



SCUOLA ETNO SISTEMICO NARRATIVA

**APPROCCIO SISTEMICO-RELAZIONALE A ORIENTAMENTO
“ETNO-SISTEMICO-NARRATIVO”**

Contestualizzazione di un indirizzo e dei suoi fondamenti teorici

Natale Losi e Paola Schellenbaum

Gennaio 2009



SCUOLA ETNO SISTEMICO NARRATIVA

**APPROCCIO SISTEMICO-RELAZIONALE A ORIENTAMENTO
“ETNO-SISTEMICO-NARRATIVO”**

Contestualizzazione di un indirizzo e dei suoi fondamenti teorici

Natale Losi e Paola Schellenbaum

INDICE

1 - INTRODUZIONE	5
2 – CULTURA, PSICHE, SOCIETÀ	7
2.1 - La salute mentale dei popoli indigeni.....	7
2.2 - Principali problemi e benessere psicosociale	8
2.3 - Il concetto di repertorio globale per la terapia, il trattamento e la cura	9
2.4 - La ricerca comparativa	10
2.5 - La salute mentale dei migranti	11
2.6 - Trauma migratorio, memoria e nostalgia	12
2.7 - Stress psicosociale e resilienza.....	14
2.8 - Efficacia delle narrazioni: procedimento e esito terapeutico	15
2.9 - I modelli di efficacia terapeutica	17
2.10 - Riferimenti bibliografici.....	19
3 – APPROCCIO SISTEMICO-RELAZIONALE	24
3.1 – Teoria dei sistemi.....	24
3.2 - Le origini della terapia familiare.....	25
3.3 – Punti di articolazione dell’approccio sistemico.....	25
3.4 – I diversi orientamenti.....	26
3.5 - Il concetto di cultura tra antropologia e sistemica.....	26
3.6 – Similarità e differenze nel rituale	27
3.7 - Terapia sistemica e linguaggio.....	28
3.8 - Dai “giochi familiari” all’invenzione della realtà	29
3.9 – Narrazioni, storie e significati.....	31
3.10 – Riferimenti bibliografici	32
4 - APPROCCI NARRATIVI E SALUTE MENTALE.....	35
4.1 - La costruzione dei sé nella comunicazione interculturale.....	35
4.2 - La terapia come gioco di ricombinazioni	35
4.3 - La terapia narrativa.....	36
4.4 - L’analisi conversazionale	37
4.5 - I “first person accounts” dei pazienti schizofrenici e dei loro familiari.....	38
4.6 - L’etnopsichiatria con i migranti	38
4.7 – L’etnopsichitria genitori-bambino	40
4.8 - Riferimenti bibliografici.....	41
5 – ORIENTAMENTO ETNO-SISTEMICO-NARRATIVO	43
5.1- Il contesto italiano	43
5.2 - Formazione, supervisione e narrazione	45
5.3 - Dall’esperienza in aree di guerra al lavoro con i migranti	48

5.4 - Una metodologia multidisciplinare: la griglia del trauma.....	49
5.5 - Relazione d'aiuto e contenimento esplorativo	51
5.6 - Rituali modificati e elaborazione del lutto	52
5.7 - Mediazione culturale, setting gruppale e multilinguismo	54
5.8 – Riferimenti bibliografici	57
6 - VALIDITÀ DELL'APPROCCIO PROPOSTO	62
6.1 – Validità ed efficacia della terapia familiare.....	62
6.2 – Validità ed efficacia dell'etnopsichiatria	63
6.3 – Validità ed efficacia dell'orientamento etno-sistemico-narrativo	63
6.4 – Il punto d'incontro con la psicologia transculturale e l'etnopsicologia/etnopsichiatria	64
6.5 - I punti di differenza con la psicologia transculturale e l'etnopsicologia/etnopsichiatria	64
6.6 – Riferimenti bibliografici	65

1 - Introduzione

L'approccio sistemico-relazionale ad orientamento "etno-sistemico-narrativo" viene presentato in queste pagine alla luce del contributo di diverse discipline, mostrando tra l'altro come questo approccio si sia costruito in contesti locali e particolari ma presenti una valenza fuori dall'ambito specifico in cui si è sviluppato. Esso affonda le proprie radici direttamente nello sviluppo di quei nuovi ambiti conoscitivi che intorno alla metà degli anni 50 in Usa avevano favorito lo sviluppo di un pensiero sistemico-relazionale: l'antropologia, la sociologia e la psicologia relazionale che favoriscono ancora oggi un'interdisciplinarietà che permette di approfondire lo studio dell'individuo alla luce dei contesti socio-culturali di appartenenza. In particolare, in ambito etnopsicologico si sta sviluppando anche in Italia un interesse per i fattori interpersonali oltre che per quelli esclusivamente intrapsichici e si prende in seria considerazione il rapporto tra cultura, psiche e società.

L'approccio sistemico-relazionale assume una prospettiva che guarda al mondo in funzione dell'interdipendenza delle parti: l'interazione umana si "organizza" secondo le modalità con le quali si organizza un sistema. I concetti di interazione e relazione, intesi il primo come la parte del comportamento osservabile nel *qui ed ora* dagli studiosi sistemici e la seconda come significati che l'individuo consegna all'interazione stessa (quelli più profondi), non sempre osservabile, in cui si esprimono emozioni, motivazioni, aspettative e soggettività, vanno inseriti all'interno di un contesto più ampio: teorie sulla comunicazione umana e pensiero olistico che permettono di avviare nuovi processi conoscitivi basati sull'ampliamento di contesti e lo studio delle trasformazioni all'interno degli insiemi.

La cultura viene a questo proposito considerata sempre una costruzione che viene quindi prodotta, riprodotta e trasformata nelle interazioni sociali, sia nella sfera pubblica che in quella privata. Se teoria e pratica si coniugano nel concetto di agentività (*agency*), e questo è maggiormente un territorio di analisi proprio delle scienze sociali, anche la pratica clinica ne viene influenzata: non si può accedere alla cultura, costitutiva del soggetto e non mero epifenomeno, semplicemente all'interno della relazione terapeutica. Cruciale diventa la possibilità di comprendere il contesto socio-culturale e relazionale allargato entro cui si muove il cliente. La cultura consente di aprirsi a dinamiche psicosociali, familiari, storiche, economiche e sociali ma al contempo ne è profondamente condizionata in seguito alle politiche identitarie e alle politiche del sé interculturale. Questo approccio traccia dei confini labili tra mondo interno e mondo esterno, in quanto prevede che vi sia sempre un'area intermedia, di scambio e di interazione simbolica, di co-costruzione della relazione, che permette di ri-negoziare di volta in volta l'identità culturale e sociale: si pensi alla comunicazione interculturale ma anche a tutte le "presenze" che nella stanza di terapia vanno presentificate, per non parlare dei mondi plurali, dei sogni, della possessione e della trance, del rapporto con i *jinn* e con gli spiriti degli antenati che consente agli etnopsichiatri di affermare che "nel mondo non si è mai soli".

Il livello intermedio tra mondo esterno e mondo interno è un'area di creatività e di generatività nel rapporto con i clienti che attinge sia alla tradizione della terapia familiare sistemica, sia all'antropologia culturale e alla sociolinguistica. Il rapporto tra cultura, lingue e comunicazione diventa importante e anche quando si voglia attenersi ad un dispositivo presentato come metodologia, come nel caso dell'etnopsichiatria, non ci si può dimenticare che esiste una differenza tra teoria e metodo. E' stato notato che la teoria pertiene a tutto ciò che ha a che fare con l'ipotesizzazione in terapia familiare, mentre il metodo si riferisce a tutto ciò che avviene nel momento in cui ci si muove, assieme ai clienti, nelle diverse realtà che emergono in seduta. Ogni realtà evocata ha le sue continuità e le sue pratiche, i suoi saperi impliciti ed espliciti: ogni realtà è comunque parziale, e questa consapevolezza attinge alla riflessione contemporanea in antropologia culturale.

In questa rassegna, ogni capitolo vuole mettere in luce il contesto disciplinare entro cui si muove l'orientamento etno-sistemico-narrativo e quindi il focus predilige, di volta in volta, una disciplina sulle altre (etnologia/antropologia, sistemica, terapia narrativa). Tuttavia si presta sempre attenzione a mostrare gli intrecci interdisciplinari che muovono ed alimentano nuove domande e interrogativi. Ad esempio, l'interessante dibattito sulle origini della terapia familiare, che tradizionalmente venivano fatte risalire agli anni 50-60 e al pensiero batesoniano, allarga oggi lo sguardo oltre i suoi confini e si apre a filoni di ricerca e di storia delle idee che risalgono alla nascita del lavoro sociale negli Stati Uniti, al pragmatismo e all'opera di John Dewey, ma anche all'ipotesi Sapir-Whorf secondo cui gli enunciati verbali acquisiscono il loro significato in base al contesto e alle "presupposizioni condivise" (una nozione malinowskiana), al mesmerismo e all'importanza attribuita ai rituali, alle storie, alle fantasie, e alle fiabe nella ipnoterapia.

L'orientamento etno-sistemico-narrativo si costruisce su queste solide basi e sviluppa, attualizzandoli, una serie di concetti e di metodi facendo tesoro dell'intreccio interdisciplinare.

2 – Cultura, psiche, società

Il rapporto tra cultura, psiche e società viene messa principalmente in evidenza nella letteratura che si occupa della salute mentale dei popoli indigeni e dei migranti, con particolare riferimento al genocidio, allo stress post-traumatico e alle migrazioni forzate. E' infatti in queste situazioni limite che tale rapporto appare in tutta la sua centralità. In particolare, in luogo di una visione che porta a curare i disturbi individuali, questa letteratura incoraggia un approccio che inserisca gli individui e le comunità nei loro contesti socio-culturali di riferimento.

2.1 - La salute mentale dei popoli indigeni

La distruzione dei popoli indigeni durante il Colonialismo è stata documentata ampiamente ma relativamente poco è stato scritto dell'impatto di tali tragedie sulla salute mentale dei sopravvissuti. Tra i primi ad occuparsene, all'inizio del secolo scorso, W. H. R. Rivers, psichiatra e antropologo britannico che prese parte, in quanto psicologo, alla *Torres Straits Expedition* di due celebri antropologi britannici: Haddon e Seligman (1898-99). Fu ideatore del metodo genealogico e studiò in modo sistematico le strutture della parentela tra diverse popolazioni in India e in Melanesia: per Rivers fu importante dimostrare che la terminologia della parentela forniva una chiave d'entrata nella struttura e organizzazione sociale di un gruppo, ovvero che gli aspetti qualitativi (il significato *culturale* dei rapporti di parentela e dei comportamenti appropriati tra parenti) erano strettamente intrecciati con quelli quantitativi (gli eventi *biosociali* di nascita, morte, migrazione, residenza, occupazione ecc.). In secondo luogo, Rivers aveva decostruito il luogo comune diffuso all'epoca secondo cui i popoli originari della Melanesia erano stati sterminati per cause endogene. Piuttosto, in queste prime ricerche, venivano denunciati i fattori sociali e culturali che erano stati alla base dello sterminio: l'introduzione dall'esterno di malattie infettive (tubercolosi, morbillo e influenza), le ripercussioni negative dell'abuso di sostanze quali alcool, oppio e la diffusione delle armi da fuoco, a cui andavano ad aggiungersi le inappropriate condizioni di vita (abitazioni e indumenti) degli indigeni.

Nonostante le distruzioni del passato, e le continue e contemporanee violazioni di diritti umani, e nonostante i reiterati traumi e dislocazioni a cui i popoli indigeni continuano ad andare incontro, ci sono pochi dati epidemiologici sui disturbi neuropsichiatrici e comportamentali che affliggono queste popolazioni native. Tuttavia, la ricerca esistente (WHO, 1999) testimonia soprattutto di una scarsa capacità di rilevare e leggere correttamente i bisogni di tali popolazioni. In generale, il disagio psicosociale di queste popolazioni si esprime attraverso alti tassi di alcolismo e suicidio che sono riportati come i problemi principali. Questo punto sembra essere presente in diversi luoghi: tra i popoli indigeni in Europa e nelle Americhe, in Oceania, in Russia settentrionale, a Taiwan e in Cina.

Mentre fino a qualche anno fa sembrava relativamente semplice definire i popoli indigeni, e infatti si faceva riferimento alle popolazioni originarie che abitavano le terre prima del contatto con gli europei colonizzatori, recentemente si è aperto un dibattito che mette in luce diversi aspetti che hanno comunque a che fare con le culture subalterne (Losi 2000), specie dopo un cambiamento socioculturale rapido. La definizione classica dell'antropologia che ritraeva i gruppi indigeni e minoritari come piccole comunità, isolate dal resto del mondo, analfabete, arretrate e dotate di una cultura omogenea sembra ormai inopportuna, specie in un'era di globalizzazione. A livello internazionale, vengono adottate diverse definizioni che fanno riferimento alla lingua/cultura, all'autodescrizione di gruppi in quanto indigeni, e alla collocazione geografica. L'attenzione alla salute mentale delle popolazioni indigene costringe a basare la definizione *in modo prioritario* sulla auto-descrizione delle distintività culturali, sociali e storiche che caratterizzano il gruppo di appartenenza. Qualsiasi altro tentativo di imporre una definizione

eterodiretta, che risulti definitiva e definitiva, risulta problematico. Questo punto è particolarmente importante quando si vogliono prendere in considerazione i flussi migratori (spesso forzati) delle popolazioni indigene, specie quelli rivolti verso i centri urbani. L'autenticità dell'identità culturale in ambiente urbano viene seriamente messa in discussione sia dai diretti interessati che dagli studiosi che si occupano di questi fenomeni.

2.2 - Principali problemi e benessere psicosociale

Nelle metropoli europee, americane ed asiatiche l'immigrazione crea marginalità sociale e rinforza l'esclusione specie in alcuni segmenti di popolazione già vulnerabile: la popolazione indigena immigrata affianca altri gruppi minoritari, quali migranti stranieri o emarginati locali. Se alcune delle problematiche possono essere simili, è importante non confondere questi diversi gruppi in quanto le loro storie, provenienze e specificità culturali sono profondamente diverse. Tuttavia, i problemi che i popoli indigeni si trovano ad affrontare non sono molto diversi da quelli di altre svantaggiate (ad es. migranti contemporanei), e questi sono:

- √ *Spopolamento e migrazioni forzate*: i mutamenti socio-demografici repentini, le calamità naturali, la guerra e le carestie producono sfollati e rifugiati, che vanno incontro ad una perdita di memoria individuale e collettiva spesso a causa dell'impossibilità di riprodurre i propri rituali e le proprie cerimonie. Se in tempi relativamente normali, le tradizioni e i culti si trasformano per incorporare il mutamento sociale, in presenza di eventi drammatici le tradizioni stesse corrono il rischio di scomparire, spesso per la mancanza di depositari delle conoscenze (Losi 2000).
- √ *Violenza, guerra, dislocazione e povertà*: in molte aree del pianeta, nel passato e nel presente, i popoli indigeni sono stati sterminati e/o le popolazioni autoctone sono state costrette a subire violenze, che andavano ad assommarsi alle violenze presenti nel quotidiano (Harvey 1994, Kleinman 1997). Il genocidio e le violenze¹ che hanno causato diverse migrazioni hanno significato un allontanamento dalla terra dei propri antenati o una cessione dei territori tradizionali oppure, più semplicemente, ma non meno drammaticamente, l'abbandono delle proprie case. Spesso in connessione con le migrazioni e l'inurbamento, la guerra, l'espulsione, lo sviluppo esogeno hanno generato conseguenze psicologiche legate allo sradicamento e all'annientamento delle proprie origini. Le condizioni di povertà cui sono relegati questi gruppi minoritari sono ben conosciute e recensite e riguardano: disoccupazione, pessime condizioni abitative, degrado nelle relazioni sociali e familiari. Le culture di origine, negate e umiliate, non riescono ad espletare quella funzione ricostruttiva dei legami e delle appartenenze (Stiglmayer 1994, Taylor 1999, Kapferer 2004, Heald 1998, Nagengast 1994, Das, Kleinman, Ramphele 1997, Dei 2005).

La stretta relazione tra cultura, società e psiche deve essere tenuta in seria considerazione, stando a quanto affermato nei punti precedenti. A livello internazionale, il dibattito ha visto una proliferazione di studi a partire dagli anni Settanta in cui si è cercato di creare lo spazio scientifico per la *nuova psichiatria transculturale* (Kleinman 1977), che tende a spostare l'attenzione dalle categorie e dai costrutti culturali all'esperienza personale (Kleinman 1988a). Il benessere psicosociale delle persone è collegato al senso del luogo e all'appartenenza. In altre parole, la salute mentale delle popolazioni indigene, specie quando migrano, deve essere messa in relazione con fattori sociali, politici ed economici quali la povertà, la malnutrizione, il mutamento socio-culturale, la violenza e lo sradicamento (Desjarlais et al. 1995). Ciò che un approccio psicosociale suggerisce è proprio la complessità in cui questi singoli fattori si esprimono nell'esperienza delle persone e non possono quindi essere analizzati in isolamento. Secondo

¹ Sul rapporto tra diritti umani, violenza e antropologia si veda Hastrup (2002).

questa prospettiva, i problemi sociali, i problemi di salute, le condizioni di vita sono interrelati in modo che spesso si rinforzano a vicenda, generando patologie di lunga durata.

2.3 - Il concetto di repertorio globale per la terapia, il trattamento e la cura

Innanzitutto è importante ricordare che “terapia, trattamento e cura sono termini che definiscono l’ambito della risposta attiva alla malattia e alla sofferenza. Nel senso più ampio, costituiscono una reazione a condizioni esistenziali generali (...) nel più stretto, sono l’applicazione di uno specifico rimedio ad uno specifico e limitato problema” (Csordas e Keinman 1990). Il punto di arrivo della riflessione attuale è dimostrare l’importanza di poter accedere al “repertorio globale”² delle terapie utilizzate dai pazienti: quelle popolari e religiose a fianco di quelle della psichiatria e della biomedicina. Il “processo terapeutico” diviene uno spazio di “interpretazione comparativa” che non può esimersi da alcuni distinguo concettuali, quali:

- √ la *distinzione tra diagnosi e trattamento*, tipica della clinica, che separa l’identificazione di un problema dai tentativi per risolverlo, cade immediatamente quando si adotti una prospettiva comparativa: la ricerca della diagnosi è parte del processo stesso e può divenire una parte attiva, ma l’individuazione di un certo problema offre la possibilità al paziente e ai suoi familiari di controllare il problema stesso. La diagnosi è cioè *parte costitutiva del processo terapeutico*, in alcuni sistemi, in altri può invece essere totalmente irrilevante: il guaritore non deve necessariamente chiedere al paziente quali sono i suoi problemi
- √ la *definizione culturale di salute e malattia* è piuttosto complessa e deve distinguere tra ciò che in inglese si chiama *illness, disease, distress*. Inizialmente riportata come distinzione che contrapponeva il discorso professionale da quello popolare (Eisenberg 1973), tale sfumatura di significato è stata poi attribuita alle diverse culture (Csordas e Kleinman 1990). Ovvero ciò che conta come terapia dipende da come è definito il problema. Mentre il primo termine si riferisce all’esperienza della malattia e a ciò che il paziente percepisce come stato di sofferenza (definizione emica), il secondo termine ne fornisce una definizione etica e il terzo la colloca nell’area dei disturbi, stabilendo un confine tra normalità e anormalità. In altre parole, ciò che per alcuni è una pratica di valore per altri può essere uno stato patologico o un problema da curare.

La *distinzione tra cura medica e cura non medica* riporta al discorso sulla scientificità della cura e al suo contrario. Spesso ci si trova in una situazione paradossale: le terapie non mediche sono considerate non empiriche in quanto non possono dimostrare la loro efficacia. Tuttavia le terapie non mediche sono fortemente empiriche nel senso che si basano sulla sistematica osservazione e interpretazione di sintomi, sofferenze, eziologie su cui può basarsi uno studio comparativo. Inoltre, spesso le cosiddette scienze occidentali (biomedicina e psichiatria) vengono contrapposte in modo netto ai rimedi tradizionali dei guaritori non occidentali, generando generalizzazioni indebite. Se quindi si può parlare di sistemi di cura occidentali e non occidentali *al plurale* (“pluralismo medico”), è importante ricordare che si tratta di distinguere tra i trattamenti professionali e quelli non professionali.

² Tale concetto attinge il suo significato da quello di “repertorio linguistico”, una nozione elaborata nell’ambito della socio-linguistica per mettere l’accento le varietà linguistiche a disposizione dei membri della comunità, sia nelle loro competenze attive che passive. Ogni parlante non necessariamente ha accesso a tutto il repertorio, ma a segmenti di esso. Questa definizione mette in discussione la concezione strutturalista della lingua “come sistema ben circoscritto, omogeneo e condiviso dai parlanti” (*Dizionario di Antropologia*, Zanichelli 1997, p. 624)

2.4 - La ricerca comparativa

Le ricerche e le analisi condotte sulla salute mentale delle popolazioni indigene (WHO 1999) indicano da qualche tempo che la salute mentale continua ad essere considerata un “mondo separato” rispetto a un concetto più globale di salute e benessere che coinvolge le culture e le relazioni sociali delle persone che, come si è detto, attingono a un “repertorio globale” di cure. La psiche inoltre è strettamente interrelata al soma e non può essere considerata come un’entità astratta avulsa dal corpo.

Da questo punto di vista, la panoramica di ricerche sulla salute mentale delle popolazioni indigene (Kleinman 1988b, Good 1993, Good 1997, Nathan 1986, 1994, Losi 2000) mette in evidenza che:

- √ le *classificazioni e le percezioni indigene* differiscono rispetto a quelle della biomedicina ufficiale (ad es. alcuni sintomi che sono classificati come tali nel DSM IV vengono invece apprezzati dalle culture locali o non esistono nella lingua locale i termini analoghi a “depressione”, “malattia mentale” ecc.)
- √ le *risposte ai sintomi e ai “disordini”* che le popolazioni indigene adottano differiscono dalla biomedicina ufficiale soprattutto perché tendono a ricondurre il paziente al suo tessuto sociale di origine e a riconnetterlo con il mondo di appartenenza.
- √ La psichiatria ufficiale presenta *difficoltà di diagnosi e trattamento* specie in presenza di dati epidemiologici scarsi e incerti sui disordini di natura psichiatrica delle popolazioni indigene. Questo problema della validità diagnostica si estende a tutta la psichiatria transculturale;
- √ La psichiatria ufficiale non riconosce le proprie difficoltà davanti alla incapacità di non incorporare nel proprio vocabolario diagnostico la presenza di un *mondo invisibile* che può manifestarsi attraverso allucinazioni che riguardano gli spiriti, attraverso lutti prolungati ecc. Il mondo invisibile viene allora ridotto a una serie di sintomi e in questo modo è reso “discorso medico”.
- √ Mentre la psichiatria relega le cosiddette “culture-bound syndromes” in Appendice del DSM IV, l’antropologia medica e la psichiatria transculturale invitano a considerarle alla stregua di *idiomi*, dopo un lungo e articolato dibattito negli anni Settanta e Ottanta che ha portato al concetto di “repertorio”: il disagio e il disturbo psicosociale si manifestano in modo diverso in differenti contesti socio-culturali. Gli assunti universalistici e quelli relativistici si trovano in questo modo a fare i conti non solo con il contesto socio-culturale di provenienza del paziente, ma anche con la sua storia specifica. Le concezioni di salute e malattia non solo variano da cultura a cultura, ma possono esprimersi in modo diverso a seconda delle circostanze che accompagnano gli eventi e che sono differentemente esperiti a seconda del genere, della classe sociale, del rango, dell’età ecc.

I gruppi su cui c’è maggiore documentazione di ricerca sono gli *aborigeni australiani* (Hunter 1991) e i *nativi americani* (Desjarlais et al 1995). Per queste popolazioni indigene, il rischio di medicalizzare comportamenti altrimenti compatibili con le culture di origine e di psicologizzare il disagio sociale è maggiormente presente laddove ci si limita a una definizione ristretta di salute mentale e non si considera il contesto allargato. In altre parole, gli interventi che si limitano a offrire soluzioni farmacologiche o psicoterapeutiche (livello individuale e familiare) senza tener conto degli aspetti collettivi (livello comunitario) rischiano di non avere conseguenze positive nel lungo periodo.

Un’area specifica dell’epidemiologia psichiatrica dei popoli indigeni riguarda le migrazioni. Prendendo per es. diversi lavori apparsi negli anni Ottanta e Novanta, si evince che le migrazioni in America del Sud e in America centrale hanno causato un impoverimento delle condizioni di vita e un peggioramento della salute e della salute mentale a causa delle condizioni di estrema

incertezza, (Pedersen 1993, Almeida-Filho 1987). E' indubbio che sia importante essere in grado di esplorare i mondi locali di provenienza e quelli di arrivo, i valori e i modelli culturali che guidano le azioni delle persone in modo da identificare delle azioni preventive e riabilitative che non aggiungano violenza alla violenza già vissuta e sperimentata dai migranti. A questo proposito, approcci di terapia familiare e di etnopsichiatria in cui le sessioni avvengono in gruppo possono risultare più efficaci rispetto a sedute individuali. Un ultimo aspetto da non sottovalutare è il rischio di continuare a rappresentare i popoli indigeni, anche quando migrano, come delle vittime del progresso. Un modo efficace è restituire loro la possibilità di riconnettere le sofferenze su un piano individuale e collettivo.

