiasi cultura appartenga, è diversa/o da ogni altra persona anche della stessa provenienza culturale che possiamo aver incontrato o incontreremo. Questa affermazione, apparentemente banale, è fondamentale per tutti gli operatori nel rapporto con persone che vengono da altrove.

Davanti all'angoscia che si prova di fronte all'alterità, uno dei meccanismi di difesa possibili è infatti quello di ridurre l'altro/a a uno stereotipo, generalizzando le informazioni che si posseggono sulla cultura di provenienza di chi sta di fronte; in questo modo l'operatore evita di confrontarsi con il dato reale di avere a che fare con una persona con una propria individualità complessa, una persona che, oltre ad aver elaborato una sua storia, ha anche elaborato a suo modo la propria cultura di appartenenza.

Alcuni principi di base della clinica transculturale

Più di vent'anni fa, soprattutto in campo psichiatrico, nelle periferie parigine molti operatori constatarono che gli strumenti abituali del loro agire professionale erano inadeguati per cogliere la complessità della sofferenza dei migranti e per rispondere alle loro richieste di aiuto.



Gli psichiatri cominciarono a incontrare pazienti immigrati soprattutto dalle ex colonie, residenti in Francia anche da molti anni, che sembravano essere ben inseriti nella società francese: avevano un lavoro, una famiglia, dei figli ma, improvvisamente, in seguito a un piccolo infortunio o a un incidente automobilistico, mostravano sintomi depressivi, o psicosomatici o di tipo ansioso o deliranti, resistenti a ogni cura, e che risultavano inspiegabili rispetto alla loro storia precedente. A partire da questi fenomeni sempre più frequenti, Serge Lebovici, costituì presso il CHU Avicenne a Bobigny, da lui diretto, un gruppo di psichiatri, psicologi, antropologi, del quale faceva parte anche Tobie Nathan, per cercare di comprendere meglio ciò che accadeva a questi pazienti al fine di individuare modalità di cura efficaci.

Dal suo nascere, quindi, l'etnopsicoanalisi (in questo testo i termini etnopsicoanalisi, etnopsichiatria, clinica transculturale saranno usati come sinonimi pur nella consapevolezza delle loro diverse sfumature di significato) è molto legata alla clinica e alle problematiche di ordine tecnico proprie del lavoro clinico.

George Devereux è considerato unanimemente il fondatore dell'etnopsichiatria; psicanalista e antropologo di origine ungherese, ha studiato e lavorato in Francia e negli Stati Uniti, ha viaggiato in molte parti del mondo, in particolare ha condotto studi antropologici in Nuova Guinea, in Indocina oltre che fra le popolazioni indigene americane, Devereux ha gettato le basi della teoria e del metodo dell'etnopsicoanalisi. Il suo allievo Tobie Nathan ha successivamente messo a punto il dispositivo tecnico caratteristico di questo approccio, Marie Rose Moro lo ha sviluppato e modificato per applicarlo alle problematiche delle seconde e terze generazioni.

Alcuni principi di base della clinica transculturale sono i seguenti:

Universalismo psichico

Nella clinica transculturale un concetto fondamentale è quello dell'universalismo psichico: ***tutti gli esseri umani sono uguali e hanno pari dignità.***

Può sembrare banale, ma talvolta si rischia di non considerare che gli esseri umani, per quanto caratterizzati da culture diverse, appartengono tutti alla stessa specie e quindi sono uguali, con lo stesso patrimonio genetico, gli stessi bisogni, le stesse esigenze relazionali e sociali.

Caratteristica universale dell'essere umano è quella di appartenere a una cultura; come afferma T. Nathan *“Non esiste l'uomo ‘nudo’: non è dato in natura un uomo che non sia stato pensato, concepito, nato e vissuto all'interno di un sistema culturale”*.

Differenze culturali

Tutti gli esseri umani nascono dunque all'interno di un gruppo culturale, cioè di una famiglia che si fa tramite della trasmissione culturale del gruppo di appartenenza, e ogni individuo attualizza all'interno di una cultura specifica le potenzialità che ha a disposizione.

La lingua ne è un esempio molto chiaro: tutti gli individui nascono con la potenzialità di apprendimento del linguaggio articolato e questa potenzialità viene attuata, viene resa viva, attraverso l'apprendimento di una lingua. Inoltre l'apprendimento della lingua struttura diversamente il nostro apparato psichico, percettivo e relazionale, struttura il nostro rapporto con il mondo. Uno degli esempi tipici che vengono riportati nei testi specializzati sull'argomento concerne la lingua eschimese. Tale lingua ha moltissimi vocaboli per descrivere lo stato della neve; quest'abbondanza di termini corrisponde a una capacità percettiva nel distinguere i vari stati della neve molto diversa dalla nostra. Nella nostra lingua infatti troviamo un numero di vocaboli molto inferiore per designare lo stesso fenomeno. Questo vale per ogni aspetto della nostra esperienza.

In questo senso, la “cultura” viene definita da Nathan come un *contenitore*, come la “pelle” dello psichismo umano. Come non può esistere contenuto senza contenitore, così non può esistere un funzionamento mentale al di fuori di una cultura. In questo senso la cultura struttura il funzionamento psichico, la nostra percezione del mondo, la nostra capacità di adattarci; non è soltanto un insieme di valori, ma è ciò che informa la nostra capacità di pensare, percepire il mondo, sentire emozionalmente, in modo diverso rispetto a persone che appartengono a culture diverse.

Tutte le culture, infatti, sono diverse, pur avendo come caratteristica comune quella di rispondere alla domanda tipicamente umana di dare senso e significato all'esperienza, sia individuale che collettiva, di essere "macchine per produrre legami" come afferma Nathan. Gli esseri umani hanno dunque diverse modalità per rispondere ai propri bisogni.

Per esempio in tutte le culture conosciute esistono sistemi di parentela, diversamente strutturati nelle differenti culture, che hanno rappresentazioni proprie anche dei ruoli della donna, dell'uomo e del bambino. Il problema che rende così difficile entrare in contatto con le altre culture è che ci troviamo di fronte a esseri umani che non sono uguali a noi. Per esempio la donna cinese che aspetta un bambino partorirà in modo simile alla donna italiana, ma contemporaneamente attribuirà significati diversi a questa esperienza a partire dalla sua cultura. Infatti, non a caso, in ogni cultura vi sono dei modi di accompagnamento, di sostegno, di assistenza alla donna in gravidanza molto diversi tra loro. Un altro esempio è il significato che il taglio cesareo ha per una signora marocchina rispetto a quello che ha per una signora cinese, ma anche il significato che due signore marocchine danno allo stesso vento può essere diverso.