La letteratura scientifica sulla relazione tra cultura, società e psiche, nelle sue manifestazioni psicopatologiche, per es. la depressione, dimostra che per comprendere meglio la fenomenologia del disturbo è necessario non fermarsi ai sintomi, ma analizzare ed addentrarsi nei mondi sociali e culturali che lo producono e riproducono e che danno significato alle relazioni interpersonali e agli eventi significati della vita di ognuno (Manson 1995). Inoltre, questi studi mettono in luce come le culture non occidentali tendano a somatizzare il disturbo nel "corpo-soma", piuttosto che a sviluppare un problema di "salute mentale". Questo è indicativo di come le categorie occidentali siano costruite culturalmente al pari di quelle non occidentali (Kleinman 1988a, 1988b). *Depressione e alcolismo* sono due esempi di possibile fraintendimento e psicologizzazione/medicalizzazione di un problema che non sempre è ritenuto tale dagli indigeni. Visioni "altre" su comportamenti codificati come depressione e alcolismo possono ad es., nel primo caso, corrispondere a un senso di appartenenza e di lealtà al passato che nella tristezza e apparente immobilità della depressione riafferma valori culturali importanti. E' un modo per esprimere l'interdipendenza umana e la gravità della perdita di legami tribali, familiari e personali e in questo contesto può voler dimostrare la maturazione di un senso di adultità che è proprio all'opposto di quell'apparente dipendenza che emerge nei resoconti dei medici. Nei casi di alcolismo, l'attenzione dei medici è spesso rivolta esclusivamente agli aspetti destabilizzanti, senza considerare anche la propensione alla socialità, all'apertura verso legami sociali e parentali che costringono a passare del tempo assieme (O'Neil 1993).

La letteratura scientifica individua come prioritarie aree di intervento tra i popoli indigeni l'abuso di sostanze, la depressione e il suicidio, e le definisce vere e proprie emergenze psicosociali. Il report dell'Organizzazione mondiale della sanità (WHO 1999:51) conclude affermando:

"Perhaps the greatest challenge is that mental health status of indigenous peoples requires social scientists and mental health clinicians alike to seek strategies by which to address the suffering of individuals and the suffering of communities. Too often, medical anthropologists and sociologists accuse psychiatrists of transforming social problems into medical conditions. Yet social scientists who place illness entirely in the social realm deny the personal experience of suffering. In the end, a way must be found to balance these two perspectives (...)"

2.5 - La salute mentale dei migranti

Le migrazioni internazionali necessitano di un approccio globale che iscrive gli scambi e i flussi di popolazioni entro un sistema complesso di interconnessioni con effetti sui gruppi, sulle famiglie e sugli individui (Appadurai 1990, Hannerz 1998). I percorsi individuali che le persone compiono mentre attuano scelte e prendono decisioni nella cornice del loro progetto migratorio non sono itinerari stabiliti secondo traiettorie predefinite. Sono piuttosto *percorsi* che si compongono di scelte progressive, di deviazioni e di riprese della rotta, a seconda delle risorse attivate, degli ostacoli incontrati, delle opportunità costruite in interazione con l'ambiente circostante.

I percorsi individuali si calano in un più generale processo di costruzione storica e sociale. Le condizioni di vita e di relazione che le persone instaurano nella quotidianità possono essere influenzate da specifici fattori contestuali responsabili dello stato di disagio o di benessere di individui, gruppi e comunità. I problemi sociali individuali che affliggono le persone o i gruppi possono essere analizzati alla luce delle interazioni tra le persone e il loro ambiente di vita e tra i diversi sistemi sociali in cui le persone sono inserite. E' difficile pensare che un intervento che voglia apportare un miglioramento nella qualità della vita dei migranti possa esimersi dall'esplicitare quali definizioni di benessere, di salute, di qualità della vita sebbene questi possano sembrare valori indiscutibili: in realtà possono corrispondere concezioni molto diverse. La salute mentale dei migranti non si limita quindi all'assenza di disturbi o di sintomi e deve essere messa in relazione con la qualità delle relazioni sociali, con il benessere fisico e psicologico. Tali rilevazioni vanno intrecciate con le definizioni di cui sono portatori i migranti nel rispetto dei costrutti culturali di malessere e malattia presenti nelle culture di provenienza, dei saperi medici ufficiali e tradizionali, dei sistemi di cura.

L'esperienza migratoria e il percorso/progetto migratorio creano connessioni spazio-temporali che, una volta incrinata, possono essere riallacciate, riconnesse e ricostruite attraverso linguaggi verbali e non verbali, attraverso la narrazione e la memoria. Il desiderio di raccontare la propria storia deve trovare interlocutori in grado di accogliere l'intensità dei racconti e in grado di ricreare un mondo che inglobi i mondi al plurale, che li tenga assieme su un'unica trama. L'intreccio di tutti questi sistemi di significato produce il contesto entro cui si giocano i rapporti interculturali. Il contributo della antropologia culturale contemporanea pone però l'accento sulle differenze in senso comparativo e approfondisce la capacità di leggere i *rapporti tra* culture, non le culture stesse, gli incontri interculturali, non gli usi e i costumi. Solo così, possiamo stabilire relazioni, costruire ponti, intrattenere dialoghi: collocandoci sulla frontiera, ponendoci ai margini, ai *confini* tra le diversità e le somiglianze.

2.6 - Trauma migratorio, memoria e nostalgia

L'emigrazione è sempre distacco, separazione ma non è sempre distacco doloroso, taglio emotivo, e evento traumatico. E' quindi importante distinguere tra "stress traumatico" (o "trauma migratorio") e "stress psicosociale". Sebbene nella realtà le cose siano più complesse, usualmente nella letteratura il primo concetto³ si riferisce all'esperienza di morte e distruzione, con completa perdita di controllo e di significato dello stare al mondo e questo richiede, oltre alle risposte di *coping* (vedi sotto) anche il riconoscimento che la vita non sarà mai più come prima (Zajde 1998). Il punto d'attenzione si sposta allora sul set di risposte e di risorse che le persone sono in grado di attivare, sia internamente sia socialmente, avvalendosi della protezione, del supporto e dell'aiuto di altre persone. A questo proposito, la possibilità di costruire relazioni di fiducia in un ambiente estraneo, diviene fondamentale.

La psichiatria transculturale ha inoltre messo in luce che a fronte dell'universalità del dramma, le espressioni del dolore sono culturalmente condizionate: il disordine psichico è condizione umana ma le forme dell'espressione sono locali (Inghilleri e Terranova-Cecchini 1991, per una discussione critica sull'universalità delle emozioni, vedi Pandolfi 1991a, 1991b). L'antropologia medica ha invece messo in discussione questo assunto, proponendo chiavi di lettura della salute e della sofferenza che non danno per scontato l'universalità del dolore, bensì lo esplorano in

³ Un evento traumatico di tipo migratorio si realizza comunque in un contesto che è quasi sempre sociale e la narrazione dell'esperienza vissuta, per simboli o parole, consente di ricontestualizzare ciò che l'emigrazione e il distacco hanno decontestualizzato (Losi 2000). Generalmente però il termine trauma viene usato in contesto migratorio sia per riferirsi a un evento traumatico oppure può significare un effetto o una risposta traumatica a un evento, di per sé non necessariamente tale (Antze 1996, Reisner 2002). Spesso ci si dimentica che circostanze traumatiche non sempre portano ad effetti traumatici.

relazione a come e a cosa viene definito umano e non umano (Good, et al. 1992) e a considerazione sociali, politiche, economiche, spirituali e morali. Questa analisi ha conseguenze non solo sull'espressione del dolore ma anche sulla sintomatologia e la sua interpretazione. Nonostante la plasticità attraverso cui le culture tracciano i confini della malattia e della sofferenza, inevitabilmente ogni comunità tenderà a leggere e a interpretare le specificità entro griglie classificatorie i sintomi, le cause, la diagnosi e la cura. La processualità terapeutica viene sempre più riconosciuta: si parla infatti di polivalenza causale o polivalenza degli effetti (Zempleni 1985) o causalità a posteriori e a priori, mettendo così in evidenza la flessibilità dell'*atto diagnostico* "addomesticato da quello che potremmo definire la risposta sociale di tutto l'*entourage* nei confronti della malattia o del soggetto sofferente" (Pandolfi 1991a: 155).

√ *Trauma*: lo stress post-traumatico è stato oggetto di riflessione da parte degli antropologi e tale analisi si situa ai margini di diverse discipline e questo rappresenta uno stimolo metodologico al dialogo (Kleinman 1980a, 1980b, 1997). Gli antropologi offrono una visione "olistica", imperniata quindi non esclusivamente sui fattori di stress ma anche sulla salute e sulle emozioni residuali (Rush 1999). I lavori di Young hanno contribuito significativamente a mostrare il carattere storicamente e culturalmente costruito della sindrome da stress post-traumatico e fungono da punto di riferimento (Young 1992, 1993, 1994, 1995). Tuttavia, come si è notato, bisogna distinguere tra trauma e stress psicosociale, in quanto la reazione "normale" di *coping* in seguito a trauma non è sufficiente a ristabilire un ordine morale e di senso che consenta il fluire dell'esistenza. Nel caso in cui i migranti si sentano in una situazione di allarme, siano reattivi e provino sensazioni di esaurimento reiterato nel tempo o cronico si parla di *stress negativo*, per distinguerlo da uno stress positivo che invece inizialmente aumenta le capacità dell'individuo e la sua performance, secondo una definizione generale che si applica a diversi contesti (Fontana 2002).

√ *Memoria e nostalgia*: Nell'attivazione di una risposta identitaria, la memoria e la nostalgia consentono di riconnettere precedenti esperienze e di metterle in relazione tra di loro: memoria e nostalgia sono in storia orale e antropologia culturale (Mellina 1987) ciò che in psicologia viene definito *coping*, ossia modalità di risposta e riattivazione che consente di oscillare, talvolta in modo ambivalente, tra evitamento e intrusione, tra assenza e presenza, ovvero "crisi della presenza": "esserci nella storia significa dare orizzonte formale al patire, oggettivarlo in una forma particolare di coerenza culturale" (De Martino 1975: 15). Memoria e narrazione, attivate dalla nostalgia e dalla consapevolezza del distacco, trovano un loro naturale sbocco attraverso pratiche quotidiane: racconti di sé e della propria famiglia, oggetti portati con sé come feticci o porta-fortuna o anche oggetti quotidiani di uso comune che ricordano la propria cultura e le proprie usanze, suoni e musiche che trasformano lo spazio circostante e il ritmo del tempo e riportano provvisoriamente indietro nella terra d'origine, videoregistrazioni di feste e di matrimoni. Il punto è che questi supporti permettono l'espressione e la comunicazione di parti di sé e della propria cultura con ricadute positive per la costruzione o ri-costruzione dell'esperienza migratoria. La memoria non è quindi solo l'atto del ricordare un passato che non c'è più, non è tanto guardare un oggetto che è sparito nel mondo esterno e che viene ricercato disperatamente nel mondo interno. La memoria scaturisce piuttosto dall'esperienza e permette di elaborare e ristrutturare l'esperienza stessa alla luce delle esigenze del presente. Diventa una esplorazione proattiva del passato in relazione al presente e consente di "abitare la distanza" (Rovatti 1994), di trarre senso dall'assenza.

2.7 - Stress psicosociale e resilienza

Lo stress psicosociale è caratterizzato da un reiterato senso di inadeguatezza, allerta, reattività ed esaurimento che viene affrontato secondo strategie di coping che possono variare da contesto a contesto (Kramer e Bala 2004) ma che presentano alcuni tratti comuni.

Tipicamente, il cosiddetto *coping stage* (o *strategy*) è suddiviso in tre fasi (Losi 2000): *impatto* (caratterizzato da “rilassamento”, “euforia”, “realizzazione”) *rebound* (“ripercussione/reazione” con “delusione” “frustrazione”, “ritiro” o “depressione”) *coping* (fase in cui si riesce ad attivare il “far fronte”, con sentimenti di liberazione dal dolore)

√ *Stress psicosociale*: L’esperienza etnografica e clinica suggerisce che il disagio insorge quando le fasi diventano troppo lunghe o quando alcune disfunzioni si cronicizzano senza trovare vie d’uscita alternative o ristrutturazioni sbloccanti. Una modalità piuttosto diffusa è il ricorso a modi più arcaici o regressivi di rapportarsi con il mondo esterno, percepito come minaccioso. In alcuni casi si tratta di un ripiegamento sulla propria identità culturale vissuta come cristallizzata in alcuni atti, gesti, usanze con il conseguente uso di abitudini stereotipate, dell’intransigenza, della contrapposizione che ignora, metaforicamente parlando, le sfumature, i toni di grigio, le luci di diverse gradazioni. In altri casi può invece diventare un dispositivo interpretativo basato sulle dicotomie e sulle rigidità proprie di un pensiero che non sa pensare se stesso. Seppur più frequenti nelle migrazioni forzate (rifugiati, esiliati, profughi, *displaced people*), i fattori di rischio sono presenti anche nelle cosiddette migrazioni da lavoro, soprattutto quando la rappresentazione della propria esperienza migratoria evolve verso un quadro che sottolinea le privazioni e le mancanze. Si tratta di *privazioni socio-economiche e culturali* (rottture di ordine sociale, nelle separazioni dalla famiglia, nella scomparsa di alcuni membri durante l’esilio; la modificazione dei ruoli sociali e la loro svalorizzazione), *perdite significative* (della casa, del paese, di membri della famiglia, di amici, oppure di abitudini e di appartenenze che costituivano l’involucro che garantiva protezione e sicurezza psicoculturale); condizioni di inserimento nel nuovo contesto (accoglienza, difficoltà linguistiche che portano i figli a diventare traduttori e mediatori, difficoltà culturali anche transgenerazionali, pregiudizio e discriminazione, incertezza lavorativa e condizioni precarie).

√ *Resilienza*: questo concetto viene utilizzato in diversi modi e assume quindi una polivocalità a seconda delle discipline di riferimento. In una prima accezione, si riferisce alla capacità di un individuo o di un gruppo di far fronte alle difficoltà mobilitando una serie di risorse che non sono state intaccate dall’evento traumatico, dovuto a eventi catastrofici e distruttivi (guerre, migrazioni forzate, catastrofi naturali, persecuzione ecc.), oppure a eventi quotidiani meno eclatanti ma altrettanto dannosi per l’equilibrio delle persone (stigmatizzazione, stress, derisione, pregiudizio, ecc.), ed è quindi da mettersi in relazione sia con lo stress psicosociale che con il trauma migratorio. Collegato a idee di elasticità, vitalità, energia e buon umore, la resilienza può anche essere rappresentata come un cammino da percorrere in cui superare prove, elaborare conflitti, costruire ponti e in questa vece si riferisce alla possibilità di ristabilire un nuovo ordine significativo e una nuova visione che includa l’esperienza dolorosa piuttosto che relegarla fuori o ai margini. Per fare questo, due sono gli elementi centrali: l’aver sperimentato l’attaccamento sicuro a una figura di riferimento (non necessariamente la figura materna) e la capacità di costruire relazioni di fiducia con gli altri, per riconoscere ed accettare gli aiuti che provengono dall’esterno. Il processo di accompagnamento sostiene l’individuo nella costruzione di un ambiente circostante che presenti “tutori di resilienza”. In sintesi questi sono: la socializzazione della propria esperienza, il racconto e la narrazione anzitutto con se stessi e poi con gli altri nel rispetto dei reciproci sentimenti, l’umorismo che esercita spesso un effetto liberatorio di tensioni e consente la rielaborazione cognitiva dell’emozione associata alla rappresentazione dell’evento traumatico, trasformando la

persona da vittima a protagonista/eroe della propria esistenza, la creatività innescata dalla mancanza o dalla sofferenza che prelude al riscatto: proiettando su un oggetto autorappresentativo o su un oggetto transizionale le proprie emozioni e immagini interne, e rendendolo successivamente simbolo della transizione e del cambiamento, acquisendo una maggiore consapevolezza e capacità di affrontare la realtà attraverso l'ascolto di "voci multiple" (Papadopoulos, Byng-Hall 1997, Papadopoulos 2002, Losi Papadopoulos 2004).

2.8 - Efficacia delle narrazioni: procedimento e esito terapeutico

Il dialogo tra i medici, gli psicoterapeuti e gli antropologi, induce a interrogarsi sull'efficacia terapeutica dei trattamenti (Csordas Kleinman 1990), specie se inserito nel paradigma narrativo (Good 1994). Innanzitutto va rilevato che le analisi antropologiche e comparative delle narrazioni della malattia sono poche, con alcune eccezioni sulle "narrazioni terapeutiche" (Early 1982, 1993) delle donne di un quartiere popolare del Cairo: tali storie possono considerarsi efficaci da un punto di vista terapeutico perché si collocano su un "livello intermedio tra esperienza e teoria", permettendo alle donne di interpretare i propri malesseri entro una logica esplicativa locale e contestualmente al proprio percorso biografico. Unendo le due tradizioni, antropologica e clinica, Kleinman (1988b) ha condotto ricerche, come medico e come antropologo, tra i malati cronici americani e cinesi: ha utilizzato la teoria antropologica per mostrare come dal malessere si possa trarre senso e significato all'interno di rapporti sociali e culturali che ne plasmano l'esperienza e collocano la sofferenza entro "mondi morali locali" (*local worlds*).

In questa "svolta" (Pandolfi 1990a), Kleinman, distante dalla prevalenza della sola dimensione cognitiva, contenuta nella nozione di "modelli euristici" (*explanatory models*), tenta di connettere questi ultimi ad una etnografia dell'esperienza. La cultura diventa allora rimodellamento e riorganizzazione delle esperienze vissute, tiene conto della dimensione longitudinale, dello scorrere del tempo, della trasformazione e della metamorfosi. In questo approccio si ritrova l'idea, seguendo Augé Herzlich (1983), che la malattia sia un "fatto sociale totale". L'esperienza della malattia quando viene organizzata in forma narrativa può migliorare le condizioni di vita dei malati cronici (Pandolfi 1990b).

E' utile ricordare che le analisi antropologiche delle narrazioni hanno attinto in passato a due distinte tradizioni:

- √ gli *studi strutturalisti* del folklore e della mitologia: i formalisti russi e i linguisti strutturalisti hanno contribuito alla cosiddetta scuola francese. Propp (1928) ha ricavato dalle fiabe popolari un certo numero di invariante e di intrecci narrativi. Lévi-Strauss (1964) attinse alla distinzione di Jakobson tra assi verticali e orizzontali per lo studio comparato delle strutture elementari. Il problema con questo orientamento è l'atemporalità della narrazione.
- √ gli studi della socio-linguistica e della *performance* rituale: il carattere temporale della narrazione, il suo evolversi in modo interattivo, il suo sviluppo nel tempo sono propri non solo della narrazione ma di ogni processo sociale che drammatizzi una crisi e la sua riparazione. Le narrazioni come i rituali e i drammi sociali, si organizzano intorno alle contraddizioni e agli scarti caratteristici dei momenti di indeterminatezza assoluta, quali le crisi. La temporalità performativa necessita di un contesto, di interlocutori, di eventi all'interno di esperienze vissute e di guarigione (Turner 1986, Schieffelin 1985 e Kapferer 1983). Ai testi dell'analisi strutturalista si contrappone l'appropriazione della storia da parte dell'uditorio: il lettore riceve il messaggio componendolo. Una trama cioè non è solo presente come struttura ma viene creata dal lettore o ascoltatore momento per momento, tramite sintesi estetica. La trama non è forma o struttura finita, bensì in divenire (Ricoeur 1981). In modo assolutamente originale, difficile da ricondursi a una scuola, vi è poi il lavoro di Bateson intitolato *Naven* (Bateson 1958), che gli studi sul trauma riprendono utilmente per mostrare la situazione paradossale in cui si trovano gli iniziandi (Zajde 1988). Il trauma viene collegato

alle logiche iniziatiche delle società tradizionali che producono, attraverso il rituale, una metamorfosi: gli esseri umani vengono così fabbricati in quanto esseri culturali. In tali riti, i meccanismi di trasformazione sono violenti e radicalmente differenti rispetto a quelli occidentali dove si impone il primato dell'individuo e della sua propria responsabilità in merito all'agire sociale. Il mondo delle società tradizionali è un mondo multiplo, popolato da non umani, da esseri invisibili, da antenati e da divinità che presiedono alla discontinuità della metamorfosi.

E' necessario soffermarsi sulla distinzione tra processo terapeutico e esito terapeutico, da una parte, e tra processo terapeutico e procedimento terapeutico, dall'altra, in quanto rilevante per il dialogo tra le diverse discipline.

- √ Il *procedimento terapeutico* si riferisce alle azioni compiute e all'applicazione sistematica delle tecniche (medicinali, tecniche fisiche, operazioni, preghiere recitate, oggetti simbolici manipolati, viaggi intrapresi, stati alterati di coscienza richiesti, ecc.).
- √ L'*esito terapeutico* si riferisce a cosa pensano i partecipanti una volta che il processo terapeutico si è concluso, in termini di soddisfazione e di efficacia. Mentre in psicoterapia gli studi comparativi hanno portato a confrontare diversi approcci in antropologia le analisi sull'efficacia dei rituali terapeutici disegnano un quadro più ampio considerando soprattutto le situazioni dove lo stile di vita dei pazienti è rimasto invariato. Solo di recente, gli antropologi si sono concentrati maggiormente sull'esito terapeutico del trattamento, basandosi su "resoconti in prima persona" di pazienti circa il miglioramento dei loro sintomi (Finkler 1985) o sul grado di soddisfazione del trattamento (Kleinman e Sung 1979). Questa metodologia è un terreno comune con la psichiatria e gli studi sulla schizofrenia (vedi infra).

La constatazione che i pazienti possano dimostrarsi soddisfatti del trattamento nonostante la permanenza dei sintomi, dimostra le difficoltà metodologiche cui si va incontro nella misurazione dell'efficacia terapeutica. A questo punto l'antropologia medica suggerisce di considerare quattro distinti modalità di concepire il processo terapeutico:

- √ L'ambito privilegiato per l'antropologia di osservare, partecipando, al processo terapeutico è stato quello del *rituale* e gran parte della letteratura antropologica sulla cura si è in effetti occupata di riti di guarigione. Il prototipo di processo terapeutico in questo filone di studi è quello dei riti di passaggio (Van Gennep 1909, Turner 1969). In tali riti, il processo è inteso come una successione di fasi (tipicamente tre: separazione, fase liminale, reincorporazione) dove quella liminale consente agli iniziandi di attraversare quelle trasformazioni che consentono loro di cambiare status. Come si è già notato, negli studi sul trauma il rituale gioca un ruolo fondamentale nella pratica terapeutica (Zajde 1998, Sironi 1999)⁴. In psicoterapia, il processo terapeutico è ugualmente composto di diverse fasi, segnate dall'interazione verbale o dalla relazione terapeutica che in diversi approcci è ritenuta cruciale per il buon esito della terapia. E' importante notare che nel rapporto tra guaritore tradizionale

⁴ Il percorso di cura si articola in: una *prima fase* di riumanizzazione in cui si lavora sulla riaffiliazione al gruppo degli esseri umani, dove rotture, disorganizzazione e stati di benessere si alternano a stati di malessere, spesso sotto forma di lotta e di conflitto, con infine la comparsa di sogni di rinascita o di sogni risolutivi; una *seconda fase* di riaffiliazione alla propria storia familiare e al gruppo di origine, segnata da ambivalenza e ambiguità di stato (le persone non si riconoscono più), una fase di transizione che dà inizio a una riorganizzazione identitaria (ricollocazione in una famiglia o gruppo, ma con una posizione diversa, utilizzo efficace di rappresentazioni culturali, sensazione di non essere più soli); e una *terza fase* di compimento della trasformazione, dove scompaiono tutti i sintomi appartenenti alla serie traumatica, con capacità di pensare il visibile e il nascosto, e posizionamento all'interno di un gruppo mantenendo la propria individualità e diversità dagli altri (comparsa di eventi risolutivi con l'eventuale scelta di nuovi partner o di nuovi orientamenti professionali) (Sironi 1999, orig.: 2001: 160-161). Il terapeuta si colloca fin da subito in una posizione di controinfluenza, proponendosi come un antidoto.

e paziente non ha importanza la comprensione e l'interazione verbale e la ricerca più recente ha messo in luce un terreno di scambio tra antropologia e psicologia (Severi 2004).

- √ La seconda concettualizzazione fa riferimento al *processo esperienziale e intrapsichico* mettendo a fuoco la successione degli stati mentali, il manifestarsi dell'insight, l'interpretazione dell'esperienza di cura e il processo endogeno (simbolico o somatico). Sebbene l'antropologia si sia da poco accostata all'esperienza dei pazienti (Csordas 1988), dedicandosi maggiormente alla figura dei guaritori. Nella maggior parte dei casi si riconosce che il processo terapeutico si estende oltre l'evento stesso o perché l'insight appare in tutta la sua chiarezza solo in un secondo momento o perché la parte preparatoria del rituale di cura è parte dell'evento terapeutico in quanto spesso coinvolge diverse figure che fungono da supporto al malato (Csordas e Kleinman 1990).
- √ Una terza accezione di processo terapeutico si concentra su un *episodio di malattia* definito da una serie di decisioni che inducono alla diagnosi e al trattamento. Questo processo decisionale coinvolge non solo il paziente e il suo medico, ma si estende a una vasta rete di relazioni che hanno un qualche ruolo. In questa accezione, il processo decisionale è negoziato tra più saperi di cura e il pluralismo cui si ricorre per far fronte alla malattia mette in gioco diverse risorse che possono essere complementari o meno. A fronte di diverse fonti di guarigione, si privilegia il punto di vista dell'attore sociale che si muove tra diverse risorse offerte da diversi sistemi terapeutici, tra di loro in bassa o alta comunicazione (Kleinman 1980b, Losi 2000): nelle società complesse, i sistemi di cura si compongono delle relazioni tra forme terapeutiche della biomedicina, forme di specializzazione etnica o tradizionale e rimedi popolari che comprendono conoscenze, saperi e pratiche a livello degli individui, delle famiglie e delle comunità.
- √ Infine, quando terapia e cura si intrecciano con questioni sociali più ampie, si fa riferimento alle *implicazioni politiche e sociali* del processo terapeutico. La rete di supporto intorno ai pazienti che aiuta ad attingere alle risorse di volta in volta più adeguate esercita, oltre al supporto e all'assistenza, un controllo sociale ed ideologico sul paziente e fa leva sui valori impliciti nella terapia e nella condotta della malattia. Nel processo di costruzione della terapia viene elaborata una reazione alla situazione storico-politica che ha prodotto il disagio e all'interno del quale si manifesta l'afflizione, in modo tale da formulare un giudizio sul colonialismo e sui suoi riflessi (Comaroff 1985). Il riconoscimento dell'esistenza di condizionamenti economici e sociali sul processo terapeutico porta a considerare quale sia il ruolo del ricercatore in quanto attore sociale situato e posizionato entro il campo d'osservazione. Per questo motivo l'analisi e la critica culturale, la riflessività nella ricerca e la supervisione nell'azione terapeutica consentono di evidenziare e rendere espliciti tali condizionamenti.

2.9 - I modelli di efficacia terapeutica

A fronte delle difficoltà a misurare il successo terapeutico, il funzionamento delle terapie tradizionali è stato studiato con maggior precisione e si possono distinguere diversi modelli, che sono da considerarsi come diverse accentuazioni piuttosto che alternative mutualmente esclusive (Csordas e Kleinman 1990, Good 1994). I principali approcci antropologici all'efficacia terapeutica sono i seguenti:

- √ *Approccio strutturalista*: il riferimento è l'efficacia simbolica di Lévi-Strauss (1949) e il modo in cui in un canto cuna viene ricapitolato simbolicamente da parte dello sciamano il procedimento del parto. Nel canto lo sciamano riesce ad articolare la sofferenza della partoriente con la narrazione di un viaggio. Gli spiriti partiti alla ricerca dell'anima perduta, la cui assenza ha provocato il male, esplorano un paesaggio mitico generando una "geografia affettiva" e il paesaggio si fonde nel corpo in preda al dolore. Il dolore diviene esprimibile

attraverso un simbolismo appropriato e la paziente, comprendendo, guarisce. L'efficacia risiede per Lévi-Strauss nella corrispondenza e nella omologia tra atti e oggetti simbolici, metafore, struttura cosmologica, da un lato, e pensieri, emozioni e comportamenti della paziente, dall'altro (vedi anche Losi 2000). Questi lavori dimostrano l'esistenza di una omologia, ma non spiegano perché o se l'omologia abbia effetto. Più recentemente, Severi (2004) ha proprio contestato tale corrispondenza tra simboli e azioni, chiedendosi se la comprensione/credenza basti per la guarigione e ha posto al centro il paradosso implicato dalla descrizione contenuta in un particolare passaggio del canto cuna (ovvero quello del dialogo con la levatrice, il riconoscimento della presenza della malattia, l'incontro con la malata, la preparazione del braciere). Severi sostiene che qualcosa è già avvenuto quando il cantore comincia a cantare: i modi rituali del parlare (lo sciamano si riferisce a se stesso sempre alla terza persona) descrivono la posizione dell'enunciatore. Definendo il contesto di cura "appropriatamente", secondo la prospettiva cuna, il viaggio dello sciamano ha luogo e il canto diviene efficace, non perché la paziente comprende l'origine del suo male ma in quanto si "appropria" del suo dolore. "La semplice narrazione di un viaggio nell'aldilà non avrebbe, per i cuna, alcun effetto terapeutico", conclude Severi (2004: 198) che si sofferma sull' "uso riflessivo della tecnica parallelista" che crea uno spazio per la proiezione.

- a) *Approccio transazionale*: essendo una variante del precedente, questo modello sostiene che l'efficacia derivi da una transazione di simboli, significati o emozioni tra livelli strutturali. Il processo terapeutico inizia con l'individuazione di simboli mitici a livello personale: la cura attribuisce senso alla sofferenza individuale attingendo a un repertorio di simboli culturali. La comunicazione interiore tra diversi livelli (sé e soma) passa tramite una transazione astratta anche se è difficile dire tramite quali canali o ponti. Il sé corporeo non dualistico è difficile da concettualizzare alla luce di queste transazioni astratte che connetterebbero proprio gli aspetti dicotomici. Questo approccio sembrerebbe più indicato a spiegare l'efficacia dei riti di passaggio che riguardano i passaggi obbligati della vita sociale (matrimonio) o della maturazione biologica (pubertà), piuttosto che l'esperienza della persona sofferente.
- b) *Approccio clinico*: in un'ottica comparativa, nei termini di una serrata analogia con la psichiatria, le tecniche dei guaritori tradizionali e degli specialisti rituali sono stati sottoposti e analisi d'efficacia specifica (Prince 1993). Le motivazioni sono generalmente riportate a fattori quali la suggestione, la catarsi (Scheff 1979) o l'effetto placebo. Le cure tradizionali potrebbero avere forme di specificità proprie che non consentono la comparazione, tranne in caso di trattamento etnofarmacologico.
- c) *Approccio emico*: spesso gli effetti dei rituali di cura sono incrementali e non conclusivi, nel senso che si osservano miglioramenti graduali ma non possono essere considerati una definitiva guarigione, secondo una concezione occidentale che contrappone malattia-guarigione (Csordas 1987). Lo specifico delle terapie rituali è proprio la dimensione esperienziale e "religiosa" piuttosto che clinica, anche se queste due dimensioni non vanno contrapposte. L'attivazione di meccanismi endogeni di autoguarigione è propria dei rituali tradizionali (Bibeau 1983). La dicotomia è riduttiva in quanto rimanda alla sistematica descrizione della sofferenza in quanto malattia, ovvero privilegiando il concetto di *disease* in luogo di *illness*. Numerosi sono gli studi che documentano l'efficacia delle terapie religiose di immigrati e rifugiati, ma la dimensione religiosa è messa in relazione alla promozione di solidarietà da parte del gruppo.
- d) *Approccio sociale*: l'efficacia terapeutica è dovuta al sostegno sociale offerto dal gruppo e dalla sua capacità di risolvere le relazioni sociali conflittuali che hanno generato il disordine (Turner 1964, 1968). In questa tradizione, il focus non è tanto l'individuo quanto il gruppo e la possibilità per un individuo malato di essere curato attraverso una nuova affiliazione a un

nuovo gruppo (Crapanzano 1973, 1977), nei casi di possessione. Nel caso degli Hamadsha del Marocco si instaura un rapporto simbiotico tra i partecipanti, la persona afflitta e lo spirito o il demone che la possiede.

- e) *Approccio interpretativo*: in questo filone i rituali non sono analizzati come testi ma come rappresentazioni (Csordas 1983, Tambiah 1981) e sollevano alcuni interrogativi quali l'esperienza soggettiva dei partecipanti, gli effetti dei discorsi pronunciati e delle azioni eseguite, le trasformazioni performative di contesti e significati.

Gli approcci metodologici presentati non si escludono a vicenda, ma sono in dialogo tra loro e con le discipline affini. Lévi-Strauss ad es. conversa con la psicoanalisi e il meccanismo dell'abreazione (la rappresentazione rituale, evocando il conflitto inconscio, permette di riviverli e di risolverli), Tambiah richiama analogie tra gli aspetti personali della malattia e quelli culturali, Prince ricerca fonti biomediche (psicofisiologiche) per le terapie sciamaniche, ossia il rilascio di oppiacei endogeni e nella sua discussione suggerisce legami tra i campi psicofisiologico, intrapsichico e culturale. In sintesi, le direzioni aperte per la ricerca riguardano un approfondimento della comparazione tra psicoterapia di gruppo e terapie rituali, l'evoluzione della psicoterapia occidentali in paesi non occidentali, la definizione di processo terapeutico che non può ridursi all'evento terapeutico in quanto tale ma che coinvolge in modo sistemico tutti gli attori coinvolti e la trasformazione terapeutica di ognuno (processo sociale e esperienziale oltre che terapeutico).

Infine, un accenno alla antropologia delle emozioni che a partire dagli anni '80 ha contribuito a ridefinire il rapporto tra cultura, società e psiche mettendo in luce come una cultura, e le culture che ne fanno parte, si delinea e si definisce anche attraverso gli stati affettivi, i sentimenti e le emozioni che non sembrerebbero rientrare nello scambio sociale, in quanto relegate alla sfera del privato. L'antropologia delle emozioni ha rifondato lo studio degli aspetti più profondi e oscuri della esperienza umana, affermando che si tratta di uno degli "oggetti" dell'antropologia e di altre scienze sociali, sia per ricavarne importanti insight sulle culture stesse e sul modo in cui viene affrontata la sofferenza e la malattia (Lutz e White 1980, Rosaldo 1980, Shweder e LeVine 1984, Abu-Lughod 1986), sia attribuendo all'esperienza emotiva del ricercatore o ricercatrice sul campo un ruolo primario che consente il "posizionamento" (Rosaldo 1989). Inoltre, la scelta di informatrici privilegiate che parlassero degli aspetti oscuri e silenti della propria vita ha portato a considerare le differenze di genere secondo una prospettiva antropologica che si intreccia con quella femminista, da sempre interessata agli spazi liminali, ai margini: riportare al centro della scena sociale ciò che normalmente sta ai margini consente di individuare itinerari particolari non normativi che facilitano l'emersione di pratiche, conoscenze e rappresentazioni fondate sulla tradizione ufficiale del gruppo (Pandolfi 1991a).

2.10 - Riferimenti bibliografici

- Abu-Lughod, L., (1986), *Veiled Sentiments*, Berkeley: University of California Press (tr. It. *Sentimenti Velati*, a cura di Maher V., Sacchi, P., Schellenbaum, P., Torino: Bollati-Boringhieri 2006)
- Almeida-Filho, N., (1987), Social epidemiology of mental disorders: a review of Latin American studies, *Acta psychiatrica scandinavica*, 75: 1-10
- Antze, P., Lambeck, M., (eds), (1996), *Tense Past. Cultural Essays in Trauma and Memory*, New York – London: Routledge
- Appadurai, A., (1990) Disjunction and Difference in *Global Culture. Nationalism, Globalization and Modernity*, London: Sage 1990 (tr. It. Disgiunzione e differenza nell'economia culturale globale in Featherstone, M., (cur), *Cultura globale*, Roma: Edizioni SEAM, Roma, 1996)
- Augé, M., Herzlich, C., *Le senses du mal*, 1983, (tr. It. *Il senso del male*, Milano: Il Saggiatore 1986)

- Bateson, G., (1958), *Naven*, Stanford: Board of Trustees of the Leland Stanford Junior University (tr. It. *Naven. Un rituale di travestimento in Nuova Guinea*, Torino: Einaudi 1988).
- Bibeau, G., (1983), L'activation des mécanismes endogènes d'auto-guérison dans les traitements rituels des Angbandi, *Culture*, III, 1: 33-49 (tr. It. L'attivazione dei meccanismi endogeni di autoguarigione nei trattamenti rituali degli agbandi, in Lanternari, V., e Ciminelli, M. L., (cur), *Medicina, Magia, Religione, Valori*, Napoli: Liguori Editore 1983)
- Comaroff, J., (1985), *Body of Power, Spirit of Resistance*, Chicago: Chicago University Press
- Crapanzano, V., (1973), *The Hamadsha: A Study in Moroccan Ethnopsychiatry*, Berkeley: University of California Press
- Crapanzano, V., (1977), Introduction, in Crapanzano, V., Garrison, V., (eds), *Case studies of Spirit Possession*, New York: J. Wiley and Sons
- Csordas, T. J., (1988), Elements of Charismatic Persuasion and Healing, in *Medical Anthropology Quarterly*, 2: 445-475
- Csordas, T. J., Kleinman, A., (1990), The therapeutic process, in Johnson, T. J., Sargent, C. F., (eds), *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*, New York: Praeger (tr. it. Il processo terapeutico, in Lanternari, V., e Ciminelli, M. L., (cur), *Medicina, magia, religione, valori*, Vol. 2, Napoli: Liguori Editore, 1998)
- Csordas, T., (1983), The retrace of transformation in ritual healing, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 7: 333-375
- Csordas, T., (1987), Health and the Holy in African and Afro-American spirit possession, *Social Science and Medicine*, 24, 1: 1-11
- Das, V., Kleinman, A., Ramphela, M., e Reynolds, P., (cur), (1997), *Violence and Subjectivity*, Berkeley: University of California Press.
- Dei, F., (2005), *Antropologia della violenza*, Roma: Meltemi
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., Kleinman, A., (1995), *Worlds Mental Health: problems and priorities in low-income countries*, New York, Oxford Univ. Press
- Early, E., (1982), The Logic of Well-being: Therapeutic Narratives in Cairo, Egypt, in *Social Science and Medicine*, XVI: 1491-97
- Early, E., (1993), *Baladi Women of Cairo*. Cairo: The American University in Cairo Press
- Eisenberg L., (1973), Disease and Illness: Distinctions between Professional and Popular Ideas of Sickness, *Culture, Medicine & Psychiatry*, 1: 9-23
- Finkler, K., *Spiritualist Healers in Mexico: Successes and Failures in Alternative Therapeutics*, South Hadley (MA): Bergin & Garvey Publ. 1985
- Fontana, A., (2002) *Lo stress che ci fa bene*, Roma: Meltemi
- Good, B. J., (1993), Culture Diagnosis and Comorbidity, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16: 427-446
- Good, B. J., (1997), Studying Mental Illness in Context: Local, Global or Universal, *Ethos*, 25: 230-248
- Good, B. J., Brodwin, P., Good, B., Kleinman, A., (cur), (1992), *Pain as Human Experience: an Anthropological Perspective*, Berkeley: University of California Press.
- Good, B., (1994), *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge: Cambridge University Press (tr. It. *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Milano: Edizioni di comunità 1999).
- Hannerz, U., (1992), *Cultural Complexity*, New York: Columbia University Press (tr. It. *La complessità culturale*, Bologna: Il Mulino 1998)
- Harvey, P., (1994), Domestic Violence in the Peruvian Andes, in *Sex and Violence: Issues in Representation and Experience*, P., Harvey e P., Gow, (cur), New York: Routledge.

- Hastrup, K., (2003), Violence, suffering and Human Rights: Anthropological Reflections, *Anthropological Theory* vol. 3, no 3
- Heald, Suzette, (1998), *Controlling Anger: The Anthropology of Gisu Violence*, Ohio University Press.
- Hunter, E., (1991), Double Talk: changing and conflicting constructions of indigenous mental health , *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31: 820-827
- Inghilleri, P., (1991), La psicologia transculturale: una visione storica per scenari futuri, In Inghilleri, P., Terranova-Cecchini, (cur), *Avanzamenti in psicologia transculturale*, Milano: Angeli
- Inghilleri, P., Terranova-Cecchini, R., (1991), *Avanzamenti in psicologia transculturale. Nuove frontiere della cooperazione*, Milano: Angeli
- Kapferer, B., (1983), *A Celebration of Demons: Exorcism and the Aesthetics of Healing in Sri Lanka*, Bloomington: Indiana University Press
- Kapferer, B., (cur), (2004). *State, Sovereignty, War*, Berghahn.
- Kleinman, A., (1977), Depression, somatization and the new cross-cultural psychiatry, *Social Science and Medicine*, 11: 3-10
- Kleinman, A., (1980a), Major conceptual and research issues for cultural (anthropological) psychiatry, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 4: 3-13
- Kleinman, A., (1980b), *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, Berkeley: University of California Press
- Kleinman, A., (1988a), *Rethinking Psychiatry: from cultural category to personal experience*, New York: Free Press
- Kleinman, A., (1988b), *The Illness Narrative: Suffering, Healing and the Human Condition*, New York: Basic Books
- Kleinman, A., (1997), *Writing at the Margin, Discourse Between Anthropology and Medicine*, Berkeley: AUC Press
- Kleinman, A., (1997), The Violences of Everyday Life: The Multiple Forms and Dynamics of Social Violence. In Das, V., Kleinman, A., Ramphela, M., e Reynolds, P., (cur), *Violence and Subjectivity*, Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A., e Sung, L., H., (1979), Why Do Indigenous Practitioners Successfully Heal? In *Social Science and Medicine*, XIII: 7-26
- Kleinman, A., Kleinman J., (1991), Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15: 275-301
- Kramer, S., Bala, J., (2004), Managing Uncertainty: Coping Styles of Refugees in Western Countries, *in Intervention*, 2, 1: 33-42
- Lévi-Strauss, C., (1949), L'efficacité symbolique, in *revue de l'Histoire des Religions*, 135, 1: 5-27 (tr. It. In *Antropologia strutturale*, Milano: Il Saggiatore 1978)
- Lévi-Strauss, C., (1964), *Le Cru et le Cuit*, Paris: Plon (tr. It. *Il crudo e il cotto*, Milano: Il Saggiatore 1966)
- Losi, N., (2000), *Vite altrove. Migrazione e disagio psichico*, Milano: Feltrinelli
- Losi, N., e Papadopoulos, R., (2004), Post-conflict Constellations of Violence and the Psychosocial Approach of the *International Organization for Migration (IOM)* in *Book of Best Practices. Trauma and the Role of Mental Health in Post-Conflict Recovery*, International Congress of Ministers of Health for Mental Health and Post-Conflict Recovery, Rome, Dec. 3-4, 2004 (tr. It. Costellazioni della violenza post-conflitto e approccio psicosociale dell'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM), Roma 2005).
- Lutz, C., e White, G., (1980), The Anthropology of Emotions, *Annual Review of Anthropology*, 15: 405-436

- Manson, S. M., (1995), The wounded spirit: a cultural formulation of post-traumatic stress disorder, *Culture, Medicine and psychiatry*, 20: 489-498
- Mellina, S., (1987), *La nostalgia nella valigia*, Venezia: Marsilio
- Nagengast, C., (1994), Violence, Terror, and the Crisis of the State, in *Annual Review of Anthropology* 23:109-36.
- Nathan, T., (1986), *La folie des Autres*, Paris: Dunod (tr. It. *La follia degli altri. Saggi di etnopsichiatria clinica*, M., Pandolfi, (cur), Firenze: Ponte alle Grazie, 1990)
- Nathan, T., (1994), *L'influence qui guérit*, Paris: Odile Jacob 1994
- O'Neil, T. D., (1989), Psychiatric investigations among American Indians and Alaska natives: a critical review, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 13: 51-87
- Pandolfi, M., (1990a), Oltre Ippocrate: itinerari e strumenti in etnopsichiatria in Introduzione, Nathan, T., (1990), *La follia degli altri*, Firenze: Ponte alle Grazie.
- Pandolfi, M., (1990b), Boundaries Inside The Body: Women's Suffering in Southern Peasant Italy", in *Culture, Medicine, Psychiatry*, 14: 253-271.
- Pandolfi, M., (1991a), L'altro corpo: identità femminile fra tradizione e neo-tradizione, in Inghilleri, P., Terranova-Cecchini, R., (cur), *Avanzamenti in psicologia transculturale. Nuove frontiere della cooperazione*, Milano: Angeli
- Pandolfi, M., (1991b), *Itinerari delle Emozioni*, Milano: Angeli
- Papadopoulos, R., (2002), (cur), *Therapeutic Care for Refugees. No place like home*, London: Karnac
- Papadopoulos, R., Byng-Hall, J., (cur), (1997), *Multiple Voices. Narrative Systemic Therapy*, London: Karnac Books, Reprint 2002 (tr. It. *Voci Multiple*, Milano: Bruno Mondadori, 1999).
- Pedersen, D., (1993), Mental Health amongst the indigenous people of Latin America, Working Paper Nr 19, Center for the Study of Culture and Medicine, Harvard University, Cambridge MA
- Prince, R., Sciamani ed endorfine. Fattori esogeni ed endogeni nelle psicoterapie, in *Attualità in Psicologia*, 8, 2: 69-83
- Propp, V., (1928), *Morfologia della fiaba*, Torino: Einaudi, Ristampa 1966
- Reisner, S., (2002), Staging the unspeakable, in Psychosocial and Trauma response in war-torn societies, in *IOM-Psychosocial Notebook*, 3, Geneva: IOM.
- Ricoeur, P., (1981), *Hermeneutics and the Human Sciences*, Cambridge: Cambridge University Press
- Rosaldo, M. Z., (1980), *Knowledge and Passion*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Rosaldo, R., (1989), *Culture and Truth*, Boston: Beacon Press (tr. It. *Cultura e verità*, Roma: Meltemi 2001).
- Rovatti, P. A., (1994), *Abitare la distanza. Per un'etica del linguaggio*, Milano: Feltrinelli
- Rush, J. A., (1999), *Stress and Emotional Health : Applications of Clinical Anthropology*, Greenwood Books
- Scheff, T., (1979), *Catharsis in Healing, Ritual and Drama*, Berkeley: University of California Press
- Schieffelin, E., (1985), Performance and the Cultural Construction of Reality, in *American Ethnologist*, XII: 707-24
- Severi, C., (2004), *Il percorso e la voce*, Torino: Einaudi
- Shweder, R., e LeVine, R., (1984), *Culture Theory: Essays on Mind, Self and Emotion*, Cambridge: Cambridge University Press
- Stiglmayer, A., (1994), . *Mass Rape: The War Against Women in Bosnia-Herzegovina*. London: University of Nebraska Press.

- Tambiah, S., (1985) *Culture, Thought and Social Action. An Anthropological Perspective* Cambridge: Harvard University Press, 1985 (ed. orig. 1981, tr. It. *Rituali e cultura*, Bologna: Il Mulino 2002)
- Taylor, C., (1999). *Sacrifice as Terror: the Rwandan Genocide of 1994*. London: Berg.
- Turner, V., (1964), A Ndembu doctor in practice, in Kiev A. (cur), *Magic, Faith and Healing*, New York: Macmillan 1964 (tr. It. *La foresta dei simboli*, Brescia: Morcelliana, rist. 2001).
- Turner, V., (1968), *The Drums of Affliction: A Study of Religious Process among the Ndembu of Zambia*, Oxford: Clarendon Press
- Turner, V., (1986), *The Anthropology of Performance*, New York: Paj Publications 1986 (tr. It. *Antropologia della performance*, Bologna: Il Mulino 1993)
- Turner, V., *The Ritual Process. Structure and Anti-Structure*, Chicago: Aldine 1969 (tr. It. *Il processo rituale*, Brescia: Morcelliana 1972)
- Van Gennep, A., (1909), *Les rites de passage*, Paris: Nourry (tr. It. *I riti di passaggio*, Torino: Boringhieri, 1981)
- WHO, (1999), *The mental health of indigenous people. An International Overview*, Report by Alex Cohen, Geneva: World Health Organisation
- Young, A., (1992), "Reconstructing rational minds: Psychiatry and morality in the treatment of post traumatic stress disorder," in *The Social Construction of Illness*, J. Lachmund and G. Stollberg, eds. Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 115-124.
- Young, A., (1993), "A Description of How Ideology Shapes Knowledge of a Mental Disorder (Posttraumatic Stress Disorder)," in *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, Shirley Lindenbaum and Maragaret Lock, eds. Berkeley: University of California Press, 108-128.
- Young, A., (1994a), "Suffering and the origins of traumatic memory," in *Deadalus*, 125:245-260.
- Young, A., (1994b), "Symptom attribution in cultural perspective," with L. Kirmayer and J. Robins, in *Canadian Journal of Psychiatry* 39:585-595.
- Young, A., (1995), *The Harmony of Illusions: Inventing Posttraumatic Stress Disorder*, Princeton: Princeton University Press.
- Young, A., (in press), "Bodily memory and traumatic memory," in *Trauma, Culture, and the Sciences of Memory*, M. Lambek and P. Antze, eds. London: Routledge, forthcoming.
- Zajde, T., (1998), Le traumatisme, in Nathan, T., Blanchet, A., Ionescu, S., Zajde, N., *Psychothérapies*, Paris: Odile Jacob (tr. It. Il trauma, in in Nathan, T., Blanchet, A., Ionescu, S., Zajde, N., *Psicoterapie*, Bologna: Club 2000)
- Zempleni, A., (1985), La maladie et ses cause, *L'Ethnographie*, n. 96-97: 13-44

3 – Approccio sistemico-relazionale

Lo sviluppo di nuovi ambiti conoscitivi intorno alla metà degli anni 50 favorisce lo sviluppo di un pensiero sistemico-relazionale negli studi sulla schizofrenia (Bateson, Jackson, Haley, Weakland, 1956). L'antropologia, la sociologia e la psicologia relazionale favoriscono un'interdisciplinarietà che approfondisce lo studio dell'individuo alla luce dei contesti socio-culturali di appartenenza. In particolare, in ambito psicologico si sviluppa un interesse per i fattori interpersonali oltre che per quelli esclusivamente intrapsichici.

3.1 – Teoria dei sistemi

La “teoria dei sistemi” (Von Bertalanffy 1968) connette diversi settori della conoscenza (da quelli scientifico-matematici a quelli umani) e definisce i concetti principali quali sistema, organizzazione sociale e familiare, autoregolazione, causalità circolare, equifinalità, interdipendenza delle parti come portanti della nuova logica di pensiero. Questo approccio nasce dall'esigenza di superare il modello meccanicistico secondo cui ogni individuo compie azioni per effetto di causalità lineari in favore di una lettura delle complessità interazionali (causalità circolare). La trama del dibattito scientifico e le “mutazioni del sapere” intorno alla sistemica è stato recentemente riesplorato (Telefener e Casadio 2003)

Questa nuova tendenza assume un linguaggio scientifico alternativo e si fa portatrice di una prospettiva che guarda al mondo in funzione dell'interdipendenza delle parti: l'interazione umana si “organizza” secondo le modalità con le quali si organizza un sistema. I concetti di interazione e relazione, intesi il primo come la parte del comportamento osservabile nel *qui ed ora* dagli studiosi sistemici e la seconda come significati che l'individuo consegna all'interazione stessa (quelli più profondi), non sempre osservabile, in cui si esprimono emozioni, motivazioni, aspettative e soggettività, vanno inseriti all'interno di un contesto più ampio: teorie sulla comunicazione umana e pensiero olistico che permettono di avviare nuovi processi conoscitivi basati sull'ampliamento di contesti e lo studio delle trasformazioni all'interno degli insiemi.