Esiste quindi una gamma di rappresentazioni culturali, per esempio rispetto al taglio cesareo, nella cultura marocchina, che per altro si modificano con la migrazione.

Da una parte gli operatori/operatrici devono evitare di pensare che, al di là della cultura di appartenenza, le donne siano tutte uguali e abbiano tutte lo stesso vissuto, dall'altra devono evitare di pensare che le donne immigrate siano completamente diverse, e quindi incomprensibili, poiché vengono da mondi diversi. Esistono cioè due rischi: il primo è di omologare a noi quello che non è omologabile, il secondo è porre così distante da noi chi abbiamo di fronte da non aver più nessuna possibilità di contatto.

Credo che questi siano i due estremi fra i quali continuamente gli operatori dei servizi oscillano; due modalità che rischiano di essere molto difensive rispetto all'angoscia che ognuno di noi vive davanti alla necessità di conciliare aspetti che all'apparenza sembrano inconciliabili: gli umani sono tutti uguali, ma sono tutti diversi. Se questa affermazione vale anche in una relazione intraculturale, l'incontro con una persona di un'altra cultura è ancora più complesso perché gli elementi culturali, che segnano l'individualità e fanno sì che le persone siano portatrici di rappresentazioni di sé, del mondo, tipiche della loro cultura, ci sfuggono e questo ci mette in difficoltà.

Ancora rispetto al principio della codifica culturale è necessario distinguere tra:

- *cultura esterna*, che è la cultura del gruppo di appartenenza
- *cultura vissuta*, cioè l'elaborazione individuale della cultura.

La cultura esterna è quella che l'individuo riceve dal suo gruppo di appartenenza, attraverso complessi processi di trasmissione, attivi fin dalla nascita. Ciascuno elabora individualmente gli input culturali che riceve, quindi elabora una sua personale versione della cultura. La cultura è dunque un processo dinamico, non qualcosa di immutabile; le società e gli individui cambiano in continuazione. Non esistono "le donne marocchine", questa espressione è un'astrazione, perché ogni donna ha elaborato un suo modo di essere marocchina. Ogni donna migrante, inoltre, "meticcias" in modo diverso la cultura di origine con l'esperienza che fa nel paese di accoglienza. Gli stessi paesi d'origine, che noi spesso pensiamo come società immobili, sono invece società in fortissima evoluzione, soprattutto a causa dei processi di globalizzazione in atto e, quindi, sono molto influenzate dalla cultura occidentale. Il compito di ogni operatrice/operatore è capire come il proprio intervento si possa inserire in quella situazione specifica, per quella persona specifica nel momento che sta vivendo.

Marie Rose Moro (1994) definisce la cultura come "un sistema costituito da una lingua, da un sistema di parentela, da un corpus di tecniche e di modi di fare (le cure igieniche, la cucina, le arti, le forme di cura, le tecniche di maternage.) Tutti questi elementi sparsi sono strutturati in maniera coerente attraverso modi di pensare: le rappresentazioni".

Secondo la Moro la codifica culturale avviene a tre livelli: il livello dell'essere, il livello del senso e quello del fare.

Il livello dell'essere si riferisce al fatto che in ogni sistema culturale l'individuo trova le risposte alle domande che riguardano il piano ontologico: "Chi è un uomo? Chi è una donna? Chi è un

bambino? Chi è una persona?” Ogni cultura ha delle risposte a queste domande. Per esempio, sul piano ontologico in molte culture africane i bambini sono antenati che ritornano e che, quindi, hanno una vita nel mondo degli antenati prima di diventare feto e poi neonato. In questa logica, nella comprensione ontologica di quel bambino, è fondamentale tutto il processo di *nominazione*. È importante sapere qual è l’antenato che ritorna attraverso il bambino ed è importante dargli il nome giusto. Per dare il nome giusto al bambino si può chiedere consiglio e si devono seguire procedure che possono richiedere anche mesi perché bisogna rispondere alla domanda: “Chi è questo bambino?”

Il secondo livello, quello del senso, rimanda a interrogativi del tipo: “Perché mi sono ammalato? Perché proprio adesso? Perché i miei bambini si ammalano?” Queste sono domande che si fanno tutti gli esseri umani in tutte le culture, ma ogni cultura darà risposte diverse.

Il terzo livello a cui le culture rispondono è il piano del fare. Infatti, perché un bambino abbia il nome giusto, è necessario individuare qual sia il procedimento adatto, quali i riti che devono essere realizzati per proteggerlo, in modo che proceda nel mondo dei vivi invece che tornare al mondo degli antenati. Lo stesso vale per le malattie: ogni malattia ha una sua spiegazione, in base alla quale sono indicati i modi per curarla.

Tutti i sistemi culturali, dice Marie Rose Moro, hanno la capacità di sorreggere il gruppo e i singoli esseri umani rispetto alle domande esistenziali: *che senso ha quello che mi sta accadendo e che cosa devo fare?*

Le risposte prima di essere individuali sono collettive e nascono dalla cultura di appartenenza. In questo senso, la cultura interna, quella interiorizzata e vissuta, mantiene una sua capacità di evoluzione dinamica nella misura in cui trova sostegno nella cultura esterna che è omologa, che la rispecchia. In altre parole l’individuo può produrre le proprie risposte nella misura in cui si trova in un ambiente nel quale quelle risposte possono avere un significato: ciò che penso io è simile a quello che pensa il gruppo a cui appartengo.

Per tornare all’esempio di prima, una donna africana che pensa che suo figlio sia un antenato che ritorna, condivide questa rappresentazione con la sua famiglia e con il suo gruppo di appartenenza. Quando compie dei riti per trovargli il nome giusto, nessuno la guarda come se fosse pazza, ma tutti pensano che stia facendo atti pieni di senso, che tutti farebbero al posto suo. Questa è una forma di rispecchiamento fondamentale affinché l’individuo mantenga integro il senso di sé e l’aspetto dinamico dei propri processi interiori, che permettono l’elaborazione delle esperienze di vita.

Trauma migratorio

La migrazione è intesa non solo come avvenimento sociologico ma anche come avvenimento psicologico di grande importanza, potenzialmente traumatico.