Gli autori di Palo Alto (Watzlawick, Jackson, Haley e Weakland 1967) si pongono come portatori del pensiero di Bateson e trasmigrano il concetto della visualizzazione di sistemi umani, quale *in primis* la famiglia, organizzati da regole comunicative e di interazione più o meno rigide. Il gruppo di Palo Alto incentra l'attenzione sugli aspetti di comunicazione/comportamento e si sofferma sul concetto di “doppio legame” o “doppio vincolo”, introdotto da Bateson nel lavoro con gli schizofrenici. Il doppio vincolo è un particolare modo di comunicare che produce disagio in una delle due parti, in quanto comunicazione disfunzionale tipica delle diadi in un sistema chiuso (ad es. la relazione madre/bambino)⁵.

⁵ Bisogna notare che i messaggi conflittuali sono sempre più numerosi nella società contemporanea e non necessariamente producono disagio. Perché questo avvenga, è necessaria la ripetizione di messaggi contraddittori entro una relazione chiusa (ad es. madre/bambino) dove uno degli attori, nella fattispecie quello che comunica il messaggio, ha il potere della relazione: questa situazione, prosegue la teoria del doppio vincolo, porta all'incapacità di rispondere del soggetto più debole. Il doppio vincolo è entrato nella *definizione* di schizofrenia e, come ha notato Bateson in un articolo apparso negli anni Settanta “c'è da aspettarsi che entri a far parte della danza autoalimentata che contribuisce a mantenere e forse a generare questa condizione” (Bateson 1991, tr. It. 1997: 242). Il doppio vincolo può essere visto come l'attivazione di *un'altra logica*, non come causa patologica, tanto che esso è presente anche nell'umorismo, nella poesia e nell'arte, nella religione, nell'ipnosi, negli stati alterati di coscienza e nel sogno. Va infine notato che l'antropologia culturale ha portato alcune critiche a questa teoria, e in particolare all'equazione comportamento = carattere in quanto ritenuta semplificatrice per almeno due ragioni: a) l'assenza di informazioni sulla relazione dialogica e sulla soggettività dell'osservato e b) la crisi del concetto globalistico di cultura e carattere nazionale, considerato che le prime osservazioni furono fatte da Bateson e Mead a Bali (Canevacci 2001).

3.2 - Le origini della terapia familiare

Alcuni anni dopo, sempre in Usa, si sviluppa un approccio sistemico-relazionale che verrà denominato “terapia familiare” per l’interesse a lavorare con le famiglie: la famiglia e non l’individuo è l’unità su cui basare la diagnosi e la terapia. Le “origini” della terapia familiare sono solitamente fatte risalire agli anni ’60 e al pensiero sistemico batesoniano: mentre il filone californiano sviluppatosi intorno alla Scuola di Palo Alto utilizzava teorie estranee alla psichiatria e alla psicoanalisi, il filone originatosi a New York e Filadelfia integrava questo approccio con le teorie psicoanalitiche, rivolgendosi all’osservazione diretta di pazienti psichiatrici e dell’interazione con le loro famiglie.

Recentemente, la “storia ufficiale” della terapia familiare, sopra descritta, è stata ri-narrata (Beels 2002), allargando lo sguardo a filoni di ricerca e di storia delle idee che risalgono alla nascita del lavoro sociale negli Stati Uniti (Mary Richmond), al pragmatismo (William James) e all’opera di John Dewey. Lo sforzo di operare un’analisi storico-antropologica⁶ delle origini permette di superare una situazione di crisi in cui sembra essere la terapia familiare e consente di stabilire nuove e vecchie connessioni con altri saperi⁷: l’osservazione dei sistemi di comunicazione linguistica che riflette la visione del mondo di un gruppo (Edward Sapir)⁸, ponendo le basi per l’etnolinguistica secondo cui gli enunciati verbali acquisiscono il loro significato in base al contesto e alle “presupposizioni condivise”⁹, il mesmerismo e l’ipnosi (Milton Erickson): in particolare, quest’ultimo, per l’importanza attribuita ai rituali, alle storie, alle fantasie, e alle fiabe nella ipnoterapia. E, ciò che più importa, per l’interesse manifestato per le influenze reciproche tra questo immaginario e i processi familiari e di gruppo (Beels 2002).

3.3 – Punti di articolazione dell’approccio sistemico

L’approccio sistemico-relazionale si articola in sintesi attorno ad alcune idee condivise, in un’ottica circolare:

- f) L’individuo è un essere relazionale
- g) La famiglia dell’individuo è un “sistema” di appartenenza (concetto di “famiglia con storia”) e analoga considerazione per gli altri contesti di interazione umana (concetto di “sistemi interattivi”)
- h) I cambiamenti/comportamenti vengono letti in funzione della relazione tra gli individui e del contesto nel quale si manifestano

⁶ Parafasando Devereux, si potrebbe dire che viene affrontata la storia della psicoterapia familiare come un problema antropologico

⁷ E’ stato notato (Beels 2002) che in alcuni casi è circolata la domanda se il pensiero sistemico sia una *conditio sine qua non* della terapia familiare (Hoffman, 1990). Lo sguardo storico-antropologico consente di inserire la terapia familiare in un più ampio contesto culturale e di storia delle idee e secondo Krause (1998) la cornice sistemica è necessaria proprio nel momento in cui si prenda in considerazione seriamente lo studio della cultura.

⁸ Nel *Dizionario di Antropologia*, Zanichelli (1997) alla voce “etnolinguistica” si sottolinea che il rapporto tra lingua e cultura viene ribaltato a partire dagli anni ’50 con “l’ipotesi Sapir-Whorf” in cui si sosteneva, sull’onda delle ricerche di Whorf, in quanto Sapir era più cauto, che parlare una lingua equivalesse a vivere in una realtà fenomenica particolare, che non poteva essere messa in un ordine gerarchico rispetto alle lingue occidentali, ma doveva inserirsi in una prospettiva di relativismo culturale. Successivamente il rapporto tra lingua e cultura si è approfondito e ci si è posti il problema della direzione, del peso e delle modalità di tale influenza, e dal fatto che in ogni parlante siano presenti più varietà linguistiche, per es. Lakoff (1987) e le ricerche in antropologia cognitiva e antropologia linguistica.

⁹ Nel *Dizionario di Antropologia*, Zanichelli (1997) si nota che Malinowski (1920) fu il primo a utilizzare tali nozioni, oggi riconosciute centrali nella etnometodologia, nell’analisi conversazionale, nell’etnografia della comunicazione e in sociolinguistica.

- i) Il contesto viene inteso come la “cornice psicosociale” che delimita e confersice significato a quanto avviene nel suo interno
- j) La cultura come categoria di analisi costitutiva e intrinseca alla famiglia

Quest’ultimo punto è stato messo in evidenza recentemente (Weinstein 2004) in un articolo che sottolinea come i pionieri della terapia familiare abbiano utilizzato fin dagli esordi, seppur non in modo sempre coerente e sistematico, il concetto di cultura che, in quegli anni, travalicava i confini disciplinari dell’antropologia e della sociologia. Più recentemente anche in Italia viene sottolineata l’importanza di una “terapia familiare culturale” che faccia fronte alle nuove realtà sociali in un mondo in trasformazione (Di Nicola 1997).

3.4 – I diversi orientamenti

A seconda degli autori, si possono distinguere diversi orientamenti (Bertrando, Toffanetti 2000):

- √ la teoria sistemica affianca il modello psicoanalitico e psicodinamico (Ackerman 1958): ogni famiglia viene considerata un’entità complessa e caratteristica, determinata da molteplici fattori etnici, economici e sociali e da un proprio modo di inserirsi nel mondo sociale,
- √ si costruisce un approccio centrato sullo studio della famiglia quale sistema interattivo e gerarchico e si sviluppa il concetto di “famiglia invischiata” (Minuchin 1976);
- √ si accentua la necessità di considerare la profondità intergenerazionale su almeno tre generazioni (Framo 1996), sviluppando al contempo il concetto di differenziazione del sé individuale dalla famiglia di origine (Bowen 1979) e quello delle lealtà invisibili (debiti e crediti tra le generazioni) (Boszormenyi-Nagy e Spark, 1988);
- √ si approfondisce l’approccio sistemico e strategico della Scuola di Palo Alto con il superamento del sintomo patologico tramite tecniche paradossali. In Italia, il gruppo della Selvini Palazzoli si ispira ai puristi dei sistemi (concetti e linguaggio) e presenta il merito di aver applicato le teorie sistemiche alla comprensione delle dinamiche familiari (Malagoli Togliatti e Cotugno 1996, Malagoli Togliatti e Telfener 1998);
- √ si enfatizza l’esperienza del terapeuta e della sua specifica personalità (Whitaker 1986), da cui risulta un incontro originale e umano con le famiglie, e si sperimentano tecniche di co-conduzione tramite la presenza di coterapeuti: questo approccio esperienziale accentua la natura simbolica degli scambi (Whitaker e Bumberry 1988).

I due aspetti su cui c’è minor accordo e maggior dibattito tra i teorici della terapia familiare sono, come risaputo, il continuum universale-particolare nella concezione della famiglia e della sua psicopatologia che, spesso risente del concetto di cultura utilizzato, e il ruolo stesso della terapia familiare a volte visto come tentativo di perpetuare il modello della famiglia nucleare, a volte visto come forza propulsiva che permette di superare le ineguaglianze sociali e modificare i modelli dominanti (Weinstein 2004).

3.5 - Il concetto di cultura tra antropologia e sistemica

Fa notare Krause (1998) che la cultura è da considerarsi una costruzione culturale che viene quindi prodotta, riprodotta e trasformata nelle interazioni sociali, sia nella sfera pubblica che in quella privata, sia a livello generale della società, sia a livello delle comunità e dei singoli individui, negli aspetti più intimi e particolari di ognuno.

Se teoria e pratica si coniugano nel concetto di agentività (*agency*)¹⁰, secondo cui gli esseri umani utilizzano “modelli descrittivi” e “modelli per” l’azione nella realtà che sono “imposti su” ma anche “derivati da” le pratiche sociali: “gli esseri umani ‘fanno’ la società proprio come la società ‘fa’ loro” (Ahearn 2001). Tali modelli ed esperienze possono essere ripensati secondo quella che è stata definita “una teoria della pratica”, cioè in modo condiviso, contrastato e negoziato, lontano da cristallizzazioni in stereotipi, pregiudizi, categorizzazioni, reificazioni che pure fanno parte di quel discorso (parzialmente) condiviso (Herzfeld 1997).

Questo orientamento cerca di rispondere nelle scienze sociali alla domanda: in che modo la riproduzione sociale diviene trasformazione sociale? E questo è l’ambito della agentività: le azioni cioè sarebbero sempre sottoposte a vincoli di carattere personale, sociale, culturale e linguistico, in taluni casi utilizzati consapevolmente come “resistenza” al cambiamento o alle strutture di potere: la cultura emerge cioè in forma dialogica, una “danza delle culture” (Breidenbach e Zukriegl 1998). A questo proposito, alcuni studi confermano il ruolo dell’individuo inteso come essere autonomo e responsabile delle proprie azioni, una nozione “tipicamente” diffusa nelle culture occidentali, mentre altri sottolineano il potere d’influenza esercitato dal discorso, dalle forze sociali, dalla discendenza.

Se questo è maggiormente un territorio di analisi proprio delle scienze sociali (Geertz 1973, Bourdieu 1972, Hannerz 2001), anche la pratica clinica ne viene influenzata: non si può accedere alla cultura, costitutiva del soggetto e non mero epifenomeno, semplicemente all’interno della relazione terapeutica. Cruciale diventa la possibilità di comprendere il contesto socio-culturale e relazionale allargato entro cui si muove il cliente. La cultura consente di aprirsi a dinamiche psicosociali, familiari, storiche, economiche e sociali ma al contempo ne è profondamente condizionata in seguito alle politiche identitarie e alle politiche del sé interculturale (Augé et al. 2005). Questo approccio traccia dei confini labili tra mondo interno e mondo esterno, in quanto prevede che vi sia sempre un’area intermedia, di scambio e di interazione simbolica, di co-costruzione della relazione, che permette di ri-negoziare di volta in volta l’identità culturale e sociale: si pensi alla comunicazione interculturale ma anche a tutte le “presenze” che nella stanza di terapia vanno presentificate, per non parlare dei mondi plurali, dei sogni, della possessione e della trance, del rapporto con i *jinn* e con gli spiriti degli antenati che consente agli etnopsichiatri di affermare che “nel mondo non si è mai soli”.

3.6 – *Similarità e differenze nel rituale*

Il livello intermedio tra mondo esterno e mondo interno è un’area di creatività e di generatività nel rapporto con i clienti che attinge all’antropologia culturale, alla sociolinguistica e alla tradizione della terapia familiare sistemica.

Come è stato già notato, lo studio del rituale ha attraversato in antropologia diverse mutazioni: si è passati da una concezione secondo cui il mito fonda una realtà sociale e culturale e viene evocato e rappresentato attraverso il rituale che conferisce legittimità e autorevolezza alle istituzioni politiche e sociali del gruppo, nonché ai rapporti di inclusione ed esclusione che ne regolano la vita quotidiana. Il mito e il rito si configurano come momenti di continuità della struttura sociale. In una visione strutturalista invece il significato di un racconto mitico non deve essere cercato nel contenuto bensì nel sistema di relazioni che unisce e collega i miti tra di loro,

¹⁰ Il concetto di agentività (*agency*) si è diffuso nelle scienze sociali a partire dagli anni ‘70—anche se in Italia è di recente introduzione—per mettere in luce l’importanza di tenere conto delle azioni degli individui e dei gruppi nella realtà sociale e non solo delle strutture implicite o dei modelli espliciti che determinano inconsciamente o orientano consapevolmente le azioni. Questo concetto risente della critica che metteva in discussione le strutture di potere esistenti, sia a livello sociale che nelle relazioni interpersonali, in particolare gli studi sul *gender* e quelli su *race/ethnicity* (vedi Ahearn 2001).

in senso comparativo. In questa accezione l'analisi del rituale consente di rintracciare le trasformazioni che i miti hanno incontrato nel loro cammino, a fianco dei gruppi umani e sociali. Infine, una terza prospettiva, più contemporanea, mette in luce il rapporto tra mito e rito negli aspetti performativi nel momento in cui miti, fiabe, leggende vengono rappresentate a un pubblico (teatro, narrazione, performance): in questa prospettiva assume una importanza particolare il rapporto tra cultura, lingue/linguaggi (verbali e non verbali) e comunicazione.

Il rapporto tra cultura, lingue/linguaggi e comunicazione, inteso come "sistema di mediazione" (Duranti 2000), diventa importante e anche quando si voglia attenersi ad un dispositivo presentato come metodologia, come nel caso dell'etnopsichiatria, non ci si può dimenticare che esiste una differenza tra teoria e metodo. E' stato notato che la teoria pertiene a tutto ciò che ha a che fare con l'ipotesizzazione in terapia familiare (Krause 1988), mentre il metodo si riferisce a tutto ciò che avviene nel momento in cui ci si muove, assieme ai clienti, nelle diverse realtà che emergono in seduta. La relazione tra teoria e metodo o modello operativo è da intendersi a due vie a cui va aggiungersi il riscontro empirico dell'efficacia (Profita, Ruvolo 1997). A questo proposito è importante sottolineare la differenza tra ricerca ed intervento. Questo significa che al livello della teoria è importante distinguere tra le *ipotesi conoscitive* che vengono formulate in base ai saperi di riferimento e le *ipotesi trasformative* che producono un cambiamento, ovvero si collocano nel dominio dell'intervento. Al livello del modello operativo, analogamente, può essere utile differenziare tra il *dispositivo di ricerca* e il *dispositivo di intervento*, mentre al livello del riscontro empirico, se ci si muove in un ambito di ricerca, il lavoro successivo è quello della sperimentazione, se invece ci si muove entro un dispositivo clinico si guarderanno ai risultati operativi nel corso del tempo. Trattandosi di un "laboratorio esperienziale" non ci si può aspettare che le ipotesi siano rigidamente predefinite, anzi sono tanto più produttive quanto più consentono di esplorare il "non noto", ovvero le molteplici realtà presenti. Tuttavia, anche in antropologia è crescente la consapevolezza che il solo fatto di osservare partecipando produca un cambiamento nelle interazioni all'interno di un sistema. (Clifford 1986).

In sintesi, vi sono diverse similarità tra gli studi antropologici delle pratiche religiose e di cura, dei rituali e dei processi terapeutici se confrontati con i testi di ipnoterapia (ad es. Grinder e Bandler 1976) e di terapia narrativa. Sia l'antropologia che l'ipnoterapia o la terapia narrativa, come sarà più chiaro nel prossimo paragrafo, sono interessati a incorporare il linguaggio, le credenze locali, le storie uniche delle persone e dei gruppi, attribuendo loro un valore. Una seconda area di similitudine è la classificazione dei riti: l'antropologia semmai allarga lo sguardo su passaggi che altre culture sottolineano: *riti di crisi vitale* (riti celebrati nei momenti critici dello sviluppo), *riti di incremento* (cerimonie tese ad aumentare i raccolti e a promuovere il benessere riproduttivo e sociale del gruppo) *riti di passaggio* (cerimonie più o meno elaborate che hanno luogo nei momenti di svolta lungo il ciclo di vita individuale o in occasioni sociali particolari), *riti funebri* (celebrazioni che accompagnano il defunto nel regno dei morti).

La differenza principale tra il lavoro antropologico e quello terapeutico è che ai terapeuti familiari viene chiesto un certo grado di cambiamento desiderato che la pratica di ricerca degli antropologi non necessariamente determina, rimanendo all'interno del sistema di credenze locali all'interno delle quali la famiglia convalida la propria esperienza (Beels 2002).

3.7 - Terapia sistemica e linguaggio

La connessione tra terapia sistemica e linguaggio può essere illustrata narrativamente nel modo seguente, nelle parole di due terapeuti familiari:

"Sono entrati nel nostro campo concetti quali la costruzione e la co-costruzione della realtà, la soggettività della conoscenza, l'autoriflessività. Questa evoluzione ci ha portato a vedere il linguaggio non più soltanto come un mezzo, ma come un fine della terapia, nel senso che centrando l'attenzione sulle parole e sul modo in cui i clienti parlano, si può avere

un'impressione su come costruiscono la realtà, ... la loro realtà" (Boscolo e Bertrando, 1997: 13).

In effetti, l'attenzione al linguaggio ha una lunga storia nella terapia sistemica, come sottolineano Boscolo e Bertrando (1997). I due autori sostengono che l'interesse per il linguaggio è da sempre presente nel lavoro terapeutico con le famiglie: negli anni Settanta (Selvini Palazzoli et al. 1975) a prevalere fu l'aspetto *pragmatico* della comunicazione (sull'onda dell'approccio sistemico-strategico di Palo Alto, Watzlawick et al. 1967) quindi con l'influenza del pensiero batesoniano (Bateson 1972, 1979) si abbandonarono le derive comportamentiste della scatola nera per valorizzare l'aspetto *semantico*, incluso l'apporto del linguaggio dei clienti, l'uso delle loro locuzioni e soprattutto i modi e i tempi verbali (Bruner 1986). In seguito negli anni Ottanta si è diventati sensibili all'aspetto *sintattico* e all'utilizzo nel dialogo di tempi e modi diversi per allargare il prospetto delle possibilità (Boscolo e Bertrando 1993).

Successivamente la rivoluzione del costruttivismo, della cibernetica di secondo ordine e del costruzionismo (Maturana e Varela 1980, von Foerster 1982) ha portato all'attenzione l'emergenza di un *processo* nella terapia e nella consulenza. La realtà è costruita e co-costruita (White 1992) dagli attori in gioco, se si pensa all'aspetto collaborativo della relazione (Hoffman 1993), ed emerge nel linguaggio attraverso l'interazione e la ricerca del consenso, implicando diverse realtà e attribuzioni di significato, queste ultime sempre stabilite dal ricevente, tanto che Minuchin (1998) intravede il rischio di far sparire la famiglia dalla terapia familiare ad impostazione narrativa.

3.8 - Dai "giochi familiari" all'invenzione della realtà

Il linguaggio divenendo il fine della terapia ha consentito ai terapeuti di giocare con le parole e con le metafore per trasformare la realtà del paziente con il suo contributo. Il punto di svolta rispetto ai primi anni della Scuola di Milano è il seguente: il cambiamento veniva inizialmente attribuito al mutamento dell'organizzazione del sistema familiare, cioè dei "giochi familiari" (alleanze, coalizioni, segreti).

In seguito invece è la rappresentazione e costruzione della realtà ad essere messa al centro dell'attenzione tramite l'analisi linguistica della relazione terapeutica. Il punto diventa occuparsi delle parole e dei messaggi analogici che emergono nel dialogo terapeutico, soprattutto quelle parole o metafore che assumono un significato personale. L'interesse per il dialogo terapeutico attribuisce una certa valenza alle parole ed espressioni usate dal cliente e allo stesso tempo al linguaggio del terapeuta e sul modo in cui riesce ad entrare in relazione (Boscolo e Bertrando 1996).

A questo proposito i due autori si soffermano su alcune cornici teoriche:

√ *retorica e poetica*: trattandosi di una "retorica dell'impredicibilità" ovvero un modo di *agire con le parole*, in una stretta relazione tra azione e linguaggio, un ponte tra pensiero e azione che nella logica venivano mantenute separate. Le persone comunicano e si influenzano, ma l'esito non è prevedibile, non si può prevedere l'effetto del nostro comportamento (Cecchin 1997). "Le azioni con le parole hanno il fine di creare un contesto in cui possano emergere nuovi significati" (...) La retorica mira allora a suscitare nell'ascoltatore emozioni che possono determinare un cambiamento nel suo agire e, conseguentemente nel suo pensare" (Boscolo e Bertrando 1997: 15). A questo proposito la retorica diviene arte (o artigianato) in cui significanti e significati sono entrambi importanti (aspetti fonetici, costruzione del discorso, aspetti cinesici, mimica, contesto). Vi è in questo approccio un doppio movimento: non solo viene ribaltato il rapporto tra ermeneutica e retorica delle terapie analitiche (dove l'analista interpreta le parole del paziente), attribuendo al terapeuta il ruolo di colui che fa domande e al cliente il ruolo di colui che sceglie l'interpretazione più adeguata al contesto,

ma il “processo di esplorazione congiunta”, aperta a molteplici possibilità, porta a una “danza interattiva” dove è il terapeuta che cercherà di seguire i passi del cliente evitando di cadere nella retorica del prestabilito. Lo sbilanciamento nei sistemi di significato del cliente che deriva da questi passi di danza, li condurrebbe a cercare una propria e originale soluzione. In questo senso la retorica sconfinava nella poetica e nell’invenzione. Per fare questo è importante soffermarsi su due concetti: *reciprocità e polisemia*. Il linguaggio infatti è un atto di reciprocità in cui vengono veicolati possibilità, azioni e significati. Il dialogo che origina è il risultato delle parole e delle emozioni che terapeuta e cliente si scambiano ricorsivamente, che tuttavia mantiene un’asimmetria cruciale per il buon esito della terapia, e per evitare una deriva post-moderna¹¹: dalle parole del cliente il terapeuta si orienta nella rete di significati e coglie i segnali delle prospettive che stanno emergendo. La polisemia inserisce elementi di *preziosa ambiguità di significati* e permette di veicolare la volontarietà vs involontarietà dei comportamenti del cliente, la legittimità o illegittimità dei fini, la relazionalità attraverso la sofferenza ma soprattutto la possibilità di una reversibilità dei comportamenti.

La convinzione della neutralità dell’osservatore, presente nel lavoro “obiettivo” sull’organizzazione familiare condotto dai terapeuti che si rifacevano alla cibernetica di primo ordine dei primi anni Settanta, ha lasciato il campo al costruttivismo e alla cibernetica di secondo ordine degli anni Ottanta dove sistema osservante e sistema osservato sono parzialmente integrati, in modo da lasciare emergere le premesse e le preconoscenze dell’osservatore (Cecchin, Lane e Ray 1997): lo sforzo di comprendere le modalità in cui si partecipa all’evolvere della relazione equivale a rendere espliciti i pregiudizi impliciti sottesi alle parole e alle azioni: è importante riconoscere i pregiudizi che guidano il comportamento in seduta (Cecchin 1997).

√ *ermeneutica e narrazione*: la posizione ermeneutica non distingue più tra oggettività e soggettività e comprensione e spiegazione diventano circolarità complementari (Ricoeur 1984, 1987). In sintesi, l’attività del terapeuta sistemico non è tanto di stabilire delle verità, seppur mutevoli, bensì di affermare una pluralità di visioni che rende meno passivi terapeuta e cliente e consentono di affermare che il cliente è eroe nel ricostruire la propria storia, nel ridiventarne l’autore e non semplice comparsa. Questo movimento consente di soffermarsi sulla memoria e sulla possibilità di assicurare, tramite i ricordi, la continuità dell’esperienza. “Questa continuità si presenta già come la traccia di una storia: la memoria si attiva quando gli individui raccontano storie, storie che evocano i ricordi pertinenti nel qui e ora del dialogo” (Boscolo e Bertrando 1997: 21). I ricordi sono frammenti non organizzati, sottoposti a un *processo di riattualizzazione* una volta che vengono raccontati: gli eventi rievocati sono costruzioni che offrono la possibilità di un movimento *sincronico-diacronico*. Questo passaggio consente di orientare in senso narrativo la relazione che è una *relazione ricorsiva* tra passato-presente-futuro. La narrazione consente di superare la dicotomia tra pensiero paradigmatico e pensiero narrativo (Bruner 1986) quando diventa “discorso narrativo” operando per mantenere aperti i significati, per valorizzare il percorso personale e risignificarne l’esperienza. La realtà diventa la *descrizione* che i clienti fanno delle proprie esperienze (Sluzki 1991) e nella conversazione terapeutica l’ascolto attivo del racconto del cliente (domande, commenti e altri interventi) ottengono trasformazioni nella storia narrata. L’approccio narrativo ha trovato adesioni nella terapia familiare soprattutto a partire dalla fine degli anni Ottanta (White e Epston 1989, White 1992, Anderson e Goolishian 1988, Hoffman 1990, Sluzki 1991) e per questi autori si tratta di un vero e proprio salto paradigmatico. Per

¹¹ Come nota Bertrando (2000) non ci si può non dire post-moderni in quanto il pensiero contemporaneo è più debole rispetto a quello dei predecessori. In assenza di teorie onnicomprehensive, diversi terapeuti hanno prodotto modelli di intervento basati sulle premesse della post-modernità, ovvero sulla realtà come costruzione sociale, sull’assenza di verità definitive, e sul posizionamento del terapeuta entro relazioni di potere: le “voci” di Minuchin (1987), l’irriverenza di Cecchin et al. (1992), il modello epigenetico di Boscolo e Bertrando (1996)

altri invece, la prospettiva narrativa si affianca ad altre modalità e propone una chiave di lettura che si affianca a quelle già esistenti: la terapia come “gioco di ricombinazioni” (Telfener 1997). Uno degli aspetti più interessanti, sia nella prospettiva paradigmatica che in quella continuista, riguarda la possibilità per il terapeuta di adottare la posizione di “non sapere”, con il solo compito di tenere aperta la conversazione, in modo da creare un contesto collaborativo dove l’esperto è il cliente¹². L’asimmetria sopra ricordata non è gerarchia e la posizione del terapeuta è paritetica a quella del paziente. Questo permette di occuparsi esclusivamente delle storie portate dal cliente e di quelle emergenti all’interno della relazione terapeutica, evitando i significati latenti, le strutture sottostanti, le diagnosi, i modelli terapeutici, inclusi i concetti di “norma” e “patologia”. La sofferenza che porta le persone in terapia può essere concepita come una discrepanza tra le storie che le persone raccontano di sé e l’esperienza vissuta oppure tra le narrazioni di sé e le storie che altri raccontano di loro. “Il processo terapeutico diventa allora un processo di ri-narrazione delle storie (re-storying) in cui i clienti possono recuperare la possibilità e la capacità di essere autori, attraverso l’interazione con il terapeuta, di storie positive per sé, che attenuino la sofferenza o comunque le diano un senso” (Boscolo e Bertrando 1997: 24).

3.9 – Narrazioni, storie e significati

Narrativa, ermeneutica e retorica sono valide cornici teoriche che consentono una visione antropologica della relazione terapeutica: primo, ciò che di significativo viene appreso continua ad operare (inconscio batesoniano) *nella teoria e nella pratica*, e, secondo, un pensiero coerentemente sistemico consente di superare le dicotomie. Ad es. quelle più ricorrenti nel discorso post-moderno vorrebbero contrapporre il testo al contesto, la narrativa alla sistemica, con effetti di impoverimento. Piuttosto sembra più utile collocare tali opposizioni su diversi livelli e comprenderne le differenti implicazioni per il processo terapeutico (Bertrando 2000). Il testo è importante per comprendere l’esperienza soggettiva e i significati che le persone attribuiscono a se stessi in quanto individui, mentre il contesto relazionale è importante per capire la dimensione collettiva, l’esperienza di cui non si è consapevoli o che andrebbe oltre le nostre attuali conoscenze (e capacità di generarle): il terapeuta, ricorda Bertrando, si muove costantemente tra questi due livelli nello sforzo di rendere l’interazione terapeuta-cliente generativa.

La narrazione e il racconto sono territori da esplorare per continue rinascite e metamorfosi che, specie nelle migrazioni, possono essere incomplete e laceranti:

“on apprend d’abord de ses propres métamorphoses durant le parcours - mais à quoi servirait d’apprendre s’il n’existait un moment, un lieu où l’expérience éclatée viendra se regrouper en un surplus de densité?” (Nathan 2001: 47).

Le trasformazioni obbligate minano l’integrità psichica mentre la narrazione espleta una funzione sia terapeutica che preventiva in quanto riesce a introdurre un movimento in situazioni apparentemente bloccate, ripetitive e patologiche. “Modificare una narrazione significa modificare le premesse che la organizzano” (Telfener 1997: 72). Un quesito centrale per la terapia sistemica si chiede quali siano le storie, tra le tante che vengono narrate, che meritano una attenzione particolare, come si interviene per trasformare? Il prossimo paragrafo fornisce una panoramica di modalità possibili di intervento.

¹² Questa posizione di Anderson e Goolishian (1992) è simile al concetto di “curiosità” di Cecchin (1987) che in modo meno ingenuo sostiene l’impossibilità di non arrivare mai a delle verità e sottolinea l’importanza di ricondurle ai pregiudizi che le hanno generate o rimanda alla simulazione del “non sapere” che viene giocata strategicamente (Boscolo e Bertrando 1996).

3.10 – Riferimenti bibliografici

- Ackerman, N., *Psychodynamics of family life*, New York: Basic Books 1958 (tr. It. *Psicodinamica della vita familiare. Diagnosi e trattamento delle relazioni familiari*, Torino: Bollati-Boringhieri 1968, rist. 1999)
- Ahearn, L., M., (2001), Agentività / Agency, in Duranti, A., (cur), *Key Terms in Language and Culture*, New York: Blackwell (tr. It. *Culture e discorso. Un lessico per le scienze umane*, Roma: Meltemi 2001).
- Anderson, H., Goolishian, H., (1988), Human Systems as Linguistic Systems, *Family Process*, 27: 371-393
- Bateson, G., (1972), *Steps to an Ecology of Mind*, San Francisco: Chandler Publishing Co. (tr. It. *Verso un'ecologia della mente*, Milano: Adelphi 1984)
- Bateson, G., (1979), *Mind and Nature: A Necessary Unit*, New York: E. P. Dutton (tr. It. *Mente e natura*, Milano: Adelphi 1984)
- Bateson, G., (1991), *A Sacred Unity. Further Steps to an Ecology of Mind*, The Estate of Gregory Bateson, (tr. It. *Una Sacra Unità. Altri passi verso un'ecologia della mente*, Milano: Adelphi 1997).
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J., & Weakland, J.H. (1956). Towards a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1: 251-264.
- Beels, C., C., (2002), Notes for a cultural history of family therapy, *Family Process*, Spring.
- Augé, M., et al., (2005), *Antropologia della cura*, Torino: Bollati-Boringhieri
- Bertrando, D. Toffanetti *Storia della terapia familiare*, Cortina, Milano 2000.
- Bertrando, P., (2000), Text and context: narrative, postmodernism and cybernetics, in *Journal of Family Therapy*, 22, 1: 83-103
- Bocchi, G., Ceruti, M. (cur), (1987), *La sfida della complessità*, Milano: Feltrinelli
- Boscolo, L., Bertrando, P., (1993), *I tempi del tempo. Una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica*, Torino: Bollati-Boringhieri
- Boscolo, L., Bertrando, P., (1996), *Terapia sistemica individuale*, Milano: R. Cortina Editore
- Boscolo, L., Bertrando, P., (1997), Terapia sistemica e linguaggio, in *Connessioni*, Milano: Centro Milanese di Terapia della Famiglia, ott.: 13-25
- Boszormenyi-Nagy, I., e Spark, G. M., (1973), *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy* New York (tr. It. *Lealtà Invisibili*, Roma: Astrolabio 1988)
- Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G.M., (1973), *Invisible Loyalties: Reciprocity in Intergenerational Family Therapy*, Philadelphia, PA: J. B. Lippincott Company, Reprint Edition: Brunner/Mazel Publisher 1984 (tr. It. *Lealtà invisibili*, Roma: Astrolabio 1988)
- Bourdieu, P., (1972), *Esquisse d'une théorie de la pratique précédé des Trois études d'ethnologie kabyle*, Paris: Ed. de Seuil (tr. It. *Per una teoria della pratica con Tre studi di etnologia cabila*, Milano: Cortina 2003).
- Bowen, M (tr. It. *Dalla famiglia all'individuo. La differenziazione del sé nel sistema familiare*, Roma: Astrolabio 1979)
- Bowen, M., (1978), *Family therapy in clinical practice*, New York: Aronson (tr. It. *Dalla famiglia all'individuo*, Roma: Astrolabio 1979)
- Breidenbach, J., Zukriegl, I., (1998), *Tanz der Kulturen*, München: Kunstmann (tr. It. *Danza delle culture. L'identità culturale in un mondo globalizzato*, Torino: Bollati-Boringhieri 2000).
- Bruner, J., (1986), *Actual Minds, Possible Worlds*, Cambridge, MA: Harvard University Press (tr. It. *La mente a più dimensioni*, Bari: Laterza 1988)
- Canevacci, M., *Antropologia della comunicazione visuale*, Roma: Meltemi 2001.

- Cecchin G., (1997), Linguaggio, azione, pregiudizio, in *Connessioni*, Milano: Centro Milanese di Terapia della Famiglia, ott.: 26-34
- Cecchin, G., (1987), Hypothesizing-circularity-neutrality revisited: an invitation to curiosity, in *Family Process*, 26: 405-413
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W. A., (1992), *Irreverence A Strategy for Therapists' Survival*, London: Karnac
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W. A., (1997), *Verità e pregiudizi. Un approccio sistemico alla psicoterapia*, Milano: R. Cortina Editore
- Di Nicola V. (1997) Nuove realtà sociali, nuovi modelli di terapia: terapia familiare culturale per un mondo in trasformazione, *Terapia Familiare*, n.54
- Epston D., (1989), *Collected Papers*, Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.
- Clifford, J., (1986), Introduction: Partial Truths in Clifford, J., e Marcus, G., *Writing Cultures. The Poetics and Politics of Ethnography*, Berkeley and Los Angeles: University of California Press (tr. It. *Scrivere le culture*, Roma: Meltemi 1997).
- Krause, I.-B., (1998), *Therapy Across Culture*, London: Sage Pub.
- Hannerz, U., (1996), *Transnational Connections*, London: Rotledge (tr. It. *La diversità culturale*, Bologna: Il Mulino 2001).
- Lakoff, G., (1987), *Women, Fire and Dangerous Things. What Categories Reveal About the Mind*, Chicago, Chicago University Press.
- Geertz, C., (1973), *Interpretations of Culture*, New York: Basic Books (tr. It. *Interpretazioni di culture*, Bologna: Il Mulino 1987).
- Grinder, J., e Bandler, R., (1976), *The structure of magic II: A book about communication and change*, Palo Alto CA: Science and Behavior Books (tr. It. *La struttura della magia*, Roma: Astrolabio 1981).
- Duranti, A., (2000), *Antropologia del linguaggio*, Roma: Meltemi
- Framo, J. L., (1992), *Family-of-origin therapy: An intergenerational approach*, New York: Brunner/Mazel (tr. It. *Terapia Intergenerazionale*, Milano: Raffaello Cortina 1996)
- Hoffman, L., (1990), Constructing Reality: An Art of Lenses, *Family Process*, 29: 1-12
- Hoffman, L., (1993), *Exchanging Voices: A Collaborative Approach to Family Therapy*, London: Karnac Books.
- Malagoli Togliatti M., Cotugno A. (1996), *Psicodinamica delle relazioni familiari*, Bologna: Il Mulino.
- Malagoli Togliatti M., Telfener U. (1998), *Dall'individuo al sistema*, Torino: Bollati Boringhieri
- Malagoli Togliatti, M., Telfener, U., (1991), *Dall'individuo al sistema*, Torino: Bollati-Boringhieri
- Malinowski, B., (1920), Classificatory Particles in the Language of Kiriwina, in *Bullettin of the School of Oriental and African Studies*, 1, pp. 33-78
- Maturana, H., Varela, F., (1980), *Autopoiesis and cognition*, Dordrecht: Reider (tr. It. *Autopoiesi e cognizione*, Venezia: Marsilio 1985)
- Minuchin, S. (1974), *Families and family therapy*, Cambridge, Massachusettes: Harvard University Press (tr. It. *Famiglie e terapia della famiglia*, Roma: Astrolabio 1977)
- Minuchin, S., (1987), My many voices, in J. Zeig, *The Evolution of Psychotherapy*, New York: Brunner/Mazel
- Minuchin, S., (1998), Where is the family in narrative family therapy? In *Journal of Marital and Family Therapy*, 24: 397-403
- Nathan, T., (2001), *Nous ne sommes pas seuls au monde*, Paris : Les empêcheurs de penser en rond (tr. It. *Non siamo soli al mondo*, Torino : Bollati-Boringhieri 2003)

- Ricoeur, P., (1984), *Time and Narrative*, Chicago: Chicago University Press
- Ricoeur, P., (1987), Logica ermeneutica? *Aut-Aut*, 220-221: 64-100
- Schefflen, A.R., (1974), How Behaviour Means, Anchor Press (tr. It. *Il linguaggio del comportamento*, Roma: Astrolabio 1977)
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G., (1975), *Paradosso e controparadosso*, Milano: Feltrinelli
- Sluzki, C. E., (1991), La trasformazione terapeutica delle trame narrative, *Terapia familiare*, 36: 5-19
- Telfener, U., (1997), La terapia come gioco di ricombinazioni, in *Connessioni*, Milano: Centro Milanese di Terapia della Famiglia, ott.: 61-74
- Telfener, U., Casadio, L., (2003), *Sistemica. Voci e percorsi nella complessità*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Ugazio, V., (1988), *La costruzione della conoscenza*, Milano: F. Angeli
- von Bertalanffy L., (1968), *General System Theory*, Braziller, New York ; Revised edition, March, 1976 (trad. it. *Teoria generale dei sistemi*, Oscar Mondadori, Milano 2004).
- von Foerster H., (1982), *Observing Systems*, Seaside CA: Intersystem Publications (tr. It. *Sistemi che osservano*, Roma: Astrolabio 1987)
- Watzlawick, P., Jackson, D. D., Beavin, J., (1967), *Pragmatics of Human Communication*, New York: Norton (tr. It. *Pragmatica della comunicazione umana*, Roma: Astrolabio 1971).
- Weinstein, D. F., (2004), Culture at work: Family therapy and the culture concept in post-World War II America, in *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, Vol. 40, Issue 1 , pp. 23 - 46
- Whitaker, C., (1986), *Considerazioni notturne di un terapeuta familiare*, Roma: Astrolabio.
- Whitaker, C., e Bumberry, W., (1988), *Dancing with the Family*. New York: Brunner/Mazel.
- White, M., (1992), Deconstruction and Therapy, in *Experience, Contradiction, Narrative and Imagination. Selected Papers of David Epston and Michael White*, Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications.
- White, M., (1995), *Re-Authoring Lives: Interviews and Essays*. Adelaide: Dulwich Centre Publications
- White, M., Epston, D., (1989), *Literate Means to Therapeutic Ends*, Adelaide: Dulwich Centre Publications

4 - Approcci narrativi e salute mentale

Nei prossimi paragrafi, si è scelto di approfondire alcuni contributi di autori che si collocano soprattutto in ambito sistemico-relazionale e che sviluppano in modo diversificato il rapporto tra narrazione e salute mentale, anche in senso transculturale ed etnopsichiatrico.

4.1 - La costruzione dei sé nella comunicazione interculturale

La creazione narrativa del sé, sempre dialogica e relazionale, deriva dagli “strumenti” tipici della terapia sistemica: le prescrizioni, le ridefinizioni, le domande circolari, le ipotesi sistemiche, i compiti, la connotazione positiva che servono a decostruire le premesse da cui le storie che ammalano originano. Non si tratta cioè di sostituire nuove narrazioni a quelle vecchie, bensì di modificare impercettibilmente la trama attraverso domande e commenti che servono a metterne in discussione la coerenza o la rigidità se si tratta delle spiegazioni che sono portate in seduta. La possibilità di rileggere le storie presentate, di modificarne il canovaccio, di ipotizzare diversi sviluppi e amplificare le possibilità, di mutare i punti di vista e di inventare nuovi svolgimenti permettono al cliente di posizionarsi attivamente: da vittima a soggetto. “Sembra che i sintomi si dissolvano attraverso una serie di micro-pratiche messe in atto nella rielaborazione delle storie all’interno di una relazione significativa e sicura, all’interno di un dominio consensuale” (Telfener 1997: 72).

Questo accento sul consenso potrebbe lasciare intendere che la creazione narrativa del sé abbia bisogno come pre-condizione la condivisione di lingua (testo) e linguaggio (contesto). Questo sarebbe particolarmente difficile nel caso di un operatore che appartiene a una cultura “altra” o che ha in terapia individui o famiglie immigrate (Edelstein 1997). La sfida più ricca è proprio trasformare il duplice svantaggio della non condivisione di lingua e contesto in una opportunità di co-costruire nuovi significati proprio grazie a questa non conoscenza di partenza. L’uso del malinteso e del fraintendimento utilizzato per ridefinire il contesto e renderlo capace di ospitare, seppur provvisoriamente, interazioni e relazioni reciproche porta alla costruzione di nuovi orizzonti o apre porte d’accesso a realtà prima date per scontate.

In un altro articolo sulla costruzione dei sé nella comunicazione interculturale, in cui viene presentata la relazione dialettica tra il sé universale, il sé sociale e il sé individuale tenuti assieme dal meta-livello relazionale del sé che esprime il vissuto nella relazione, Edelstein afferma che: “Il concetto di *sé* fa riferimento alle identità narrative che sviluppiamo nelle conversazioni con gli altri, in una prospettiva che si colloca nel dominio della semantica, della narrativa e dell’ermeneutica. E’ questa una prospettiva che sottolinea come i “significati” vengano creati e sperimentati dagli individui nel corso delle conversazioni poiché viviamo in un mondo linguistico e discorsivo” (Edelstein 2003). Edelstein adotta un’ottica dinamica, che per natura è mutevole, evolutiva e dialogica e che include un *aspetto intrapsichico e riflessivo* del rapporto dell’individuo con se stesso, senza sconfinare nel modello freudiano, e una *natura intersichica* dovuta al suo costruirsi nella relazione e nelle conversazioni. A differenza della psicologia sociale, dove il sé diviene una costruzione a partire dagli atteggiamenti che gli altri assumono nei nostri confronti, il sé relazionale nasce proprio dallo scambio all’interno del quale gli attori si definiscono e si ritrovano in virtù di questa ricorsività (2003).

4.2 - La terapia come gioco di ricombinazioni

Nel succitato articolo (Telfener 1997), la narrazione viene presentata come “struttura d’identità” in quanto essa struttura e organizza l’esperienza umana fin dal suo nascere. Nella ricerca di significato ci sono le descrizioni, le interpretazioni organizzate in storie, “in una evoluzione più o meno ricercata”. La ricerca di senso passa proprio attraverso la narrazione di storie che è strettamente collegato alla costruzione identitaria, o per usare un altro vocabolario alla

costruzione di un copione, di un programma di vita, anche se ne allarga la prospettiva: la gamma di possibilità che si presentano quando si narrano o ri-narrano delle storie è maggiore rispetto a un costrutto d'identità centrato su qualcosa di unico e coerente: nonostante queste aperture, bisogna rilevare che la coerenza rimane uno degli ingredienti più frequentemente impiegati nella rappresentazione di sé.

Telfener rimanda anche al concetto di “disidentità”, che focalizza l'attenzione sulla decostruzione di un'identità unica e omogenea e si sofferma sulla possibilità di transitare tra mondi diversi e in conflitto o incoerenti tra loro (Lai 1988), e all'autobiografia (Demetrio 1995) in quanto pensiero narrativo che implica una negoziazione continua tra passato e presente. Esso assume una valenza curativa proprio perché consente di ricongiungere parti del sé che erano rimaste separate o che si sono scisse in seguito a lacerazioni e frammentazioni.

L'autobiografia e la narrazione spinge a prendersi in carico e ad assumere le proprie responsabilità rispetto a ciò che si è stati e a ciò che si è diventati, rimanendo in contatto con la molteplicità delle “versioni di vita”. Tutto questo non è possibile di fronte alla patologia e alla incapacità di apprendere, chiusi in una circolarità viziosa di premesse e azioni, nell'utilizzo di categorie rigide, incapaci di decentramento e con scarse possibilità di cambiare le premesse nel leggere il proprio passato. La decostruzione identitaria e il recupero di versioni e frammenti non coscienti è più facile nel contesto di un dialogo, specie con un interlocutore prestigioso. La ridefinizione di sé difficilmente riesce a contemplare aspetti contraddittori e quando i clienti arrivano in seduta presentano piuttosto giochi e romanzi familiari, sceneggiature e copioni ripetitivi che inconsapevolmente organizzano le relazioni (Andolfi, Angelo 1980).

Nel sopra ricordato rapporto tra linguaggio e azione, laddove le narrazioni risultano statiche e ridondanti, piene di particolari e povere d'azione è necessario passare da un concetto autobiografico (che veicola una nozione d'identità unica, ripetitiva e identica nel tempo) a un concetto di narrazione che è un costrutto più dinamico, fluido e polifonico. Al tempo stesso, i miti familiari che hanno spesso una funzione di mantenimento dell'omeostasi risultano impliciti mentre le nuove narrazioni consentono dinamismi espliciti che producono cambiamento.

“Il clinico lavora sulla memoria del paziente, sulle modalità in cui sono stati organizzati gli eventi, sulla coerenza che viene portata in seduta al fine di disorganizzarla e di permettere nuove riorganizzazioni” (Telfener 1997: 68).

Infine, la terapia viene definita come uno “spazio condiviso, definito contestualmente e temporalmente”, dove è possibile mettere in discussione le mappe limitate e limitanti che compongono il sistema di significati che gira attorno a un problema. La conseguenza di questo è che al centro della stanza non vi sono più gli individui in carne ed ossa o i sistemi familiari, ma i significati che ognuno scambia attraverso il linguaggio (modello mitopoietico che crea un *nuovo romanzo terapeutico* in luogo del mito familiare).

L'intervento del terapeuta è di secondo ordine poiché riesce a connettere le descrizioni, le spiegazioni, le mappe dei clienti in modo che essi possano superare le dicotomie presenti nelle loro visioni del mondo.

4.3 - La terapia narrativa

La terapia narrativa assume come premessa l'idea che le vite e le relazioni delle persone sono in primo luogo condizionate dai saperi, dalle credenze e dalle storie che le comunità negoziano e producono per dare senso alle esperienze personali e in secondo luogo da certe pratiche che inseriscono il sé e le sue relazioni entro una trama narrativa fatta di questi sapere e di queste storie. La terapia narrativa ha particolari legami con la terapia familiare e con quegli approcci terapeutici basati sul cliente, e sull'importanza del contesto, dell'interazione e della costruzione sociale del significato, ma propone un salto paradigmatico (White 1995): consente di separare la

vita delle persone e le relazioni in cui sono immerse da quelle credenze e storie che ammalano, è mirato a aiutare le persone a mettere in discussione gli assunti che rendono la propria vita difficile e li incoraggiano a riscriverla, seguendo storie alternative e preferibili che aiutano a ristrutturare l'identità e il proprio stile di vita. L'eziologia del disturbo psichiatrico è ritenuta secondaria rispetto al lavoro terapeutico in quanto si privilegia la riflessione sulla costruzione di discorsi: alcuni ricorrono a nozioni psichiatriche che rinforzano la classificazione nosografica e la patologizzazione, altri invece escono da quel territorio per esplorarne altri. Un punto fondamentale è la possibilità di uscire dall'egemonia del discorso psichiatrico e affiancare altri discorsi con il fine di rendersi conto assieme al paziente quanto costrutti presentati come "naturali" siano in effetti "culturali".

White (1992, 1997) sostiene che le due tradizioni, della narrativa e della sistemica, situate in ambiti disciplinari distinti e differenti, non possano essere fuse tra loro. Questo non solo non funziona ma indica una mancanza di consapevolezza delle premesse di base e delle conseguenze. Nella sistemica, forse in una rappresentazione un po' antica e ormai poco praticata, quando si afferma che un comportamento è funzionale, in omeostasi, causato da pattern si utilizza una eziologia deterministica con l'aggravante di costruire una realtà senza tempo (equilibrio, ordine, stabilità, teorie della regolarità, della ridondanza). I sistemi starebbero cioè fuori dal tempo e dalle sue perturbazioni. In conseguenza, i terapeuti sarebbero incoraggiati ad assumere una posizione di neutralità e di obiettività. Queste critiche rivolte in realtà da Geertz (1983) alla teoria dei sistemi portano a considerare l'ermeneutica (ovvero le connessioni tra azioni e significati) piuttosto che le determinanti del comportamento. E riprendendo un altro antropologo, Rosaldo (1993), egli afferma che la contestazione, invece dell'equilibrio, è la condizione della vita e questo restituisce al tempo un ruolo essenziale (Ricoeur 1984). La narrativa non dà l'illusione dell'atemporalità ma enfatizza la natura cangiante della vita come viene vissuta negoziando le tante contingenze, incertezze, irregolarità cui viene dato nuovo significato. Nell'allontanamento da questi sistemi formali di analisi, si viene però incoraggiati a riconoscere la complicità nella costruzione dei mondi che si condividono con gli altri e ad assumere una responsabilità morale ed etica circa il proprio operato, rendendosi culturalmente visibili (White 1997: 79).

Recentemente White (2004) si è anche occupato di traumi, a Ramallah in Palestina. La sua proposta alle popolazioni che soffrono di traumi multipli è nell'ottica di un nuovo sviluppo e rafforzamento del "senso di sé" attraverso l'uso di strutture cerimoniali, di pratiche d'osservazione e di conversazioni che ricollocano la persona nella posizione di autorevolezza e di protagonismo. In questo senso, il lavoro della memoria diviene cruciale: per ricostruire brandelli di memoria dissociata è importante dapprima rivitalizzare il "sense of myself".

4.4 - L'analisi conversazionale

Il conversazionalismo è venuto differenziandosi tramite specifiche tecniche conversazionali e possono riconoscersi tre distinti ambiti: le conversazioni terapeutiche professionali; le conversazioni professionali non terapeutiche, esemplificate nel counselling e nelle attività di assessment e di formazione; le conversazioni del quotidiano. E' importante sottolineare che questi tre livelli sono intrecciati e separati. L'insieme coerente di tecniche che confluiscono nel metodo conversazionale portano a parlare di "etica della felicità conversazionale" (Lai 1985). Autorevole rappresentante di questo filone è Lai (1985, 1988, 1993, 1995, 2000).