La migrazione comporta un’interruzione del rapporto di continuo scambio e rafforzamento reciproco tra cultura esterna e cultura interna, impedendo quella forma di rispecchiamento che permette di mantenere viva la capacità del sistema culturale interno di orientarsi nel mondo e di dare senso all’esperienza. Per questo la clinica transculturale parla di trauma migratorio. Migrare significa andare in un paese nel quale, per gli altri, la maggior parte di quello che la persona pensa non ha senso. Se, per esempio, una signora africana dopo tre giorni dice: “Non so che nome mettere al mio bambino”, in un reparto ospedaliero italiano ciò viene letto in modo allarmistico e può venire ipotizzato un disturbo della relazione madre-bambino. Questa è un’esperienza traumatica, di rottura, di *fragilizzazione* per tutti i migranti.

Credo che chi di noi ha vissuto esperienze di migrazione interna, magari da una zona rurale a una metropoli, abbia vissuto, seppure in grado minore, un’esperienza di questo tipo. Questo non vuol dire che tutti i migranti svilupperanno delle patologie da trauma, ma sicuramente tutti vivono un’esperienza di rottura a cui reagiranno in modo diverso. La diversità di reazione dipende da molti fattori fra i quali la personalità dell’individuo prima della migrazione, la condizione con cui viene accolto, le cause e le condizioni che stanno all’origine della decisione di migrare. Se una persona trova un ambiente che la accetta e la sostiene, soprattutto nella prima fase della migrazione, potrà

elaborare in maniera più favorevole e costruttiva il trauma trasformandolo in un'esperienza di arricchimento personale. Più sono penalizzanti e traumatiche le situazioni di accoglienza, maggiore è la probabilità che determinino malessere o condizioni di patologia.

Questo è un concetto fondamentale nella clinica transculturale proprio perché, nell'esperienza clinica francese, si è visto che a volte a partire da un piccolo trauma, per esempio la rottura di una gamba, alcune persone precipitano in una situazione depressiva molto profonda. L'ipotesi interpretativa è stata quella di leggere l'evento come un piccolo trauma che risveglia vissuti precedentemente rimossi, legati a un trauma maggiore, cioè il trauma migratorio. La persona può aver messo in atto un processo di assimilazione alla cultura di accoglienza, che sembra veloce ed efficiente, ma che in realtà si basa sulla svalutazione della propria cultura d'appartenenza. Quando questa scissione tra i due mondi non regge più, anche un piccolo trauma può far tornare il paziente ai vissuti rimossi legati all'esperienza migratoria.

Uno degli obiettivi della pratica clinica è proprio quello di ritessere i legami tra le rappresentazioni interne legate alla cultura d'origine, e quelle della cultura della società d'accoglienza, per evitare che dall'esperienza traumatica della frattura fra i due mondi, nasca una situazione psicologica di sofferenza per l'individuo. Questo obiettivo ha anche un risvolto in termini di prevenzione del malessere nelle nuove generazioni, infatti spesso succede che se i genitori non hanno elaborato il trauma migratorio, questo può determinare nei figli una costruzione insicura della propria identità. Nella scissione tra il mondo di qui e il mondo del paese di origine è facile che avvenga un disturbo nella trasmissione da una generazione all'altra.

A volte i genitori non parlano dei motivi che li hanno spinti a emigrare, di che cosa abbia significato partire, che legami hanno lasciato, né come sia stata la loro esperienza nel loro paese. I genitori in qualche modo non permettono ai loro figli di avere accesso a quelle che sono le loro origini, le loro radici. Contemporaneamente il bambino della famiglia immigrata in Italia, rimarrà sempre un bambino che vive in Italia ma di origine diversa, per esempio marocchina, e quindi se non sarà possibile per lui tessere dei fili che lo ricolleghino alla sua storia, rimarrà un bambino che non è né italiano né marocchino. Questo bambino ha una storia che non comincia né dalla sua nascita né dal momento della migrazione dei suoi genitori; comincia molto più lontano, perché ha una famiglia, ha dei nonni, ha una cultura di appartenenza e delle tradizioni che possono essergli trasmesse dalla sua famiglia. In caso contrario rimarrà come sospeso nel vuoto, perché non ha accesso alle sue radici. Questo rischio comporta una grande attività di prevenzione che tutti noi, negli ambiti in cui lavoriamo, possiamo costruire attraverso il rispecchiamento di chi accoglie nei confronti di chi è arrivato. In questo modo possiamo aiutare le persone a mantenere i fili delle loro storie, a trovare la strada individuale che permetta loro di mantenere il senso positivo delle proprie origini e della propria cultura che è fonte di sapere, di competenze e di significati ancora validi e utili. Nessun migrante può pensare di poter vivere in Italia come se visse nel suo paese di origine. Chi emigra si pone in una condizione in cui un processo di adattamento e di acquisizione di alcuni elementi della cultura di accoglienza è inevitabile. Ma tra questo e dimenticare la cultura di origine c'è una grande differenza.

Una delle altre modalità di reazione alla migrazione, potenzialmente fonte di patologia, è il processo di irrigidimento nella propria cultura di origine. Ci sono persone che non vogliono imparare l'italiano, mantengono rigidamente le loro tradizioni o le seguono ancor di più. Per esempio ci sono donne egiziane che vengono da grandi città e che durante i colloqui ci dicono: "Se noi fossimo state nel nostro paese non avremmo messo il foulard, ma qui lo mettiamo perché è fonte di riconoscimento della nostra cultura condivisa da altre donne". Oppure ci sono uomini che chiudono in casa le loro donne, ma nel loro paese di origine non l'avrebbero fatto: la moglie sarebbe andata avanti e indietro dalle case di cognate, fratelli, genitori ecc. e avrebbe anche potuto lavorare perché il contesto sociale, condividendo alcune definizioni sul ruolo femminile, sarebbe stato un sufficiente controllo. Questo invece è un paese dove "tutte le donne portano le gonne corte e ci sono per le strade cartelli con donne nude e quindi non posso mandare in giro mia moglie, chissà cosa potrebbe succedere". Queste considerazioni sono anche banali, ma nel mio lavoro quotidiano le sento raccontare spesso e rappresentano l'altro aspetto, l'altra modalità di reazione al

trauma, ossia l'irrigidimento delle proprie tradizioni che perdono la flessibilità, la dinamicità e la capacità evolutiva che è invece tipica della cultura quando si continua a vivere nel proprio paese di origine.

Mantenere i rapporti tra "il qui" e "il là", mantenere continuamente in tensione i due poli, senza eliminarne uno, è l'obiettivo fondamentale di ogni intervento preventivo con le famiglie migranti. Questo orientamento della clinica transculturale è il processo che Marie Rose Moro chiama "*métissage*", che in italiano abbiamo tradotto come "meticciamento".