Il conversazionalismo è uno dei dispositivi narrativi, che presenta sia risvolti sul piano concettuale che conseguenze nella pratica clinica, che si muove, si potrebbe dire, "dal testo al testo". Ovvero partendo dal testo, in particolare i microframmenti di conversazioni professionali registrate e trascritte, per ritornare al testo con una "via d'uscita". Le situazioni di patimento, paura, rabbia, disperazione, confusione vengono superate la ricerca di un passaggio da uno stato di infelicità a uno di felicità (o quanto meno di minor infelicità). Una delle conseguenze di questo

approccio e la possibilità di svincolarsi dall'autobiografismo del soggetto psicologico per approdare al soggetto grammaticale, all'io delle frasi declinato nei singoli e mutevoli predicati che gli afferiscono. Il vantaggio che ne deriva ha un effetto emancipatorio sulle conversazioni professionali che vengono così liberate dal retaggio della psicopatologia e dalle griglie classificatorie della psicoterapia. E' come se il soggetto nascesse e morisse in ogni suo dirsi, sottoscrivendo una concezione di comunicazione in quanto negoziazione e dissolvendo il gioco tradizionale dell'identità totale e immutabile che pretende continuità di conoscenza e memoria.

4.5 - I "first person accounts" dei pazienti schizofrenici e dei loro familiari

In *Vivere la schizofrenia* (Bertrando 1999), si sottolinea come la schizofrenia sia una delle patologie più studiate e seguite dal "discorso" psichiatrico ma molto più raramente viene "narrata" da chi la vive in prima persona. Una delle poche eccezioni a questa regola è, da oltre vent'anni, la rubrica *First Person Account*, pubblicata in appendice al prestigioso «Schizophrenia Bulletin» del National Institute of Mental Health di Washington: accanto ad articoli che rappresentano forse il miglior aggiornamento disponibile sull'argomento, la rivista ospita resoconti di pazienti, ex pazienti o familiari che narrano appunto in prima persona la propria vita insieme alla schizofrenia. I pazienti e i familiari che utilizzano questo spazio narrativo sono persone che utilizzano un vocabolario della vita quotidiana, anche se spesso influenzato dal gergo specialistico, ma mai inaridito da esso. L'idea che soggiace alla selezione delle testimonianze è di illustrare le tante situazioni diverse in cui si può tradurre la diagnosi di schizofrenia; mostrare la massima varietà di esperienze e punti di vista; rendere conto dei tanti stili in cui queste esperienze possono essere narrate.

Il Bulletin si rivolge direttamente ai professionisti della salute mentale, che sono la sua audience principale, per incoraggiarli ad imparare dalle difficoltà e dai bisogni incontrati dai clienti dei servizi di salute mentale. In secondo luogo, i resoconti personali pubblicati consentono ai pazienti e ai loro familiari di creare un senso di comunità che fa sentire loro meno la solitudine in cui spesso la malattia mentale relega. La circolarità che ne deriva si sofferma in particolare sugli aspetti che i pazienti ritengono importante enfatizzare nel loro rapporto con i medici e gli operatori psicosociali che li assistono. Il circolo virtuoso che ne deriva fa leva sugli aspetti unici o innovativi di ogni esperienza personale: "Our major editorial requirement is that such contributions be clearly written and organized, and that a novel or unique aspect of schizophrenia be described, with special emphasis on points that will be important for professionals" (Fox 2001).

4.6 - L'etnopsichiatria con i migranti

La clinica con i migranti ha visto numerosi medici psichiatri, psicologi e terapeuti impegnati su questo fronte a fianco di scienziati sociali. In Italia¹³, la salute mentale dei migranti (emigrati italiani all'estero o migrazioni interne) ha avuto contributi importanti da parte di Frigessi e Risso (1967) e Mellina (1987, 2000). Nel libro *A mezza parete* ripercorreva, con tappe precise e puntuali, l'insorgenza di disturbi mentali tra i migranti e l'impossibilità per la psicologia e psichiatria occidentali di darne una spiegazione. La sofferenza e la nostalgia delle migrazioni forzate sono da sempre state forgiate dall'ideologia medica che costruisce mediante contiguità che diventano affinità e cause che diventano effetti, una spiegazione "scientifica" dei fenomeni osservati, spiegazione che spesso risiede *altrove* (Frigessi e Risso 1982: 37-8). Il problema è: aver

¹³ Numerosi sono i contributi di professionisti della salute mentale che lavorano in Italia sui temi dell'etnopsichiatria (per una rassegna vedi Pandolfi 1990 e Losi 2000): De Micco e Martelli (1993), Bartocci (2000), Coppo (2003), Beneduce (2002), Galzigna (2001), Inglese (2000), Mellina (2000), Edelstein (2000), Cardamone e Corrente (2000), Merini e Santarini (2000).

abbandonato la propria casa. E diventa, nell'ideologia del tempo, chi ha diritto a tornare e chi no, e perché; chi è malato e chi no. La scienza costruisce l' "oggetto di investigazione" e lo costruisce come un problema: la migrazione allora come oggi è un problema associato alla malattia e al trauma *individuale*, che si focalizza prima nella mente, poi su una parte del corpo. In questo modo avviene la separazione definitiva tra soggetto che studia e oggetto indagato e questo non permette di esprimersi con un linguaggio *alternativo*, che possa esplorare i bisogni, i desideri profondi delle persone.

Nathan è certamente colui che ha sviluppato un metodo originale che parte dal presupposto di valorizzare l'esperienza dei migranti descritti non come persone marginali ma ricche di appartenenze e legami. Legami intesi come vincoli ma anche come una rete di sostegno, una "rete di senso" e un "sistema di risorse per l'azione" (Nathan 2001). Il dispositivo tecnico dell'etnopsichiatria di Nathan (1995) si caratterizza per alcuni elementi qualificanti: innanzitutto un gruppo interattivo e multidisciplinare, multietnico e multiculturale che permette che la consultazione avvenga anche in lingua originale. I colloqui sono organizzati in modo tale da mostrare ai membri del gruppo le motivazioni, le difese, i giochi relazionali, la percezione di sé e degli altri in situazioni di interferenza. Questo concetto mutuato dalle scienze fisiche e matematiche si riferisce all'incontro-scontro tra visioni del mondo, assunti, simboli culturali e pratiche che vengono riportate nella seduta.

In secondo luogo essa utilizza strumenti inusuali come l'attivazione delle concezioni tradizionali del disturbo e prescrizioni coerenti con le tecniche rituali tradizionali ed infine una volontà di concettualizzazione articolata, ovvero funzione strutturante della cultura per il materiale psichico, il ruolo dei miti e della mitologia, logica dell'influenza che guarisce e della trasformazione o metamorfosi terapeutica. In estrema sintesi, si preoccupa di restituire il sintomo alla persona laddove il sistema scientifico occidentale ne dichiarava la dissociazione. Per fare questo recupera l'intenzionalità dell'invisibile. E' ancora di Nathan il merito di essersi avventurato nella clinica dei migranti, un campo d'indagine inesplorato fino agli anni '70, per sondare le logiche preventive e riparative di azioni culturali significative, quali il dono, la preghiera, il sacrificio, gli oggetti apotropici.

Sempre aderente al principio complementarista della doppia descrizione dei fenomeni, Nathan approfondisce nei libri più recenti i principi epistemologici dell'alterità, spiegando i disturbi sempre più aderendo alle terapie tradizionali. Tale logica non attribuisce una gerarchia ai fenomeni che riguardano il disturbo e i suoi effetti nella vita delle persone (soma, mente, relazione, ideologia), ma ne istituisce un continuum spiraliforme che permette, tra l'altro, di integrare il mondo visibile dal mondo invisibile. La trasformazione che cura non riguarda solo il paziente, ma coinvolge tutto il gruppo terapeutico: ognuno è ricondotto alle proprie origini culturali, vi rinasce entro i propri presupposti, garantendo così un nuovo ordine, un nuovo funzionamento tecnico e mentale.

La teoria e la tecnica etnopsichiatriche (Devereux 1970, 1980, Nathan 1986, 1994, 2001) si pongono nei confronti della narrazione e soprattutto dell'autobiografia in modo da sottolinearne il carattere di *holding* della sofferenza, di controllo delle crisi e delle manifestazioni di perdita: uno strumento per ricollocare gli eventi in un ordine temporale dotato di senso. L'etnopsichiatria si occupa della salute mentale degli altri, dei migranti. Nell'esperienza migratoria, specie se forzata e accompagnata da eventi traumatizzanti, il racconto e la memoria possono costituire un valido momento di organizzazione dei progetti e dei desideri a lungo termine, spesso bloccati o infranti dagli accadimenti. E' proprio la pratica del racconto che consente di co-costruire assieme al paziente, e al gruppo etnopsichiatrico, il significato della violenza migratoria, controllandone così gli effetti devastanti e le crisi reiterate che non trovano possibilità di contenimento. Va sottolineato che il setting gruppale è a questo proposito molto importante in quanto il significato della migrazione, rinarrato, diventa un prodotto sociale e socialmente distribuito.

Inoltre, la pratica del racconto e la co-costruzione dei significati offre al terapeuta e al migrante la possibilità di utilizzare il rituale come dispositivo. Tale dispositivo consente di ripensare lo sradicamento e il trauma che ne è derivato non in isolamento, ma nel contesto della narrazione, favorendo il restauro di uno sguardo sul mondo sociale e culturale delle persone. La salute mentale del migrante e la sua psiche si avvantaggiano gradualmente della incrementale capacità di realizzare una storia di sé coerente e probabile, che tenga conto delle molteplici connessioni di senso che legano i mondi personali e culturali, nel paese di arrivo e nel paese di provenienza.

La narrazione tiene dunque conto di queste molteplici connessioni e definizioni di realtà, includendo mondi visibili e invisibili, rituali del paese di origine per mettere il paziente in una posizione di vantaggio nei confronti del paese di accoglienza, e del viaggio migratorio. In questa esplorazione il racconto permette di incontrare eventuali incidenti psicopatologici, alleanze, oggetti feticci ecc. Quando questi incontri si sono realizzati è possibile parlare di “narrazione terapeutica” nel senso che il significato della migrazione viene creato nel racconto stesso tramite la “narrativizzazione” della migrazione dove l’azione del soggetto prende forma (in seguito i valori culturali e le relazioni sociali del paese di accoglienza collocheranno l’individuo e il suo personale percorso migratorio all’interno di riferimenti etici locali).

Definito anche metodo complementarista, questo approccio tiene conto delle contaminazioni tra psicoanalisi, antropologia, etnologia, psicologia clinica e si presenta piuttosto come un dispositivo terapeutico. L’orientamento etno-sistemico-narrativo nella clinica (Losi 2004) ne rappresenta uno sviluppo e una specificazione.

4.7 – *L’etnopsichiatra genitori-bambino*

L’etnopsichiatria di Nathan ha avuto una serie di sviluppi. Uno di questi è l’etnopsichiatria genitori-bambino, particolarmente importante se si pensa alla rilevanza numerica dei minori tra la popolazione immigrata e alla difficoltà dei servizi sociali di rispondere in modo adeguato a una domanda sempre più complessa per le problematiche che porta. Moro (1994) ha portato avanti la ricerca sul fronte delle funzioni delle rappresentazioni culturali nello stabilirsi delle interrelazioni precoci tra il bambino nella prima infanzia e i suoi partner e in secondo luogo la possibilità di utilizzare tecnicamente tali rappresentazioni culturali per ristabilire la relazione madre/bambino (definita una co-costruzione) quando questa risulti disarmonica o disfunzionale, anche nell’ottica di una prevenzione del disagio.

Questo lavoro di ricerca è un passo in avanti nella direzione del lavoro etnopsichiatrico che attribuisce una grande importanza alla lingua e alla cultura di origine dei soggetti migranti. In particolare, si ritiene che sia importante contestualizzare l’evento nascita nella lingua e nella cultura di origine, prima di sondare i fantasmi del bambino e dei genitori: la domanda dunque potrebbe essere “come si fabbrica un bambino” nella cultura di riferimento, ossia chiedersi quali pratiche sociali accompagnano la venuta al mondo, quali modi di fare garantiscono protezione e benessere.

Questi ragionamenti sono importanti specie sul versante della riabilitazione e della prevenzione. Un terapeuta che abbia a che fare con una situazione di disagio nella relazione tra un bambino e i suoi genitori può avvantaggiarsi della cultura di riferimento per comprendere il tipo di relazioni che i genitori hanno istituito con quel figlio o quella figlia. Al livello delle prescrizioni può essere più efficace chiedere ai genitori di “fare” qualcosa per la loro cultura, qualcosa che non si è potuto fare precedentemente o che la migrazione ha reso impossibile, piuttosto che interrogarsi su fantasmi arcaici o su immaginari disturbati.

Si tratta dunque di “fare” e “pensare” in un modo diverso che consente gradualmente di modificare le interazioni madre-bambino. Moro (1994) distingue tra le *interazioni comportamentali* (ricchezza e povertà, i modi interattivi utilizzati, lo svolgimento delle

interazioni, armonia/disarmonia, contingenza); *interazioni affettive e interazioni fantasmatiche* e si interroga inoltre sulla pluralità di interazioni con altri partner rilevando che il contenuto è spesso studiato in dettaglio, mentre il contesto relazionale viene spesso tralasciato. In sintesi, si afferma l'impossibilità di un solo modello e la necessità di adottare un approccio complementarista che accolga le tensioni contraddittorie e i contributi di altre discipline (antropologia e psicologia transculturale).

In Italia, la ricerca sulle modalità di crescita dell'infanzia straniera è agli inizi e risente per certi versi di un dibattito sociologico che non ha adeguatamente smontato il concetto di "comunità etnica". Per es. Chianosi (2002) pur offrendo uno sguardo articolato entro la relazione madri-bambini, interrogandosi sui cambiamenti indotti dalla migrazione in diverse culture, organizza i risultati della ricerca per comunità presenti in Veneto. In Lombardia, un gruppo di ricercatrici si è occupato di indagare i significati, le difficoltà, le opportunità del "nascere e crescere altrove", offrendo dei ritratti di madri e bambini fra due culture (La Casa di Tutti i Colori 2002).

4.8 - Riferimenti bibliografici

- Andolfi, M., Angelo, C., (1980), Il terapeuta come regista del dramma familiare, in *Terapia familiare*, 1
- Bartocci, G., (cur), (2000), *Psicopatologia, cultura e dimensione del sacro*, 2 voll. Prefazione di L. Frighi, Roma: EUR-Edizioni Universitarie Romane.
- Beneduce, R., (2002), *Trance e possessione in Africa. Corpi, mimesi, storia*, Torino: Boringhieri
- Bertrando, P., (cur), (1999), *Vivere la schizofrenia*, Bollati-Boringhieri, Torino
- Cardamone, G., e Corrente, M., (2000), Diversità, stati di coscienza e relazione terapeutica, in N. Losi, *Vite Altrove*, Milano: Feltrinelli
- Chinosi, L., (2002), *Sguardi di mamme. Modalità di crescita dell'infanzia straniera*, Milano: Angeli
- Coppo, P., (2003), *Tra psiche e salute. Elementi di etnopsichiatria*, Torino: Bollati-Boringhieri
- De Micco V., Martelli P., (1993), *Passaggi di confine. Etnopsichiatria e migrazioni*, Napoli: Liguori
- Devereux, G., (1970), *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris: Gallimard (tr. It. *Saggi di etnopsichiatria generale*, Roma: Armando 1973)
- Devereux, G., (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris: Flammarion
- Edelstein, C., (1997), Quando l'operatore appartiene ad una cultura "altra", in *Connessioni*, Milano: Centro Milanese di Terapia della Famiglia, dic.: 95-105
- Edelstein, C., (2000), Di Isabel e altri demoni, in N. Losi, *Vite Altrove*, Milano: Feltrinelli
- Edelstein, C., (2003), La costruzione dei sé nella comunicazione intercultuale, in *Studi Zancan*, nov/dic
- Fox, V., (2001), First person account: schizophrenia, medication, and outpatient commitment, *Schizophr Bull.* 27, 1: 177-8
- Frigessi Castelnuovo, D., e Risso, M., (1967), *A mezza parete*, Torino: Einaudi
- Galzigna, M., (2001), *Volti dell'identità. Le scienze psichiche, l'altro e lo straniero*, Venezia: Marsilio
- Geertz, C., (1983), *Local Knowledge: Further Essays in Interpretive Anthropology*, New York: Basic Books.
- Inglese, S., (2000), Etnopsicoterapie meridiane: una pratica in cerca di teoria, in N. Losi, *Vite Altrove*, Milano: Feltrinelli

- La Casa di Tutti i Colori, (2002), *Mille modi di crescere. Bambini immigrati e modi di cura*, Milano: Angeli.
- Lai, G., (1985), *La conversazione felice*, Milano, Il Saggiatore.
- Lai, G., (1988), *Disidentità*, Milano: Feltrinelli. Riedito da Franco Angeli (1999).
- Lai, G., (1993), *Conversazionalismo*, Torino: Bollati-Boringhieri.
- Lai, G., (1995), *La conversazione immateriale*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Lai, G., (2000), Malattia di Alzheimer e conversazionalismo, *Terapia familiare*, 63: 43-59.
- Losi, N., (2004), "L'uovo bianco della gallina bianca. Ovvero: la terapia delle coppie miste nell'approccio etnopsichiatrico-sistemico-narrativo", in M. Andolfi (cur), *Famiglie immigrate e psicoterapia transculturale*, Milano: FrancoAngeli
- Mellina, S., (1987), *La nostalgia nella valigia*, Venezia: Marsilio
- Mellina, S., (2000), Gente di passaggio, in N. Losi, *Vite Altrove*, Milano: Feltrinelli
- Merini, A., e Santarini, F., (2000), L'esperienza dell'Unità di psichiatria multietnica G. Devereux, in N. Losi, *Vite Altrove*, Milano: Feltrinelli
- Moro, A. M., (1994), *Parents en exil*, Paris : PUF (tr. It. *Genitori in esilio. Psicopatologia e migrazioni*, Milano : Cortina 2002).
- Nathan, T., (1986), *La folie des Autres*, Paris: Dunod (tr. It. *La follia degli altri. Saggi di etnopsichiatria clinica*, M., Pandolfi, (cur), Firenze: Ponte alle Grazie, 1990)
- Nathan, T., (1994), *L'influence qui guérit*, Paris: Odile Jacob 1994
- Nathan, T., (2001), *Nous ne sommes pas seuls au monde*, Paris : Les empêcheurs de penser en rond (tr. It. *Non siamo soli al mondo*, Torino : Bollati-Boringhieri 2003)
- Nathan, T., Stengers, I., (1995), *Médecins et sorciers*, Paris : Les empêcheurs de penser en rond (tr. It. *Medici e stregoni*, Torino : Bollati-Boringhieri 1996)
- Pandolfi, M., (1990), Oltre Ippocrate: itinerari e strumenti in etnopsichiatria in Introduzione, Nathan, T., (1990), *La follia degli altri*, Firenze: Ponte alle Grazie.
- Rosaldo, R., (1993), *Culture and Truth: The Remaking of Social Analysis*, Boston: Beacon Press (tr. It. *Cultura e verità*, Roma: Meltemi 2001).
- Telfener, U., (1997), La terapia come gioco di ricombinazioni, in *Connessioni*, Milano: Centro Milanese di Terapia della Famiglia, ott.: 61-74
- White, M., (1992), *La terapia come narrazione*, Roma: Astrolabio
- White, M., (1995), *Re-Authoring Lives: Interviews and Essays*. Adelaide: Dulwich Centre Publications
- White, M., (1997), Comportamenti e loro determinanti o azioni e loro senso. Metafore sistemiche e narrative, in *Connessioni*, Milano: Centro Milanese di Terapia della Famiglia, ott.: 75-80
- White, M., (2004), Working with people who are suffering the consequences of multiple trauma: A narrative perspective, *International Journal of Narrative Therapy and Community*, Nr. 1

5 – Orientamento etno-sistemico-narrativo

La migrazione, specie quella forzata, rende le persone vulnerabili e rappresenta una frattura profonda nelle reti di significati e di rapporti che fondano la vita individuale, culturale e sociale di ciascuno. Se il concetto di identità sviluppatosi in Occidente rinvia a concetti quali unicità o singolarità, in altre culture l'individuo raramente è pensato al di là degli obblighi familiari e culturali ai quali deve la sua origine, spesso è concepito in relazione alla discendenza e agli antenati che fanno parte del bagaglio psicogenetico della persona, o ancora, non può essere immaginato a prescindere dalle forze, benigne e maligne, che popolano il suo mondo. Nel caso di migranti e rifugiati, le conseguenze delle migrazioni non hanno un effetto solamente sul singolo, ma si estendono alla rete più ampia di relazioni che la persona abita. Il sé diventa uno snodo relazionale, una sorta di interfaccia fra mondo interno e mondo esterno che va oltre la nozione di "persona". Tale concetto rimanda all'intreccio tra le dinamiche prettamente psichiche e quelle socio-culturali, dal momento che il sociale si declina nelle esperienze dei singoli in modo "personale" e intimo anche in quelle società e culture che sembrano essere più ancorate alla collettività. Ne nasce una visione articolata e complessa del rapporto tra psiche, cultura e società.

Nell'ambito delle attività di formazione dell'Unità Psicosociale e di Integrazione Culturale dell'OIM (Organizzazione Internazionale per le Migrazioni), a partire dal 2003, un gruppo multidisciplinare di professionisti ha messo a punto un approccio innovativo finalizzato all'*empowerment* degli individui e delle comunità migranti, che spesso si trovano soli di fronte alle incertezze e alle solitudini proprie dell'esperienza migratoria. Il punto di partenza della riflessione, avviata intorno ai moduli di aggiornamento psicosociale sviluppati dall'Unità, tiene conto dei contributi dell'antropologia culturale, degli studi psicoculturali, dell'etnopsichiatria, della sistemica e della sociologia delle migrazioni.

5.1- Il contesto italiano

La costruzione culturale del sé rappresenta un aspetto centrale della psicologia e psichiatria transculturale (AA. VV. 1994), secondo cui tale processo inizia nelle primissime fasi di vita e continua per tutta la vita. Non si può non essere mossi da interrogativi in questo campo in cui la nozione di cultura è necessariamente interculturale (Mantovani 2004). Da questa prospettiva assumono importanza gli artefatti, la memoria storica e culturale, e tutti quei sistemi di informazione, dalla famiglia alle istituzioni, dalla religione all'arte, che stanno fuori dal soma e dalla psiche individuali, fonte di apprendimento cognitivo e di sviluppo affettivo in situazioni di cambiamento (Inghilleri 1991, 1999, Inghilleri de Cordoba 2004). Tali interrogativi interessano non solo chi lavora con gli individui ma anche con le famiglie (Scabini, Giuliani 2004) e chi si occupa di psicologia sociale (Coin 2001).

Gli antenati illustri di questo orientamento risalgono al cosiddetto movimento "Cultura e Personalità" (Kardiner e Linton 1939, Kardiner, Linton, West et al. 1945) che intorno agli anni '40 negli Usa riuniva psicoanalisti, antropologi e linguisti, quello stesso ambiente intellettuale da cui deriva la terapia familiare, di cui si è parlato in precedenza. In Italia, un antropologo che si è dedicato a una versione specifica di questo movimento è Tullio Tentori. Un secondo filone di studi che sviluppa una certa sensibilità psicoculturale nasce intorno alla figura di Roheim (1943) insigne psicoanalista che si interrogava sull'origine e sulla funzione della cultura nei rapporti tra psicoanalisi ed antropologia e soprattutto di Devereux (1970, 1980) grazie al quale l'approccio psicodinamico si declina in senso transculturale ed etnopsichiatrico, sviluppato da un suo allievo (Nathan 1986).

In Italia, la psicoterapia transculturale ha solide basi in quella tradizione di "psichiatria sociale" con il pensiero di autori storici quali Basaglia (1967, 1974), di cui recentemente è stata pubblicata una raccolta di saggi (Ongaro Basaglia 2005), nella psichiatria fenomenologica (Mellina 1997), e

nella “psichiatria transculturale” (Frighi e Bartocci 2000), recentemente ridenominata “psichiatria culturale” (Bartocci 1994, 2000, 2005), nel tentativo di far crescere la disciplina sull’onda degli sviluppi internazionali.

“Uno dei principali campi di applicazione della Psichiatria Transculturale (PT), sia in una prospettiva di applicabilità clinica che in un’ottica di sensibilità politica, è il fenomeno su scala mondiale dei flussi migratori, soprattutto per quanto riguarda l’impatto delle migrazioni sulle popolazioni migranti e sul paese ospitante. (...) In modo particolare, gli operatori psichiatrici vengono chiamati a perfezionare le loro capacità diagnostiche e terapeutiche per intervenire correttamente sulle eterogenee manifestazioni psicopatologiche dei pazienti di diversa estrazione culturale. Nell’ambito delle prestazioni cliniche dirette agli immigrati appare di primaria importanza il compito degli psichiatri transculturali, quali specialisti in possesso di conoscenze adeguate a coprire il mandato sanitario con una competenza e una formazione specifiche. Ma le migrazioni spontanee e il fenomeno dei rifugiati costituiscono solo una parte dell’area che la PT è chiamata a coprire” (Bartocci, s. d.).

Come si è visto nella prima sezione di questa rassegna, l’intervento non si può limitare alla nosografia psichiatrica occidentale, ma deve considerare la pluralità di espressioni dei disturbi psichici alla luce dei contributi dei contesti culturali e delle medicine tradizionali. Prosegue Bartocci:

“Queste hanno dimostrato di possedere raffinate capacità di cogliere le radici eziopatologiche dei disturbi mentali, e di saper approntare procedure psicoterapeutiche la cui efficacia regge bene il confronto con molte tecniche terapeutiche elaborate dalla nostra cultura” (Bartocci s. d.)

Oltre a Basaglia, vi sono inoltre tre punti di riferimento per l’antropologia medica e la psichiatria transculturale in Italia: Jervis (1994, 2003), uno psichiatra e psicoanalista che ha collaborato con De Martino; Galimberti (1983), un filosofo e psicoanalista con i suoi lavori sul corpo e Risso e Böker (1992), uno psicoanalista che si è occupato di psicopatologia delle migrazioni e di cui si è già accennato.

Un altro orientamento discende dal lavoro di De Martino, storico delle religioni ed etnologo, tra i pionieri della psichiatria transculturale. Il suo impegno si è profuso nel prendere in seria considerazione i collegamenti tra i rituali magico-religiosi e gli itinerari di cura in relazione alle logiche egemoniche e di subalternità, alle relazioni di potere: le forme della ritualità meridionale sarebbero espressione concreta ed empirica della crisi del mondo occidentale. Come sottolineano Pandolfi e Bibeau (2006), il lavoro di De Martino, tramite il concetto di “etnocentrismo critico” si collocava simultaneamente in ambito etnologico e politico e si interrogava sul ruolo dell’antropologo a partire da un posizionamento che oggi viene definito nel campo dell’ermeneutica. Un secondo concetto molto importante è quello di “crisi della presenza”, una condizione di disperazione in cui viene messo in gioco il senso del proprio essere, osservabile quando le persone attraversano momenti di crisi nel ciclo di vita, nella perdita e durante l’elaborazione del lutto (De Martino 1956, 1959). Tali condizioni vengono ricondotte da De Martino (1948, 1977) al mondo magico e ai rituali (distinguendo tra i *riti di possessione* che presentano episodi di violenza contro se stessi o altri e i *riti di propiziazione* con aspetti culturali che ricostruiscono la lacerazione, incanalano gli impulsi distruttivi e facilitano il riscatto). La presenza viene concepita come un’acquisizione che può essere rimessa in discussione dalla crisi individuale o comunitaria. La sofferenza è entrata con De Martino nell’analisi antropologica e si è costruita come “oggetto d’indagine”, sostengono ancora Pandolfi e Bibeau (2006), seguendo tre livelli di analisi: 1) la storicità dell’evento; 2) la risonanza sociale nel gruppo; 3) il rischio di catastrofe nella soggettività individuale.

Uno degli allievi di De Martino, Tullio Seppilli (1959, 1990, 1995, 1996) ha fondato la Società di Antropologia Medica (1988) e ha diretto la Scuola di Antropologia di Perugia oltre a lavorare in

stretta collaborazione con il *Centro sperimentale per l'educazione sanitaria*, un luogo di formazione per antropologi medici e esperti di salute pubblica, tematiche su cui Seppilli ha scritto fin dagli esordi. L'influenza di De Martino è ancora vivace e si coniuga con l'etnopsichiatria e la psicoterapia familiare e sistemica (Losi 2000, 2003, 2004), con il lavoro dell'etnopsichiatria di Nathan (Cardamone e Zorzetto 2000, Inglese 2003), con l'antropologia medica francese e della Scuola di Dakar (Beneduce 2002, Augé et al. 2005).

5.2 - *Formazione, supervisione e narrazione*

Gli interventi formativi e di supervisione offrono un supporto professionale creando uno spazio di rielaborazione dei saperi degli operatori in ottica transculturale. L'approccio sistemico-relazionale ad orientamento etno-sistemico-narrativo distingue tra la supervisione metodologica/consulenza di processo e la supervisione clinica.

La *supervisione metodologica o consulenza di processo* consiste in un processo di riflessione, apprendimento, valutazione e verifica che si sviluppa attraverso la relazione tra più professionisti esperti (antropologi, sociologi, psicoterapeuti, pedagogisti, psichiatri, mediatori culturali) e gli operatori. La relazione non si connota necessariamente e solo come "relazione esperta", bensì come relazione di co-costruzione e di creazione di uno spazio di mediazione per la messa in comune di esperienze, credenze, dubbi, capacità in relazione all'agire professionale e personale. Nella supervisione metodologica il focus è la valutazione dell'agire professionale in relazione a casi (supervisione indiretta) e in rapporto al proprio posizionamento nei confronti degli utenti/clienti, dei colleghi, dei servizi. La supervisione metodologica permette il rafforzamento dell'identità professionale, offre un supporto al miglioramento del servizio in cui il professionista opera e consente di operare una valutazione degli interventi in ottica transculturale.

La *supervisione clinica* viene offerta sia indirettamente, su casi (esposti oralmente o videoregistrati) portati dai partecipanti o dai didatti, sia direttamente con il paziente/cliente in presenza. Seppur sia difficile tracciare una distinzione netta tra supervisione metodologica e clinica, oggetto della seconda è la gestione progettuale del proprio ruolo e identità professionale (specie in contesti e reti organizzative in rapida trasformazione e di debole definizione), l'individuazione e gestione trasformativa delle difese individuali e gruppalì e il potenziamento di nuove capacità di autosviluppo e di gestione creativa dei conflitti, individuali e gruppalì in riferimento alle proprie equipe di lavoro. Le capacità che si sviluppano negli incontri di supervisione sono: apertura all'ascolto e al dialogo interculturale; consapevolezza circa il proprio repertorio di emozioni messe in atto in diverse situazioni; decentramento di prospettiva e pensiero riflessivo, trasformazione dei vissuti di disagio in comunicazione efficace e trasformativa, cura di sé e del proprio percorso di auto-sviluppo, valorizzando la relazione con la diversità culturale, con il gruppo e i contesti multiculturali.

Per quanto attiene alla percezione del fenomeno migratorio e alle immagini dei migranti che gli operatori psicosociali costruiscono a partire da sé e dal proprio vissuto emozionale, nella supervisione si affronta il tema della salute mentale dei migranti, del benessere psicosociale e delle narrazioni discorsive che diversi soggetti/attori sociali producono per "governare" il fenomeno a diversi livelli: lo stato-nazione, il corpo sociale e comunitario, il corpo individuale nelle sue espressioni somatopsichiche. Gli stranieri migranti, e ancor più i rifugiati, sono percepiti e rappresentano una minaccia a diversi livelli in quanto simbolicamente rimandano ad una opposizione irrimediabile tra una condizione sociale che è definita in negativo rispetto a quella del cittadino radicato: essi rappresentano dunque una sfida alla sovranità dello stato e dell'ordine globale degli stati-nazione, e finiscono per essere considerati "impuri" in quanto confondono le categorie e/o costringono a ripensarle (Mallki 1995). Invece di considerare queste contrapposizioni come insanabili o "naturalì", è più utile chiedersi quali sono i processi socio-culturali che producono tali distinzioni e quali sono le prassi e le relazioni, a livello micro, che

riproducono queste opposizioni o che le trasformano nel tentativo di creare dei nuovi cittadini, attraverso procedure di riterritorializzazione e riaffiliazione, spesso lesive dei legami di origine. Quali sono i fantasmi, i meccanismi e le pratiche che gli operatori psicosociali agiscono nella relazione d'aiuto, ai vari stadi dell'accoglienza, e quali sono le strategie di *coping* e le interpretazioni di tali meccanismi che i nuovi arrivati usano per destabilizzare la distinzione tra rifugiato e cittadino? In che modo scombinano le norme e le forme di cittadinanza nel paese ospitante? (Ong, 2005).

L'approccio narrativo nella formazione, e il punto di vista che ne deriva, ha permesso di intravedere e evidenziare nuove forme di coniugazione del rapporto tra *conoscenza* e *azione*, tra dimensioni soggettive e dimensioni gruppali, tra storie personali e collettive, tra individuo e contesto, al di là di scissioni e contrapposizioni che impediscono ai vari attori sociali di riappropriarsi di vissuti e significati per orientarsi nel loro mondo. La funzione formativa si inserisce in una duplice tensione: quella di andare in profondità nell'analisi di problemi ed eventi e quella di restituire ai soggetti una aumentata capacità di collocarsi, grazie alla formazione, all'interno di processi più generali e complessi, nel tentativo di individuare percorsi e storie (esistenziali e professionali) più significative e impregnate sul benessere psicosociale. L'istanza narrativa accentua la caratteristica dell'orientamento di offrirsi come una sorta di *progettualità accompagnata*, di volta in volta centrata, in base alla specificità dei contesti e delle situazioni, a promuovere nuova capacità progettuali di sé come soggetti, e a generare progetti su aspetti che i gruppi di appartenenza incontrano (Kaneklin, Scaratti 1998). Questo approccio si colloca in un paradigma nuovo, che affianca quello della pedagogia e della psicoterapia, che emerge dallo *scambio*, in cui significati e narrazioni sono il risultato di una co-costruzione (Edelstein 2000a, 2000b), non scontata e negozialmente prodotta, da parte delle persone che interagiscono in una data situazione e all'interno di uno specifico contesto, con ruoli diversi.

Vi sono alcuni elementi di discontinuità che definiscono questo paradigma (Kaneklin, Scaratti 1998). Innanzitutto, l'enfasi sulla dimensione dell'apprendimento che valorizza ciò che i partecipanti portano nel gruppo, le loro modalità di lettura e interpretazione che arricchisce i processi di elaborazione condivisa dei significati individuali e collettivi: si tratta quindi di accogliere, stimolare e incoraggiare tali narrazioni con importanti conseguenze sulle dimensioni di autorità e disimmetria presenti nel setting di formazione. In secondo luogo, vi è una trasformazione del ruolo del formatore/facilitatore che è sollecitato a una disposizione, a un "posizionamento" (Rosaldo 2001), attingendo al dibattito sul "sapere situato" in antropologia culturale e che costringe chi conduce il gruppo a oscillare tra il coinvolgimento partecipativo e il ritrarsi per lasciare spazio alle narrazioni e produzioni discorsive orientate alla costruzione dialogica dei significati. E' un sapiente lavoro che rimanda alla declinazione di posizioni "tra", posizione cioè intermedia, tra la lontananza e la vicinanza, tra la presenza e l'assenza, tra la partecipazione e l'osservazione. Infine, la necessità di avvicinarsi il più possibile alle situazioni di vita dei partecipanti contribuisce a stimolare nella formazione un approccio che ricostruisce situazioni concrete, vicine all'esperienza diretta dei partecipanti: in questo modo prendono forma i problemi, gli aspetti critici, le modalità di soluzione, i saperi e le conoscenze prodotte e riprodotte nelle interazioni, talvolta in modo inefficace.

L'approccio narrativo ha inoltre introdotto una nuova prospettiva per quanto riguarda la natura del cambiamento che la formazione facilita e promuove. La riflessione sul gruppo in formazione si è orientata verso il riconoscimento che non è possibile associare la crescita *emotiva* al cambiamento e alla psicoterapia e quella *cognitiva* all'apprendimento e alla formazione (Baldascini 1996). Per superare questa dicotomia, e questa apparente separatezza di ambiti, e per intrecciare sapientemente apprendimento e cambiamento, bisogna considerare un elemento importante: la consapevolezza che i processi inconsci specifici della dimensione di gruppo sono paragonabili ai processi inconsci che si verificano in diverse tipologie di gruppo (gruppi di formazione, gruppi terapeutici e gruppi sociali). In qualche modo, i confini tra la stanza di

formazione o di terapia e la realtà sociale in cui le persone sono immerse nella vita di tutti i giorni (sia professionale che personale) sono diventati più labili, più porosi, specie se si considera che nei gruppi di formazione la realtà sociale viene scomposta, riletta e riproposta nella sua complessità in modo da agevolare l'acquisizione di nuovi strumenti di lettura. Inoltre, si tratta di considerare che un gruppo è diverso dall'altro e acquisisce una sua fisionomia e identità durante il percorso di formazione. Oltre a ciò, se le dinamiche psicosociali si intrecciano con i processi inconsci che si sviluppano all'interno del gruppo, tali processi non sono completamente indipendenti dalla cultura, come mostrano gli studi psicoculturali e l'etnopsichiatria (Losi 2000, Nathan 2003).

Oltre alle considerazioni sull'*intersoggettività* che si sviluppa a partire dal riconoscimento dell'impossibilità di una conoscenza oggettiva e neutra, diviene necessario confrontare i processi psichici dei formatori e psicoterapeuti transculturali con quelli dei partecipanti, spesso provenienti da diverse culture. Questo discorso è particolarmente pregnante quando si pensi alla formazione di gruppo nella clinica con i migranti, formazione rivolta a psicologi, psicoterapeuti, medici psichiatri, operatori psicosociali, mediatori culturali, ecc. In gruppi così eterogenei, per provenienza ed esperienza di vita sociale in gruppo, è difficile mantenere al centro del processo formativo il rapporto gruppo/individuo e la "costrizione" allo scambio. In particolare, l'azione formativa si esprime attraverso generi e produzioni narrative che diventano esperienza di scambio, di apprendimento/cambiamento ed espressione estetica: nuove visioni, letture, interpretazioni a partire da sé e dalla propria esperienza, piacere e stupore della scoperta unite al riconoscimento della sofferenza e del dolore, della mancanza di senso, di ripiegamento su se stessi che bisogna accettare, accogliere e attraversare come nelle prove offerte alle società tradizionali nei rituali o nelle fiabe della tradizione popolare. Negli approcci psicoterapeutici classici, che informano anche le teorie dell'apprendimento e le pratiche formative più tradizionali, il didatta non si sente obbligato a posizionarsi, dal punto di vista della teoria di riferimento. Al contrario, soltanto "mostrando" la propria teoria, i propri sentimenti, i propri pensieri, in quanto dispositivo tecnico, si costringe l'altro allo scambio (Sironi 1999).

Il gruppo conferisce agli individui, e alle relazioni che si sviluppano al suo interno, una forza che *crea* un ambiente rispettoso delle diversità individuali e culturali, un *nuovo gruppo*. Questo nuovo gruppo funge da gruppo di appartenenza utile nel processo di apprendimento durante le attività di formazione, ma anche successivamente, e rappresenta una "base sicura" a cui tornare attraverso la memoria per rinsaldare il processo di ri-costruzione del sé. Il lavoro in gruppo fa sì che i singoli riconoscano come propri aspetti della personalità altrui richiamati, ad eco, attraverso le etno-narrazioni espresse e comunicate in diversi modi. Ogni partecipante ha propri stili di conoscenza/apprendimento e snodi caratteristici delle biografie di ciascuno che spesso vengono attribuiti agli altri attraverso la proiezione (*proiezione come difesa*). Il gruppo è, metaforicamente, una sorta di prisma che scompone la molteplicità interna di ogni membro, la riflette nel gruppo per restituirla al singolo talvolta nella funzione di specchio che riflette un'immagine amplificata di ciò che la persona ha proiettato sugli altri, talaltra arricchita di nuovi sguardi e significati. I dispositivi e gli strumenti utilizzati nella formazione non sono mai "completi" e grazie a questa incompletezza, il partecipante può continuare a ridefinire e dare forma al proprio vissuto migratorio, nel mentre costruisce un'esperienza *nuova* di conoscenza e apprendimento, attraverso la proiezione (*proiezione come appropriazione*). L'apprendimento tuttavia non si definisce intorno a un cumulo di credenze e discorsi condivisi, quanto piuttosto in base ad una interpretazione selettiva dei contenuti esperienziali: non si tratta di cedere a discorsi persuasivi per la loro coerenza logica quanto piuttosto accostarsi a immagini e parole passibili di interpretazione e ancor più di proiezione, discorsi intessuti di immagini evocative che si offrono all'interpretazione *personale* e che sono guidate dal contesto formativo, come avviene nei rituali (Severi 2004).

5.3 - Dall'esperienza in aree di guerra al lavoro con i migranti

Elaborato in un contesto di “clinica della concertazione” (Chauvenet et al. 1996), di approccio etnopsichiatrico (Nathan 1986, 1994, Pandolfi 2004) e di approcci narrativi al trauma (Papadopoulos 1999, Crossley 2000) e sviluppato in progetti psicosociali in aree di guerra (Kosovo) (Losi et al. 2002, Losi 2002, Kuscu e Papadopoulos 2002, Pandolfi 2002, Papadopoulos 2000, 2001, 2002), l'approccio sistemico-relazionale ad orientamento etno-sistemico-narrativo prende forma a partire dalle narrazioni e dai discorsi che le persone si scambiano all'interno di un contesto che non è mai neutro e che risente delle molteplici relazioni di potere entro cui i singoli sono collocati.

Le conversazioni e le storie che le persone costruiscono e scambiano in situazioni di conflitto sono chiaramente importanti sia che influenzino la risoluzione del conflitto o, al contrario, contribuiscano al suo perpetuarsi. Queste storie vengono costruite all'interno di un contesto più ampio, costituito da parametri rilevanti per la società come i resoconti dei media o le teorie sociali e quelle sulla salute mentale. Quando queste storie si intrecciano in una situazione di conflitto su vasta scala, anche gli “esperti” inviati “sul campo”, possono rimanere invischiati nella co-produzione e co-narrazione di storie all'interno di una “costellazione della violenza”. Questa costellazione non è fatta solo di quei parametri sociali sopra ricordati, ma vede alcuni attori sociali principali: aggressore/vittima/salvatore. Usando questa costellazione, si è in grado di elaborare una tipologia di intervento che, a seconda delle caratteristiche specifiche di ogni conflitto, può influenzare la relazione d'aiuto.

La natura pervasiva di questa costellazione, e più specificamente del triangolo del conflitto, è diventata oggetto di studio in varie discipline. Suggestisce l'antropologo R. Thornton:

Le narrazioni sulla violenza hanno una funzione sociale e culturale specifica. La possibilità di raccontare gli eventi consente di inserire una serie di azioni in una struttura comprensibile definita da un ordine cronologico o da una predisposizione psicologica o ancora da un atteggiamento ispirato alla collusione. In questo modo, l'evento violento che ha radicalmente sovvertito il flusso della normalità, assume un'aura di prevedibilità, e si ha la sensazione di mantenere sotto controllo il momento di caos che ha sfidato l'ordine (Thornton, 1999, p. 3).

In altri termini, quando “rivestiamo” un'esperienza o una situazione di caos con una storia o un racconto, la trasformiamo, le diamo un significato e, in un certo senso, tentiamo di dominare il caos. Questa però non è un'attività neutra. Come nota Feldman, “le narrazioni non si limitano alla spiegazione degli eventi; esse sono essenziali per decidere il confine che delimita ciò che è un evento da ciò che non lo è” (Feldman, 1991, p. 27). Più specificamente, riferendosi ad un evento che produce un danno psicologico, Papadopoulos osserva con una certa inquietudine che “all'interno dell'inevitabile offuscamento derivante dalla confusione epistemologica e dall'angoscia che emana dall'inintelligibilità di [fenomeni complessi che causano distruzione], le teorie degli esperti della salute mentale tentano di ricomprenderne gli effetti all'interno di una cornice definita attraverso psicologizzazioni e patologizzazioni d'ornamento, nel tentativo di alleviare il disagio corrispondente. Di conseguenza, direi che veniamo involontariamente usati dalla società, in qualità di esperti, per rimuovere la complessità disturbante degli effetti distruttori, e sostituirla con teorie asettiche” (Papadopoulos, 1998, p. 459; vedi anche, Sironi 1999 e Vinar, 1989).

Nel lavoro terapeutico con i migranti, lo status legale, e il conseguente accesso ai servizi, viene inserito in un contesto più quotidiano, ovvero delle narrazioni, delle prassi e dei modelli, consci e inconsci, che gli operatori psicosociali utilizzano per modellare gli atteggiamenti, i comportamenti, i bisogni, le aspirazioni dei nuovi arrivati in vista dell'inserimento nel nuovo paese. E' un modello diffusivo del potere che si insinua pervasivamente nelle mutevoli dinamiche relazionali e si concentra sugli effetti di quel potere di influenza che l'operatore psicosociale esercita sull'utente/paziente/cliente migrante nella realizzazione dei propri obiettivi o nel

riorientarli all'interno di un progetto migratorio nascente. Governare le migrazioni a questo livello della relazione d'aiuto significa esplorare questi processi intrecciati di soggettivazione, di costruzione o ri-costruzione delle soggettività, tenendo presente che ogni individuo è assoggettato ad altri attraverso giochi relazionali, meccanismi di controllo e dipendenza ma è anche connesso al proprio percorso identitario attraverso una possibilità di autoconoscenza del sé in relazione ad altri e attraverso processi di co-costruzione e negoziazione di significati. I momenti di supervisione consentono di potenziare queste capacità dei soggetti di osservare la relazione d'aiuto e ristrutturarla: è solo pensando gli interlocutori come esseri ricchi di saperi e di concezioni, e non deboli e privi di mezzi, che si instaura una alleanza terapeutica. Tale alleanza tiene conto delle "cose" e degli "oggetti" (quali divinazione e morti) (Zajde 2005).

Queste dinamiche sono particolarmente presenti, e quindi rischiose, specie nel lavoro con persone presumibilmente traumatizzate (Summerfield 1999), così vulnerabili da essere considerate parti di intere comunità affette da PTSD o "depressione" per le perdite, le esperienze tremende e inenarrabili, le ferite gravi, visibili e invisibili, subite nell'anima e nel corpo. Anche quando gli operatori sono inclini ad adottare un approccio narrativo regolando e sovvertendo la terapia farmacologica e dimostrando una sensibilità psicoculturale che distingue tra la malattia e la sua esperienza, il rischio è di portare avanti il proprio accertamento dei sintomi e dell'effetto del trattamento, selezionando tra i ricordi appropriati per la diagnosi e lasciando cadere quelli invece che non rientrano in alcuna sintomatologia o categoria diagnostica/interpretativa. In questo modo, la prassi psicologica, medica e psichiatrica non viene intaccata, ma è solo sfiorata da una sensibilità psicoculturale che rappresenta una primaria, ma non sufficiente, strategia di aggancio del paziente (Ong 2005).

Limitandosi a questo primo step, si rischia di psicologizzare il disagio o reificare le culture di provenienza e si ignora una complessità che ruota intorno al soggetto, che connette i suoi mondi culturali di riferimento, le sue affiliazioni e filiazioni: fili e figli della memoria personale che permettono di attingere a quelle risorse resilienti, endogene ed esogene, rafforzando la crescita e lo sviluppo delle persone nei nuovi contesti. Le storie e le etno-narrazioni che il migrante può essere aiutato a produrre sono "storie che curano" perché aiutano a risignificare l'esperienza traumatica, allargando la prospettiva su quanto è accaduto agli occhi della persona, attingendo ai propri costrutti culturali e alle pratiche rituali che, rievocate, danno senso alla perdita e alla sofferenza e riportano ordine laddove c'è solo ambivalenza e disperazione. Esse vengono reinscritte in un mondo sociale più ampio di legami e connessioni tra universi multipli, per es. tra il mondo dei vivi e il mondo dei morti: il mondo degli antenati e degli spiriti, forze benefiche e malefiche con cui è necessario relazionarsi anche nell'emigrazione attraverso offerte, doni, oggetti d'uso quotidiano che, prendendo il posto delle persone disperse o morte, trasformano questi esseri sacri e ambivalenti in antenati benevoli (Sironi 2001).

Il nostro lavoro di professionisti della salute mentale che segue un approccio e una metodologia multidisciplinare definita "etno-sistemica-narrativa" ci costringe a interrogarci seriamente sui contesti socio-politico e relazionali in cui i servizi socio-sanitari e scolastici vengono offerti ai migranti (regolari e irregolari; richiedenti asilo e rifugiati; donne e bambini, ecc.) e sulla impossibilità per ciascun attore/ente/organizzazione di rispondere adeguatamente alla domanda e ai bisogni dei cittadini extracomunitari in tema di salute e benessere psicosociale.

5.4 - Una metodologia multidisciplinare: la griglia del trauma

L'approccio etnopsichiatrico si basa sui principi della sensibilità culturale e sul tentativo attivo di riallacciare la comunità ai propri sistemi tradizionali di cura (spesso andati perduti o sottovalutati). Questo approccio è stato usato nel progetto insieme all'approccio sistemico narrativo con lo scopo di migliorare la nostra comprensione rispetto alla complessità rappresentata dall'intreccio di vari sistemi e circa il modo in cui le storie dominanti o le

descrizioni di eventi e di esperienze chiave tendono a restringere le potenzialità e la resilienza degli individui e delle comunità. Questi approcci hanno consentito di trasformare l'avversità in uno sviluppo positivo.

In particolare, il trauma è stato considerato come un concetto sistemico complesso che non si poteva limitare al Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) della psichiatria. Il nostro modo di concepire il trauma viene espresso nella “griglia del trauma” che mette in risalto le “conseguenze e le implicazioni” del trauma, i suoi significati di base e i suoi vari livelli (Papadopoulos, 2004).

Innanzitutto, è importante considerare i vari significati della parola “trauma”. Il significato comune del termine trauma (in greco) è lesione o ferita e viene dal verbo *titrosko* – forare, bucare. Questo significa che il significato originale del trauma è il marchio, la lesione che risulta dall'atto di trafiggere. Le ricerche etimologiche di Papadopoulos (2000; 2001a; 2001b) hanno rivelato nuove prospettive interessanti: *titrosko* viene dal verbo *teiro* che significa “strofinare” e in greco antico aveva due significati: strofinare e cancellare. Perciò, “strofinare” provoca una lesione, una ferita, mentre “cancellare” pulisce la superficie da tutto ciò che era scritto in origine, come una gomma cancella le parole su un foglio di carta. Nella realtà del contesto clinico e nelle situazioni di post-conflitto, il secondo significato della parola trauma si riferisce all'esperienza di un rinnovamento, al bisogno di riorganizzare le priorità nella vita di qualcuno; le persone traumatizzate esprimono spesso in modo spontaneo questo bisogno di guardare alla vita in modo nuovo. Questo significa che malgrado gli effetti dolorosi e difficili del trauma, le persone possono anche sperimentare che il vero potere del trauma è quello di far sortire un altro effetto, per esempio consente loro di riconsiderare la propria filosofia di vita, apprezzare di più il fatto di essere vivi, dare valore all'amicizia, e scoprire una vitalità nuova per nuove attività, ecc.