Proviamo a domandarci che cosa possiamo fare noi nel nostro ruolo, tenendo conto dei confini professionali di ognuno e delle condizioni in cui lavoriamo, per favorire questo processo, invece di ostacolarlo.

Secondo Marie Rose Moro dobbiamo aiutare le donne migranti a diventare esperte del passaggio fra due mondi e quindi a trovarsi bene sia qua che là. Un bambino si ammala quando rimane nella terra di nessuno o non impara l'italiano piuttosto che la matematica o si deprime ed è a disagio, perché tutti abbiamo bisogno di "sentirci appartenenti". Non è possibile né eliminare né mettere in contrapposizione i due poli: questi due mondi non devono farsi la guerra all'interno dalla psiche individuale, perché la persona starebbe male.

È molto importante conoscere il progetto migratorio delle donne per poterle sostenere e aiutare.

Per esempio uno degli stereotipi più diffusi è che le donne di lingua araba migrano per seguire il marito. In questi anni di lavoro, abbiamo scoperto che per alcune è così, per altre invece no. Per esempio, in Egitto quando una donna si deve sposare, di solito i genitori si riuniscono per combinare il matrimonio, ma le donne possono scegliere, possono dire no alla decisione dei genitori. Uno degli elementi che spesso fa accettare alle donne il matrimonio combinato è il fatto che il futuro marito sia emigrato. Per alcune di loro la migrazione rappresenta la strategia che può favorire l'emancipazione. Nella famiglia tradizionale egiziana esiste una gerarchia molto precisa che regola i rapporti fra i sessi e le generazioni. Quando un figlio si sposa, la nuora passa "sotto il controllo" non del marito, ma della suocera. Per alcune donne questa è una delle relazioni familiari più problematiche: molte di loro ci raccontano che non possono permettersi, pena rotture dolorose sia in termini relazionali che psicologici, di mettere in discussione l'autorità della suocera. Allora, scegliere un uomo già emigrato significa uscire da una situazione familiare pesante, senza romperne gli equilibri. Quindi, rispetto al progetto migratorio è necessario chiedere alla donna di raccontarlo, perché ciascuna di loro avrà un progetto diverso.

La migrazione apre, poi, un nuovo capitolo, molte cose sono diverse da come se le erano immaginate, per esempio molte volte fanno fatica a vivere una relazione di coppia faccia a faccia, a cui non sono abituate.

La posizione dei curanti

Dobbiamo considerare che ogni processo di cura non è neutro, ma culturalmente segnato. Nel rapporto con un paziente italiano alcuni aspetti impliciti della cultura del curante rimangono sullo sfondo perché sono condivisi con chi chiede la cura; quando parliamo con una persona che viene da un altro paese gli edifici culturali non sono condivisi e spesso fanno paura. Per esempio, invitare il papà a entrare in sala parto è un atto abbastanza nuovo anche nella nostra cultura. A maggior ragione, gli uomini che provengono da paesi, dove la gravidanza e il parto sono "affari da donne", rimangono traumatizzati da questa richiesta e negli ospedali il loro rifiuto viene connotato in modo negativo, come disinteresse dell'uomo nei confronti della moglie e del figlio.

Un altro esempio riguarda l'ecografia. In molte cultura la gravidanza è un periodo molto delicato in cui il feto deve essere protetto soprattutto da influenze maligne esterne. Quindi la protezione va nel senso di nascondere. Con l'ecografia proponiamo un atto che va nella direzione del guardare dentro, quindi nella direzione opposta a quella del nascondere. Questo non vuol dire che, per esempio, alle donne maghrebine non dobbiamo proporre l'ecografia, ma dobbiamo essere consapevoli che si tratta di un fatto culturalmente molto significativo e dobbiamo trovare una modalità adeguata per presentarlo.

Un esempio che riporta Marie Rose Moro è quello di una signora che aveva trovato un compromesso nei confronti dell'ecografia: il medico guardava il feto nel monitor, ma lei volgeva lo sguardo da un'altra parte. Il ginecologo che stava eseguendo l'esame ecografico non riusciva a capire come mai la signora non guardasse il cuoricino del suo bambino e leggeva questo comportamento in termini di disturbo nella relazione della mamma verso il suo bambino. Questi sono le rappresentazioni culturali presenti nelle nostre offerte di cura, ed è importante che impariamo a esplicitarle a noi stessi.

Nella clinica transculturale si auspica una posizione di decentramento culturale: il clinico deve saper cogliere che l'altro è portatore di elementi culturali che hanno una loro logica e possono essere capiti. Inoltre deve saper riconoscere il proprio controtransfert culturale, cioè le proprie controattitudini culturali. Infatti il clinico, sia esso psicologo o medico o altro, deve abituarsi a leggere e a essere consapevole delle proprie reazioni davanti all'alterità culturale. Spesso queste reazioni sono caratterizzate da aspetti difensivi che sono del tutto normali, ma che possono essere analizzati e utilizzati come materiale di lavoro.

Quando una teoria eziologica dice che la malattia mentale è legata al malocchio, noi la chiamiamo superstizione. Questa è una rappresentazione dell'altro fortemente connotata dall'appartenenza culturale. Noi siamo cresciuti in una cultura fortemente scienziata e razionalista, atteggiamento che ci porta a dire che la superstizione fa parte di una cultura arretrata che non ha ancora conosciuto lo sviluppo e l'approccio scientifico che noi condividiamo. Questa è il significato implicito, è la rappresentazione veicolata dalla parola "superstizione". Diverso è riconoscere che questa è una rappresentazione della nostra cultura e che nessuno ci chiede di rinunciare alle nostre rappresentazioni; come pure nessuno ci chiede di concordare con il fatto che il malessere di una persona derivi dall'attacco di un *djinn*. Tuttavia quando entriamo in relazione con qualcuno che porta questa eziologia, è necessario che impariamo a considerarla come una rappresentazione "altra", che non viene né prima né dopo un ipotetico sviluppo del pensiero, in cui io sono più avanti e l'altro è più indietro. Questo è ciò che ci propone la clinica transculturale: non parlare di superstizione, arretratezza e sottosviluppo, ma di rappresentazioni, ossia di immagini fortemente connotate culturalmente e quindi condivise dal gruppo di appartenenza. Una rappresentazione che ha pari dignità rispetto alla mia.

Il metodo complementarista

La clinica transculturale ci offre un metodo per rispettare nella relazione terapeutica la cultura di entrambi i soggetti, il curante e il curato, soprattutto quando i due provengono da culture diverse.

Si tratta del metodo complementarista messo a punto da Devereux; egli afferma che per comprendere il discorso del paziente non è sufficiente un solo registro, ma ne servono per lo meno due: nel suo caso (era uno psicoanalista) il registro psicologico e quello antropologico; i due registri vanno usati obbligatoriamente ma non simultaneamente.

Il registro antropologico è indispensabile per comprendere gli aspetti culturali del discorso del paziente, e quello psicologico per comprenderne la sofferenza individuale del momento. Quando un registro non è più economico per spiegare il racconto del paziente è necessario passare all'altro, sarebbe errato ridurre l'uno all'altro, spiegare cioè in termini psicologici un aspetto culturale (per esempio connotare come delirio una eziologia tradizionale tipo quella evocata sopra del malocchio) piuttosto che ridurre la sofferenza psichica individuale a fattore culturale.

Secondo Devereux non è necessario, affinché il rapporto sia possibile e proficuo, che il medico e/o lo psicologo conosca la cultura di appartenenza del suo paziente; è sufficiente che egli conosca l'importanza del fattore culturale nel discorso del suo paziente e che lo sappia usare come leva terapeutica.

Devereux distingue, da questo punto di vista, tre possibilità di relazione tra medico e paziente:

intraculturale: medico e paziente appartengono alla medesima cultura e il medico sa che la dimensione culturale è importante e la utilizza nella relazione terapeutica;

interculturale: medico e paziente provengono da due culture diverse, e il medico conosce la cultura del paziente e la sa utilizzare nella cura

metaculturale: medico e paziente provengono da due culture diverse, il medico non conosce la cultura del paziente, ma conosce l'importanza del fattore culturale nella costruzione dell'esperienza e sa come tenerne conto nella relazione terapeutica.

Il metodo complementarista può essere utilizzato non solo in campo psichiatrico e psicologico, ma anche in campo medico, nel lavoro dell'assistente sociale e in tutti gli altri settori di intervento.

In campo medico, nel caso di una malattia, per esempio la polmonite, la medicina occidentale permette di comprendere il sintomo, di individuarne la causa e di curarlo efficacemente.

La nostra medicina non risponde però alla domanda di senso che il malato si fa: "Che senso ha che mi ammalii proprio io, proprio adesso?" È nel proprio registro culturale che il paziente troverà risposte a questi quesiti. L'utilizzo del registro antropologico servirà dunque al medico per comprendere il senso che il paziente attribuisce alla sua malattia, se egli sarà in grado di fare questo, potrà costruire una più solida alleanza terapeutica che renderà più facile curare il disturbo. Quando un medico non è in grado di tener conto di questi due livelli, spesso accade che i pazienti accettino di prendere le medicine e di seguire le prescrizioni mediche, ma a casa, poi, non lo facciano.

Vorrei portare un esempio preso dalla mia pratica clinica all'Ospedale San Paolo.

Un giorno, in un colloquio di accoglienza, ho incontrato una signora (veniva dall'Ecuador) che stava male (non aveva lavoro, non riusciva a mandare a casa i soldi per i figli, viveva in una casa in cui non si trovava a suo agio ecc.) e voleva parlare con me della sua sofferenza; si descriveva e appariva triste e depressa, non riusciva a dormire da molto tempo, non aveva energie per fare nulla, stava a letto per molte ore della giornata e si lamentava che in questo stato non riusciva ad attivarsi per cercare un nuovo lavoro. Mi sembrava in uno stato di grave depressione, e le ho chiesto se fosse disposta a parlare con il mio collega psichiatra, che poteva darle qualche medicina per aiutarla a ritrovare un po' di energie, per affrontare meglio la situazione. Mi ha risposto di no, che sarebbe stato molto pericoloso e davanti al mio interessamento mi ha raccontato che continuava a pensare che quello che le stava succedendo fosse fortemente influenzato da "qualcosa", una fattura, che la cognata stava facendo al paese di origine contro di lei. Quindi aveva attivato sua madre, al proprio paese, perché cercasse di comprendere che cosa stesse accadendo e si facesse dire da un guaritore come neutralizzare gli effetti negativi delle azioni della cognata. Non aveva bisogno dello psichiatra, ma piuttosto della ginecologa: non aveva le mestruazioni da qualche mese e credeva di avere un tumore all'utero a causa della fattura fattale. Doveva appurare urgentemente, attraverso la visita ginecologica, se avesse davvero un tumore. Se l'esito fosse stato positivo significava che la fattura fattale era molto potente e se avesse preso le medicine eventualmente prescritte dallo psichiatra sarebbe morta. Solo tenendo conto di queste rappresentazioni culturali della sua situazione, insieme con la ginecologa, ho potuto aiutare questa persona e stabilire con lei un'alleanza terapeutica.

Il dispositivo terapeutico del gruppo multiculturale

Passiamo ora a descrivere in che modo viene organizzato nella clinica transculturale il setting, che in questo caso è un setting psicoterapeutico.

Il dispositivo che descriverò è quello della consultazione transculturale attiva nel Servizio di psicoterapia per il bambino e l'adolescente dell'Ospedale Avicenne, a Bobigny, alla periferia di Parigi, diretto da M. Rose Moro. La consultazione avviene in una grande stanza capace di contenere una ventina di persone. I terapeuti che costituiscono il gruppo (dai dieci ai venti), seduti in cerchio, hanno le seguenti caratteristiche: sono tutti formati alla clinica nelle università francesi, sono di diversa origine culturale, ossia vi sono terapeuti che provengono dall'Africa e dall'Asia e che sono iniziati al discorso antropologico. Uno dei terapeuti ha la funzione di terapeuta principale ed è colui che dirige la seduta e gestisce l'andamento della comunicazione del gruppo, mentre gli altri terapeuti producono svariate ipotesi interpretative del malessere della famiglia. Inoltre, c'è l'interprete che ha il compito di tradurre il più fedelmente possibile. La famiglia è normalmente accompagnata da alcune persone dell'équipe curante (l'assistente sociale, il medico, il pediatra, l'educatrice) che seguono il ragazzo o la famiglia negli ambiti territoriali di residenza. Infine fanno parte nell'équipe anche persone in formazione.

Il terapeuta principale riceve la famiglia e presenta ciascun membro del gruppo. Ha la funzione fondamentale di gestire la comunicazione, ossia è lui che dà la parola alla famiglia, ai co-terapeuti e all'interprete. Gli altri terapeuti parlano rivolgendosi a lui e utilizzano la terza persona per parlare del paziente o di un membro della famiglia, per esempio: "Davanti al racconto della signora mi è venuto in mente che..."

Il terapeuta principale può decidere di riformulare il discorso del co-terapeuta o dire al traduttore di tradurre solo una parte. La sua funzione è quella di regista della consultazione e di filtro rispetto al paziente e alla sua famiglia dei controtransfert dei co-terapeuti. Uno degli aspetti fondamentali di questo dispositivo tecnico è che il paziente, anche se conosce il francese, può avere la possibilità di parlare nella propria lingua, magari nei momenti di maggiore intensità emotiva. I co-terapeuti propongono ipotesi o immagini, attraverso le quali si fanno circolare logiche culturali diverse, che diano la possibilità al paziente (e ai vari membri presenti della famiglia) di raccontare la sua situazione dal suo punto di vista, proprio perché in quel contesto sono ammesse e accettate logiche diverse che portano il segno di diverse culture. Il messaggio implicito è che tutte sono rappresentazioni possibili del disagio che il paziente prova e che all'interno di esse può scegliere quelle che gli sono più congruenti, che gli servono a sentirsi autorizzato a produrre anche la sua: "Qualcuno mi ha fatto il malocchio", "Non ho nominato bene mio figlio", "Sono stato attaccato da un *djinn*". Rappresentazioni ed eziologie segnate da culture altre rispetto a quella occidentale possono essere espresse solo in un contenitore che le autorizza, che sia in grado di gestire in modo costruttivo la diversità culturale.

In questo setting una funzione delicata e importante è quella dell'interprete; egli deve tradurre nel modo più fedele possibile sia il terapeuta che il paziente, e rendere anche gli aspetti connotativi della lingua. Per esempio una volta un interprete di una lingua africana durante una seduta diceva che la parola tristezza non esisteva nella sua lingua e che per renderne il senso bisognava usare una perifrasi del tipo "ho il cuore secco".

Le sedute durano circa un'ora e mezza o due ore a secondo dei casi.

Secondo Marie Rose Moro il gruppo ha diverse funzioni.

A livello generale funziona come tutti i gruppi, come sostegno e contenimento del bambino e della sua famiglia.

Si può individuare inoltre un livello culturale; nelle società tradizionali l'individuo è pensato in interazione costante con il suo gruppo di appartenenza, di qui l'importanza del gruppo nelle situazioni di cura.

Il gruppo costringe i terapeuti a rispettare le teorie eziologiche tradizionali, i modi di fare e di comunicare di ogni gruppo, per esempio per l'Africa non fare domande dirette sulla vita del bambino sulla vita della famiglia, è maleducato e traumatico per la famiglia già fragilizzata.

Si possono usare numerosi riferimenti culturali: le rappresentazioni culturali della malattia, i differenti sistemi di parentela, la natura del bambino e altro.

Si usano correntemente detti, proverbi, modi di dire.

La tecnica di dare la parola all'équipe curante e ai membri della famiglia presenti permette di rispettare l'uso di parlare su, piuttosto che di porre domande. Il trattamento collettivo delle malattie permette inoltre un compromesso tra una eziologia collettiva e familiare del male e una eziologia individuale. Il gruppo rispetta dunque le modalità culturali dello scambio e della cura e partecipa alla co-costruzione di un senso culturale condiviso dal paziente e dai terapeuti.

Secondo Nathan, per la sua somiglianza a pratiche tradizionali, il gruppo terapeutico costituisce un contesto a "metà strada", ibrido, adatto a fornire un contenitore alla sofferenza di un paziente che si trova sempre, poco o tanto, in situazione di acculturazione (nel mezzo). Questo fatto è percepibile in alcune formulazioni dei pazienti "qui siamo come in famiglia" o anche "più punti di vista si esprimono meglio..." Come se la presenza del gruppo gli ricordasse l'assemblea dei paesi arabi o le chiacchiere africane sulla piazza del villaggio.

Inoltre il gruppo media la relazione fra terapeuta principale e il paziente lasciando che le eziologie tradizionali si svolgano fino alla evocazione della vita privata e profonda del soggetto.

Non si può comprendere nulla sul funzionamento delle eziologie tradizionali se non si tiene conto del fatto che esse sono formulabili solo in gruppo e sempre in modo interrogativo.

Una terza funzione del gruppo poliglotta indicata da Marie Rose Moro è quella di permettere la elaborazione dell'alterità; esso è materializzazione stessa dell'alterità, e la trasforma in leva terapeutica. A una rappresentazione culturale di qui, per esempio, corrisponde un mito di là, un rituale in un altro luogo, e infine un fantasma individuale del paziente. Questa molteplicità di figure mette in scena la complessità e la varietà umana. Queste particelle di alterità materializzate dai membri del gruppo e rappresentate nello spazio permetteranno alla famiglia di sperimentare una forma di alterità che non è mostruosa né minacciante, ma al contrario rappresentabile e creatrice. Il meticciamiento (degli uomini, delle teorie, dei modi di fare) è un fattore implicito del dispositivo.

Questo processo di elaborazione dell'alterità in sé, dell'alterità del gruppo familiare venuto da altrove, a cui il setting costringe, è fondamentale nella misura in cui ogni migrante, e ancora di più ogni bambino di migranti in una situazione di sofferenza è costretto a fare questo lavoro connaturato all'esilio e all'iscrizione in un altrove.

Anche Nathan sottolinea la funzione che il gruppo ha di rendere possibile la rappresentazione dell'alterità.

“Quando si comincia a penetrare il funzionamento dei sistemi eziologici tradizionali, ci si rende subito conto che tali sistemi, destinati a gestire mediazioni tra universi (per esempio tra il mondo della vita ordinaria e il mondo ‘straordinario’ degli esseri soprannaturali) non funzionano affatto nel colloquio a due con il paziente. Per esempio è impossibile dire a un paziente: ‘Lei è posseduto da un *djinn*’. Ma è perfettamente possibile far circolare la parola all’interno di un gruppo lasciando apparire degli enunciati quali: ‘Da noi in Algeria, in un caso simile sarebbe stato consultato uno *cheikh*...’ (che tutti sanno essere uno specialista di *djinn*).” (T. Nathan, 1996)

È indispensabile che il paziente sia circondato da un gruppo per:

- permettere una circolazione interrogativa della parola
- convalidare le sue percezioni e sensazioni
- proteggerlo dai sospetti di stregoneria che proverà necessariamente verso colui che utilizza simili tecniche.

Inoltre i pazienti immigrati sono impegnati in un complesso processo di demarcazione del medesimo e dell'altro. Ecco perché è necessario che in questo gruppo siano presenti non solo soggetti culturalmente identici, ma anche soggetti simili, e soggetti altri.

Nathan parla inoltre di alcune funzioni “dinamiche” del gruppo:

- il gruppo permette un discorso sul paziente che non lo fissa in una rappresentazione univoca (di tipo diagnostico), ma consente uno svolgimento caleidoscopico delle interpretazioni. Permette cioè di far circolare e di mettere a disposizione una moltitudine di interpretazioni esplicitandone sempre i referenti;
- quale che sia la situazione clinica in esame, il gruppo assicura una funzione di sostegno psichico e culturale. Consente infatti la circolazioni di eziologie apparentemente “irrazionali”, senza umiliare il paziente e senza costringere il terapeuta alla condiscendenza;
- come un “oggetto attivo” il gruppo decostruisce la rappresentazione che il paziente desidera offrire del proprio disturbo attraverso una sorta di bombardamento semantico di grande valore affettivo. Tutto accade in un certo senso come se ogni co-terapeuta si impossessasse di un frammento della problematica del paziente e lo elaborasse per proprio conto davanti a lui.

Quando infine il terapeuta principale enuncia la sua proposta il paziente si vede presentare una nuova riorganizzazione dei suoi elementi strutturati a partire dall'esperienza vissuta in gruppo. (T.Nathan, 1996)

Non tutte le famiglie migranti che hanno una sofferenza psicologica devono essere trattate con un dispositivo di questo tipo. In linea generale, alcuni tra gli indicatori che permettono di dire che un caso necessita di una tecnica grupppale sono:

- la presenza di elementi culturali particolarmente evidenti nelle rappresentazioni dei pazienti, circa la loro sofferenza e la loro situazione;

- l'incidenza del trauma migratorio all'origine della sofferenza del paziente.
- la constatazione che gli strumenti terapeutici classici non sembrano portare a una alleanza terapeutica e non determinano mobilità psichica nei pazienti.

In questi casi il gruppo transculturale è il luogo elettivo nel quale rievocare l'evento migratorio, il significato che esso ricopre per la famiglia e per i figli.

Queste sono alcune indicazioni forti per un invio alla consultazione transculturale.

Marie Rose Moro chiama il dispositivo utilizzato dalla sua équipe dispositivo a geometria variabile, intendendo con questo termine che al trattamento grupale della famiglia possono essere affiancati altri tipi di trattamento per il bambino o per l'adolescente, e per altri membri della famiglia se lo si ritiene necessario. Per esempio, un adolescente può essere visto insieme alla sua famiglia all'interno del dispositivo transculturale, e può, contemporaneamente, frequentare un gruppo di psicomotricità o partecipare a un gruppo di psicodramma.

La clinica transculturale nell'esperienza della Cooperativa Crinali a Milano

Un Servizio di clinica transculturale

La Cooperativa Crinali ha avviato sul territorio milanese due Servizi di clinica transculturale (uno a Milano in collaborazione con l'ASL Città di Milano Servizio Famiglia Infanzia Età Evolutiva, l'altro a Segrate/San Donato in collaborazione con l'ASL Provincia di Milano2 Servizio Famiglia) nei quali si svolgono sedute grupali ispirate alla metodologia appena illustrata. Chiaramente vi sono significative differenze rispetto all'esperienza francese: la prima riguarda la minore numerosità del gruppo, la seconda il fatto che non abbiamo terapeuti di origine straniera, ma mediatrici culturali che, con noi, hanno seguito, e continuano a seguire, un percorso formativo, la terza che siamo tutte donne.

Il gruppo è costituito da tre o quattro terapeute italiane, due mediatrici culturali e qualche tirocinante psicologa. È presente l'interprete della lingua madre del paziente. Nel nostro setting l'alterità culturale è quindi rappresentata dalle mediatrici culturali, la cui funzione nel gruppo è stata a lungo discusso fra noi e con l'équipe di Bobigny con cui siamo in formazione e supervisione. Le mediatrici si sono addestrate con tutte noi a lavorare nel gruppo terapeutico, e oltre a rendere visibile e fisicamente presente la differenza culturale, hanno la funzione di intervenire per evocare rappresentazioni proprie della loro cultura di appartenenza, relative ad aspetti presenti nel racconto del paziente, per esempio alcune eziologie tradizionali, rappresentazioni culturali del neonato, piuttosto che del bambino e del suo posto all'interno della famiglia, proverbi e modi di dire tradizionali ecc.

Partecipano alla consultazione transculturale anche gli operatori invianti. Infatti si tratta di un servizio di secondo livello, a cui le famiglie non accedono direttamente, ma su segnalazione dei servizi del territorio.

Altre attività nei Centri di salute e ascolto per le donne immigrate e i loro bambini

La dimensione grupale della clinica transculturale ci ha aiutato a sviluppare altre modalità di approccio alla sofferenza delle donne che si rivolgono ai Centri di salute e ascolto per le donne immigrate e i loro bambini negli Ospedali S. Paolo e S. Carlo di Milano. Ci siamo rese conto che il disagio psicologico delle donne spesso non viene formulato direttamente. Molto più frequentemente la donna si rivolge alla ginecologa esprimendo un disagio complessivo: "Mi fa male tutto il corpo". Questa situazione di male diffuso è frequente nella migrazione. In questi casi abbiamo messo a punto e stiamo sperimentando presso l'Ospedale San Paolo un metodo di lavoro che chiamiamo *consultazione congiunta*: la ginecologa o l'ostetrica dà le proprie prestazioni e poi dice alla signora una frase del tipo: "Lei mi parla di una serie di situazioni rispetto alle quali sento il bisogno di confrontarmi con una mia collega esperta, che può aiutarmi a rispondere meglio alle sue domande". È la ginecologa (o l'ostetrica) che chiede la presenza della psicologa durante il colloquio e si fanno, quindi, colloqui congiunti con la ginecologa o l'ostetrica, la psicologa, la mediatrice culturale e la

signora. Questo permette di condurre una situazione che altrimenti la ginecologa non saprebbe come gestire; d'altra parte la paziente non andrebbe dalla psicologa. Di solito sono sufficienti due o tre incontri di consultazione congiunta. Poi se si riscontrano problemi particolarmente importanti e la signora è disponibile ad approfondire le motivazioni del suo disagio, è possibile che le consultazioni con la psicologa si prolunghino nel tempo.

La figura della mediatrice culturale è particolarmente utile, perché fonte di rassicurazione. Di solito le donne hanno un transfert positivo nei suoi confronti perché appartiene al loro paese di origine; viene investita di fiducia e vista come intermediaria con i "bianchi", di cui non si sa mai bene fino a che punto ci si possa fidare. Per la nostra esperienza e per la definizione che noi diamo di mediazione, la mediatrice culturale svolge il suo compito a diversi livelli. La sua prima funzione è di tradurre nel modo più fedele possibile quello che dicono medico e paziente, senza aggiungere o togliere niente. Una seconda funzione riguarda l'aiutare il medico e il paziente a individuare gli elementi culturali che in qualche modo disturbano la comunicazione e sui quali non ci si capisce. Per esempio, per quanto riguarda le donne arabe è stato chiesto alle ginecologhe di essere più affabili nella comunicazione non verbale; infatti, le donne davanti all'atteggiamento professionale dei nostri medici, gentili ma un po' formali e distanti, si sentivano trattate male e non tornavano alle successive visite.

La mediatrice culturale è una donna immigrata, che ha un certo livello di scolarità e ha seguito un percorso di perfezionamento, ha acquisito una professionalità e si inserisce, come professionista, nei servizi. Non tutti gli immigrati possono diventare mediatori o mediatrici culturali, come spesso invece succede in modo improvvisato. D'altra parte noi pensiamo che l'essere straniera sia una caratteristica fondamentale per diventare mediatrice o mediatore culturale.

La mediazione culturale non si può imporre ma solo proporre. Nella maggioranza dei casi è accolta molto positivamente, ma a volte non viene utilizzata, soprattutto nei casi di interruzione di gravidanza, quando questa scelta non è ammessa nella cultura di origine; probabilmente in questi casi la mediatrice culturale viene rifiutata perché presentifica la cultura di origine che sanziona quel comportamento, anche se a livello personale è molto accogliente.

Un'altra modalità che abbiamo sviluppato a partire dalla dimensione grupale della clinica transculturale riguarda i corsi di preparazione al parto per donne straniere.

Nelle altre culture i corsi di preparazione alla nascita non esistono e non sembrano necessari in quanto la gravidanza al proprio paese è molto gioiosa, le donne gravide sono considerate "regine" e vengono accudite in tutti i sensi dal gruppo delle donne della famiglia, sia nel periodo della gravidanza che durante il parto. Nella migrazione invece le donne sono spesso sole e spaesate; non sanno come orientarsi e sono spesso depresse e confuse.

Perciò abbiamo deciso di organizzare dei piccoli gruppi di accompagnamento alla nascita, che hanno obiettivi un po' diversi da quelli delle donne italiane, in quanto svolgono una funzione di contenimento e di supporto anche a livello culturale.

Il gruppo è costituito da almeno due operatrici italiane, per esempio l'ostetrica e una tirocinante, la mediatrice culturale che simboleggia la possibilità di appartenere a due mondi e donne che provengono da paesi diversi, dell'area linguistica della mediatrice o che sappiano parlare italiano. Nel gruppo vengono usate due lingue e questo evoca i due mondi: nelle diverse culture la lingua è una chiave per accedere alle rappresentazioni che le parole sottendono, per esempio a cosa rimanda la parola gravidanza, o feto, o neonato o latte materno. Il gruppo, inoltre, ha lo scopo di creare un momento di socialità, un'occasione per conoscere nuove persone e per creare dei legami, per parlare di come si accudiscono i bambini al paese di origine. Si valorizza il fatto che ogni donna allevi il proprio bambino come ha imparato a fare, e come le suggeriscono la sua formazione e la sua cultura di appartenenza.

Inoltre il gruppo sottolinea la continuità fra la gravidanza e il dopo parto: infatti si incoraggia la partecipazione delle donne a qualsiasi epoca della gravidanza e anche con i neonati. Sono le donne stesse che hanno partorito a raccontare alle altre, con parole culturalmente connotate, che senso abbiano dato all'esperienza della gravidanza e del parto.

I gruppi sono anche divertenti, si crea un'atmosfera di intimità e simpatia in cui le donne si sentono legittimate a raccontare e sono una incredibile fonte di informazioni e di iniziative: per esempio, organizzano una festa in cui ognuna cucina qualcosa, porta la sua musica e canta le ninne nanne del suo paese di origine.

Nella prospettiva di consolidare l'involucro culturale delle mamme perché siano maggiormente capaci di trasmettere sicurezza ai loro bambini, le incoraggiamo a parlare con loro nella lingua materna e a raccontargli le storie del proprio paese, dei nonni e degli zii.

Vorrei concludere il mio intervento dicendo che il quadro teorico della clinica transculturale offre strumenti utilissimi, che possono essere applicati in diversi contesti, con i necessari adattamenti alle singole situazioni.

La diffusione di una cultura condivisa sull'approccio transculturale ha un impatto sociale importante perché permette di costruire gradualmente una rete di servizi che utilizzano un linguaggio comune, benché ognuno conservi la propria specificità. Gli ospedali, i consultori familiari e pediatrici, i servizi sociali, gli asili nido, le scuole, sono gli ambiti in cui possono essere favoriti processi di integrazione che rendano possibili convivenze pacifiche fra le persone che vengono da culture diverse. In questi ambiti può essere svolta una cruciale funzione di prevenzione del disagio e della sofferenza. Poiché la clinica transculturale è un cantiere in costruzione non possiamo aspettarci di trovare ricette preconfezionate da applicare nel nostro ambito di intervento, ma siamo sollecitati a provare nuove strade e inventare nuove modalità di cura e di prevenzione.

Bibliografia

- G. Devereux, *Saggi di etnopsichiatria generale*, Roma, Armando, 1978
G. Devereux, *Dall'angoscia al metodo*, Roma, Istituto della enciclopedia italiana, 1984
M. R. Moro, *Bambini di qui venuti da altrove. Saggio di transcultura*, Milano, Franco Angeli, 2005
M. R. Moro, *Genitori in esilio. Psicopatologia e migrazione*, Milano, Raffaello Cortina, 2002
M. R. Moro, *Bambini immigrati in cerca d'aiuto. I consultori di psicoterapia transculturale*, Torino, Utet, 2001
T. Nathan, *Principi di etnopsicoanalisi*, Torino, Bollati Boringhieri, 1996
T. Nathan, I. Stengers, *Medici e stregoni*, Torino, Bollati Boringhieri, 1996
M. L. Cattaneo e S. dal Verme, *Donne e madri nella migrazione. Prospettive transculturali e di genere*, Milano, UNICOPLI, 2005
A cura dell'équipe di CRINALI, *Atti del seminario introduttivo alla clinica transculturale*, (con interventi di M. R. Moro e I. Réal), Milano, 2001 (reperibile in sede della Cooperativa Crinali)