Se dovessimo applicare tali significati alle reazioni psicologiche in situazione di conflitto, potremmo distinguere le tre categorie seguenti per quanto riguarda possibili risposte al trauma (Papadopoulos, 2004). Ci sono persone che sono veramente traumatizzate (in termini di ferite o lesioni psicologiche) o persone che reagiscono con un'energia rinnovata e un nuovo ardore per la vita; inoltre, è possibile che alcune persone, o meglio alcune loro funzioni, possano non essere state colpite. Ad esempio, certe capacità e abilità rimangono inalterate rispetto all'esperienza traumatica. Ciò significa che queste funzioni sono resilienti ai cambiamenti (anche quelli di natura negativa) e che rimangono intatte, malgrado il potere del trauma. La resilienza è un termine che ha vari significati. Qui si riferisce a quelle funzioni e abilità che non sono affette negativamente o positivamente dalle esperienze traumatiche.

Inoltre, per completezza, è anche utile distinguere tre possibili sotto-risposte alla prima categoria (ferita e lesione). Si potrebbe sostenere che le persone rispondono alle esperienze traumatiche in tre modi possibili quando sono state ferite: (a) con sofferenza umana ordinaria (Ordinary Human Suffering – OHS) – per questo tipo di risposta non è necessario alcun intervento professionale; (b) con una reazione di stress psicologico (Distressful Psychological Reactions – DPR) che ancora una volta può essere di natura transitoria e non necessita l'attenzione di uno specialista. Le risorse interne e un adeguato sostegno delle famiglie e delle comunità può aiutare a sormontare tutte le conseguenze negative, ancora una volta senza bisogno di un aiuto da parte di professionisti. Tuttavia, non bisogna dimenticare che esiste una terza risposta possibile all'esperienza traumatica; (c) le persone possono sviluppare disturbi psichiatrici, come il PTSD che è la diagnosi più comune. Infine, l'ultima categoria di risposte possibili al trauma può essere chiamata “sviluppo attivato dall'avversità” (Adversity-Activated Development – AAD) (Papadopoulos, 2004) e si riferisce al gruppo di conseguenze positive possibili che possono essere attivate dal trauma stesso. La letteratura specialistica usa termini diversi per questo tipo di risposta, per esempio “crescita post-traumatica”, “crescita attivata dall'avversità”, “crescita/sviluppo legata allo stress”, “beneficio percepito”, “piena salute”, “crescita nell'avversità”, ecc. Essenzialmente si tratta di processi che trasformano l'avversità in crescita.

Le persone che sono state esposte ad esperienze gravemente traumatizzanti, oltre alle loro reazioni negative, possono ugualmente sperimentare il fatto di riconsiderare le cose in modo fondamentale e quindi di rinnovare le proprie vite. Le persone esprimono questo passaggio affermando che l'aver avvicinato la morte conferisce valore alla vita e alla relazione con i parenti, e non vogliono sprecare la propria vita ma piuttosto usarla in modo più positivo e consapevole di prima.

Queste tre principali modalità di risposta (con le loro sotto-categorie) possono essere osservate tra gli individui ma anche nelle famiglie, nelle comunità, o al livello più allargato della società e della cultura. Ciò significa che per qualcuno che volesse esaminare le implicazioni del trauma in una situazione di conflitto, è importante avere in mente l'insieme delle risposte possibili a tutti i livelli, come viene illustrato nella seguente griglia (Papadopoulos, 2004).

LA GRIGLIA DEL TRAUMA

<i>Livelli</i>	LESIONE, FERITA			RESILIENZA	SVILUPPO ATTIVATO DALL'AVVERSITÀ (AAD)
	Sofferenza Umana Ordinaria	Reazioni di stress psicologico	Disturbi psichiatrici PTSD		
Individuale					
Familiare					
Comunitario					
Società/cultura					

Fonte: Losi Papadopoulos 2004

5.5 - Relazione d'aiuto e contenimento esplorativo

La relazione d'aiuto nell'approccio sistemico-relazionale ad orientamento etno-sistemico-narrativo (Losi 1999, Losi 2000, 2003, 2004, Losi Schellenbaum 2003, Schellenbaum 2004, Losi Papadopoulos 2004) propone la ricostruzione delle storie personali e familiari, e dei loro significati, che può avvenire mediante un'elaborazione del distacco, dell'allontanamento e del lutto che fa riferimento alla cultura e ai rituali tradizionali, capaci di guidare le persone nelle diverse fasi di passaggio.

L'orientamento etno-sistemico-narrativo favorisce l'apprendimento attraverso percorsi di autoconoscenza (grazie alla sua capacità di riconnettere i fili della memoria) e attraverso lo sviluppo di capacità relazionali (il gruppo è per definizione un incontro con la diversità culturale): nel setting gruppale etno-sistemico-narrativo la realtà relazionale e gli ambiti da considerare si moltiplicano al pari della costruzione di scenari terapeutici e narrare la malattia diventa motivo di confronto tra diversi vissuti, esperienze, percezioni all'interno di un processo terapeutico (Good 1994). "L'interpretazione del mondo e della malattia implica l'esistenza di più realtà (...) società in cui esistono ed interagiscono più universi: degli uomini viventi; dei morti (antenati) e, a seconda delle culture, universi abitati da diversi tipi di forze, di spiriti del bene e del male che contribuiscono alla costruzione di spiegazioni del disagio. Il riconoscimento della possibilità di una tale realtà esistenziale da parte del gruppo di etnopsichiatria, stimola fortemente l'apertura del paziente" (Losi 2004: 120). La migrazione e le sue problematiche, infatti, non si situano in corpi e menti isolate ma in un universo di senso fatto di rapporti sociali, di persone in carne ed ossa che vivono altrove. Il senso emerge nel setting quando questo incorpora una strategia di cambiamento assimilabile a un rituale di passaggio.

Attraverso la ri-narrazione delle storie individuali e collettive, l'approccio sistemico-relazionale ad orientamento etno-sistemico-narrativo risponde al bisogno di migranti e rifugiati di radicarsi in una nuova prospettiva, per ripensare alle proprie origini, di riconnettere fili della memoria e persone distanti, di elaborare le metamorfosi indotte dalla migrazione e ricostruire l'involucro psichico lacerato (Nathan 1990, Anzieu 1992). Per Nathan la cultura è una struttura esterna all'individuo che rende possibile il funzionamento della psiche e contribuisce alla costruzione del mondo: il materiale psichico emerge solo in quanto è contenuto culturalmente. Nell'orientamento etno-sistemico-narrativo la narrazione diventa uno strumento di "contenimento esplorativo" per stabilire o ri-stabilire (nuove) connessioni e legami laddove la lacerazione è stata minacciosa. "Gli incontri tra persone, compresi quelli organizzati all'interno di un setting terapeutico, non sono mai riducibili all'incontro tra individui, ma, anche tra rappresentanti di più mondi, culture, storie familiari (...) l'agire e l'essere di chi è migrante si coniuga in rapporto ad una condizione esistenziale, molto speciale, che potremmo dire di 'cultura del movimento'. In altri termini, la 'mente del migrante' si costruisce diversamente da quella di chi è stanziale (...) è per questo che si dice che i migranti vivono tra due mondi, perché si muovono tra due mondi (considerati stanziali, mentre loro – la loro mente – sono in movimento" (Losi 2004: 121).

La pratica del racconto, all'interno di un setting psicoculturale in laboratori creativi e narrativi, consente di contenere la sofferenza e di ri-significare l'esperienza, ponendo il migrante in una posizione di attiva ri-costruzione della propria storia, a partire dall'esperienza traumatica. I dispositivi utilizzati collocano i migranti al centro di una complessa rete di relazioni, visibili e invisibili (Nathan Stengers 1996, Nathan 1990, 2003). Tali relazioni sono significative sul piano personale e culturale e incoraggiano lo sviluppo di meccanismi compensativi, capaci di ri-orientare l'azione delle persone e la loro consapevolezza dell'agire sociale nella nuova realtà. Inoltre, da un punto di vista antropologico la relazione d'aiuto può essere concepita come la capacità di recuperare nella cultura d'origine dell'altro le risorse e i dispositivi rituali che aiutano e accompagnano le persone nei passaggi del ciclo di vita. L'elaborazione del lutto a livello individuale e collettivo, ovvero il "lavoro della memoria" (Ricoeur 1998) e il "lavoro della cultura" (Obeyesekere 1990) nei rituali che consentono una trasformazione simbolica della sostanza e dell'esperienza traumatica (Zajde 1998).

5.6 - Rituali modificati e elaborazione del lutto

Uno degli obiettivi della relazione d'aiuto è aiutare i migranti a elaborare le perdite, l'allontanamento e il distacco dal proprio paese e dalla propria famiglia di origine e costruire una base sicura per ri-progettare il futuro, un "dopo" possibile. Quando non sia possibile riproporre i rituali della cultura d'origine, si possono immaginare rituali modificati che mantengano le caratteristiche proprie dei rituali di guarigione.

In tutte le società umane i miti e le narrazioni delle origini fungono da mappa dell'esistenza in quanto stabiliscono regole di convivenza e confini tra i membri del gruppo e gli estranei. Questi racconti spiegano all'iniziato o al nuovo membro gli inizi del gruppo e narrano l'itinerario che ha portato il gruppo ad essere dove si è oggi. Il tempo e lo spazio dell'esperienza umana viene regolato attraverso formule convenzionali che si ritrovano nel mito o nel folklore e che permettono di tracciare la distinzione tra categorie opposte: noi-altri, amici-nemici, vicini riconosciuti-estranei sconosciuti, uomini-animali, uomini-dei, animali reali-mostri ecc. In queste cosmologie, il concetto di uomo non è mai definito esplicitamente ma emerge indirettamente: qualunque cosa sia il "noi", questo diventa l' "essere umano". Qualunque cosa non rientri nella categoria del "noi", questo è ciò che sono gli altri. (Remotti 1990). Le lingue locali dei popoli senza scrittura spesso non comprendono il termine "essere umano" in quanto questo viene semplicemente espresso attraverso il nome del popolo. L'insistenza con cui l'antropologia ha valorizzato la comparazione tra culture ha portato alla consapevolezza che le caratteristiche della

tradizione giudeo-cristiana cui appartengono gli stessi antropologi vanno messe in discussione in senso relativistico, o almeno trattate come una tradizione tra le altre, uno dei molti sistemi magico religiosi.

Queste contraddizioni interne ad ogni cultura sono pertinenti per la relazione d'aiuto che si costruisce sull'ascolto attivo. Da un punto di vista antropologico, a partire dall'udito, l'ascolto è il senso stesso dello spazio e del tempo, colto attraverso la percezione dei gradi di lontananza e dei ritmi regolari del suono. Per il mammifero il territorio è contrassegnato da odori e suoni, per l'essere umano l'appropriazione dello spazio è sonora prima ancora che visiva: lo spazio domestico è lo spazio dei rumori riconosciuti, che formano una sintonia domestica. Questa nozione di territorio, di spazio 'appropriato', uno spazio domestico familiare ordinato legittima la funzione dell'ascolto: il territorio può essere definito essenzialmente come lo spazio della sicurezza e della protezione e in quanto tale è uno spazio da difendere dal rumore, tramite un ascolto selettivo (Barthes e Havas 1977) dove spesso gli antenati intervengono o sono consultati. Prima della scrittura, nei popoli a tradizione orale (Schellenbaum 1997), era il suono a creare lo spazio rituale e la percussione ritmica a lungo ripetuta attraverso lame e schegge di selce, rendevano l'ascolto un'attività creativa, mitopoietica. Senza ritmo non c'è linguaggio e senza suono non c'è rito, racconto e memoria (Severi 2004). L'ascolto della voce inaugura la relazione con l'altro che dal punto di vista dell'antropologia è paradossalmente ben visibile e osservabile proprio nella separazione, anche definitiva quale è la morte. L'alterità è presente, in quanto presenza-assenza, nella perdita di una persona cara ed è direttamente collegata al lutto in quanto insieme di pratiche sociali e di processi psichici suscitati dalla morte. Queste pratiche e processi hanno una certa durata nel tempo in quanto si verifica una attenuazione progressiva del dolore e un accompagnamento dell'anima del defunto nel regno dei morti. Come dimostrano le ricerche etnografiche, il distacco e la perdita delle persone care non avviene in nessuna società umana in modo netto, ma prevede un certo tempo e un certo lavoro, cioè una attività del soggetto e della collettività di elaborazione psicoculturale.

L'aspetto sociale e rituale del lutto non è solo il semplice supporto del lavoro individuale del cordoglio come appare nell'opera di De Martino (1958) quando descrive il pianto rituale, la lamentazione mediterranea e precristiana sui defunti. Nei suoi testi gli "uomini primitivi" sono perennemente in bilico tra l'affermazione di sé, e quindi della propria presenza, e l'universo della lability in cui si è costretti a vivere, ove tutto congiura per la dissoluzione e l'annullamento. Far morire i morti consente allora di superare quello strazio dove domina la dispersione e la follia e riaffermare "la presenza come volontà di esserci in una storia umana, come potenza di trascendimento e di oggettivazione. E' infatti norma costitutiva della presenza l'impossibilità di restar immediatamente immersa, senza lume di orizzonte formale, nella semplice polarità del piacere e del dolore...energia di trascendimento che oggettiva il vitale secondo forme di coerenza culturale" (De Martino 1958: 15). I funerali e i riti funerari sono eventi collettivi, occasione per affermare la continuità del gruppo sociale attraverso una vasta riunione di persone: parentela, vicinato, amici, clienti. Queste diverse categorie di afflitti presentano durante il rituale comportamenti socialmente appropriati. Se da un punto di vista individuale, per accettare la perdita il soggetto deve prima ricomporre tutti i legami, spesso in modo ambivalente, che lo univano al defunto, dal punto di vista sociale, gli aspetti collettivi del lutto indicano che le manifestazioni del dolore dipendono dalla posizione sociale rispettiva del morto e dell'afflito, dai gradi di parentela: il lutto non è solo regolato nei suoi aspetti sociali, ma consente di contenere le emozioni sulla base dell'apprendimento e della cultura, non tanto in base alle pulsioni (Abu-Lughod 1986, Lutz 1988).

5.7 - Mediazione culturale, setting gruppale e multilinguismo

E' molto importante non confondere lingua e cultura, sebbene l'una sia strettamente intrecciata con l'altra. Le lingue sono innanzitutto dei luoghi di scontro, punti critici dei conflitti e degli squilibri legati al potere, specie in riferimento al genere e all'etnicità. Per questa ragione sono di particolare interesse perché permettono di investigare il livello individuale e quello collettivo. La lingua infatti è esterna al parlante e consente di relazionarsi socialmente (al livello della comunità, della cultura e della nazione), ma contemporaneamente "ogni parlante attivo pensa che tutto il suo corpo, la sua anima, la sua identità siano rappresentati nella lingua. La lingua, dunque, è insieme dentro e fuori di noi, il che produce una tensione interessante. Quando ci viene chiesto di parlare in un modo o in un altro, sentiamo che la nostra identità viene plasmata" (Bhabha, intervista rilasciata a Chiara Veltri, *Il Manifesto*, 27/05/2005).

Allo stesso modo, quando in un posto vengono ad abitare persone parlanti lingue diverse, in seguito all'immigrazione, specie da paesi ex-coloniali, anche gli autoctoni sono costretti a ripensare la propria lingua, la propria storia e la propria cultura per effetto della cosiddetta diaspora. Il punto di interesse è che moltissime idee che sembravano essere «semplicemente» occidentali, in realtà si sono formate a partire dalle relazioni tra oriente e occidente, generando realtà multiple. La comunicazione e la mediazione culturale si collocano in un contesto, o meglio, sono la creazione di un contesto dove questi universi multipli, questi mondi e questi diversi livelli di realtà possono coesistere e contaminarsi, intrecciarsi, senza risultare in confusione o smarrimento. Lo spazio di mediazione consente inoltre di far esperienza di quei rituali, a livello simbolico o evocato e modificato, che autorizzano il passaggio e ridonano al singolo quel potere di ri-costruzione di un mondo sociale e vitale "tra" più mondi. E' il "terzo spazio" dell'ibridazione e del metissage culturale (Bhabha 1994).

Innanzitutto, si tratta di definire il concetto di cultura come strettamente intrecciato alla comunicazione e alla narrazione: le persone utilizzano dei modelli culturali per agire nel mondo circostante e dispongono o creano strumenti per interagire con gli altri in modi che sono appropriati culturalmente, per utilizzare una celebre espressione di C. Geertz, le persone hanno "modelli di" e "modelli per", ossia descrizione e rappresentazione delle cose e del mondo e azione nella realtà sociale. La lingua e il linguaggio si configurano come strumenti di azione individuale che segnano possibilità e vincoli sociali: le comunità di parlanti non sono persone che si riconoscono perché hanno sviluppato un linguaggio comune, ma sono persone che nel mentre si riconoscono come interlocutori degni di attenzione ed ascolto creano e co-costruiscono un linguaggio (parzialmente) condiviso. Il linguaggio crea la realtà che a sua volta è "fabbricata", come molti altri oggetti che la popolano (vedi anche Affergan et al. 2005).

Le azioni comunicative sono strettamente collegate alla pratica sociale (parliamo e agiamo) e in questo modo si costituiscono le comunità di parlanti. In questa accezione, la cultura diventa una opera di mediazione e di negoziazione di significati, anche all'interno di una medesima cultura, ed è un elemento da cui non si può prescindere: la cultura non è un accessorio della comunicazione, è la comunicazione stessa. "Non appena si inizia a pensare alla cultura come ad un insieme di sistemi di mediazione/negoziazione tra loro diversi ma correlati, che si servono di strumenti comunicativi (affettivi, cognitivi, relazionali), l'unitarietà della nozione di cultura viene messa seriamente in discussione" (Duranti 2000). La cultura è cioè articolata al suo interno, frutto di dibattito e contestazione: la lingua è creata, messa in discussione e *trasformata* proprio attraverso atti linguistici e il linguaggio comune è il risultato delle interazioni, scambi comunicativi e relazioni tra i diversi sé (Duranti 2000).

Recentemente la riflessione sul setting è andata acquisendo maggior rilievo, grazie a una serie di contributi che ne mostrano gli intrecci in diversi ambiti: nel lavoro clinico, nel lavoro sociale con individui, gruppi e organizzazioni (Profita, Ruvolo 1997). E' risaputo che il termine "setting"

risale a Winnicott che per primo aveva evidenziato l'importanza di distinguere tra fenomeni costituenti un *processo* e quelle *costanti* che assicurano lo svolgimento del processo stesso. Ne nasce un nuovo concetto: *set(ting)*. Il set comprende i fattori "esterni e sociali" quali il ruolo dell'operatore, le sue teorie di riferimento, la sua professionalità e l'insieme dei fattori spazio-temporali che regolano l'interazione, mentre il setting si riferisce a un "campo mentale" costruito inizialmente dall'operatore (formatore o terapeuta) e quindi modificato in seguito allo strutturarsi della relazione duale o gruppal¹⁴. Inoltre, è importante distinguere nel rapporto individuo/gruppo almeno questi tre distinti livelli:

- √ *qui e ora*: è l'asse orizzontale che descrive le relazioni all'interno del gruppo in formazione come queste si dispiegano nell'immediatezza dei rapporti. E' la storia (presente) del gruppo che avviene sotto gli occhi di tutti.
- √ *lì e allora*: è l'asse verticale che rimanda alla storia personale di ognuno e alla dimensione del gruppo familiare di origine, tri o quadri-generazionale. E' la storia (passata) personale che viene rivisitata e riconosciuta nella narrazione ma può irrompere coattivamente
- √ *lì e ora*: è l'intreccio del vissuto personale che oscilla tra dentro e fuori, cambia i confini e li trasforma, rispetto ai gruppi di appartenenza reali, fuori dal gruppo in formazione: un aspetto assai rilevante nel lavoro di formazione e nell'analisi istituzionale.

In questa accezione, "il setting si configura pertanto come il luogo a partire dal quale è possibile distinguere nello spazio (qui/altrove) e nel tempo (ora/allora) ciò che è proprio (l'autentico) da ciò che non lo è (il falso sé, maschera o coazione)" (Giannone, Lo Verso 1997, p. 11) e il "setting gruppoanalitico è concepito come un campo co-transferale" (Giannone, Lo Verso 1997, p. 11-12)¹⁵

Seppur fondamentali, alcuni di questi assunti presentano dei problemi tanto da rappresentare una sfida alla pratica formativa e clinica che l'orientamento etno-sistemico-narrativo intende raccogliere:

- √ il riferimento a concezioni spazio-temporali è molto importante specie se si presta attenzione a non imporre sui clienti categorie e ritmi propri della cultura occidentale. La possibilità che si apre è di ridefinire assieme ad essi nozioni quali *holding* e *setting* anche in riferimento a pratiche di accudimento e cura dei bambini in diverse culture.
- √ nell'approccio presentato si fa riferimento alla distinzione tra ciò che è autentico e ciò che è falso sé e questa dicotomia semplificatoria viene superata da nozioni quali co-costruzione e dialogicità che permettono di andare oltre il gioco delle aspettative reciproche, proprio della psicologia sociale e relazionale, ed esplorare lo sconosciuto insito nella relazione. Il concetto di contenimento esplorativo vuole andare oltre le dicotomie.
- √ il tempo viene concepito sia come asse verticale (passato-presente-futuro), sia orizzontale (attualità della relazione, matrice dinamica del gruppo, rapporto tra interno del gruppo e esterno del mondo sociale allargato), e viene utilizzato in modo "emico" per ricomprendere

¹⁴ E' doveroso specificare che una approfondita analisi (Giannone, Lo Verso 1997) suddivide ulteriormente il setting in: a) il pensiero del terapeuta, il contesto mentale e concettuale del progetto del terapeuta (che comprende elementi di carattere teorico e di scambio dinamico tra set e setting, oltre ad aspetti di carattere personale, quali la sua formazione, il taglio osservativo, la sua biografia, le sue aspettative e motivazioni) e b) la specifica situazione esperienziale che si viene a costituire nel gruppo in quanto luogo terapeutico e spazio di mediazione, rete di comunicazione e di relazione che si estende anche all'esterno. E' chiaro che in questa prospettiva il set(ting) viene co-costruito tra l'operatore (terapeuta e/o formatore) e l'utenza.

¹⁵ Il campo co-transferale riguarda: il soggetto, le gruppalità interne, le interrelazioni tra i partecipanti, il conduttore nel gruppo, la relazione terapeutica e il processo analitico che aiuta a riconoscere il *confine* tra la relazione effettiva e quella fantasmatica, ovvero tra agire e essere agiti.

tutti i livelli della vita psichica: mondo interno, dimensione interpersonale, gruppo, intergruppo, organizzativo/istituzionale, socio-culturale

- √ le narrazioni che emergono e che vengono co-costruite risultano da un intreccio reso possibile da un metissage di metodi che la teoria narrativa tiene assieme. Questo consente di contemplare il testo a un duplice livello: da una parte l'aspetto referenziale, ovvero il far riferimento a eventi, idee e concetti del passato e dall'altro, ma insieme e contemporaneamente, l'aspetto performativo, ossia la creazione di nuovo significato che contribuisce alla memoria e all'identità.

Il setting non deve quindi essere variabile o alterato ma può essere flessibile e ambiguo in quanto, come nella fase liminale del rituale, consente di esternalizzare il conflitto, il dolore, la disperazione rendendoli visibili, pensabili, riconoscibili. Il *setting gruppale etnopsichiatrico* prevede che la consultazione avvenga alla presenza di un mediatore culturale, del terapeuta e dei co-terapeuti che ripropongono nella seduta una situazione di gruppo a cui il paziente e i suoi familiari e/o amici possono affidarsi con maggiore senso di protezione.

Nel setting etnopsichiatrico, la co-costruzione passa attraverso il discorso sugli oggetti. La lingua diventa "oggetto di discorso": per Nathan (1996) le parole dei pazienti non sono più interpretabili come nella psicoanalisi. Diventa indispensabile comprendere letteralmente il significato delle parole del paziente e il traduttore non si limita alla funzione di interprete. La lingua, al pari di altri oggetti tra cui la cultura di origine e quelle di riferimento, diviene "un terzo" (in psicoterapia familiare, vedi Bertrando 2002), oggetto da osservare, terreno di scontro e di generatività, attraverso cui imparare l'arte della sospensione di giudizio e dell'esitazione nel ricondurre automaticamente un termine al suo significato. E' un invito alla scoperta e all'esplorazione.

Il gruppo in etnopsichiatria diventa il "traduttore del traduttore" (Losi 2004), e la lingua è un oggetto fabbricato dal gruppo che a sua volta fabbrica gli individui che ne fanno parte. La lingua diviene un oggetto costruito dal gruppo terapeutico: la differenza tra gli umani sta negli oggetti che essi stessi fabbricano. Vi sono infatti altri oggetti, oltre alla lingua, che svolgono una funzione di mediazione per stimolare la comunicazione del paziente con i suoi mondi di riferimento, mondi che talvolta non riescono più a comunicare tra loro. La cultura/culture di appartenenza infatti è costituita non solo da norme, modelli, valori, ideali ma da pratiche sociali condivise o imparate con altre persone, esseri significativi nella vita del paziente che in alcuni casi risiedono altrove.

La complessità del sistema che si crea nel setting gruppale stimola molto più che lo sviluppo di un linguaggio comune, ma crea la concreta possibilità per il terapeuta, il gruppo e il paziente/cliente di costruire nuovi scenari terapeutici con l'obiettivo di proporre una "nuova storia che cura". Il terapeuta principale deve saper reggere con autorevolezza l'incremento di complessità relazionale che si viene a creare nel gruppo, con l'aiuto di regole comunicative che consentono di valorizzare più realtà senza che queste si escludano a vicenda e lasciando che si intreccino in modo complementare e creativo. L'esperienza di gruppo che ne deriva è un confronto di esperienze di modi possibili, di combinazione di mondi possibili per il soggetto e quindi legittimi.

Il processo terapeutico è una "guarigione" nel senso di un viaggio per riprendersi, per riaversi, per ricostruire le lacerazioni dell'esperienza migratoria e riconquistare benessere, autonomia e responsabilità. Il gruppo è cioè un "ambiente crescentemente familiare" dove il ruolo del terapeuta è quello dell'ascolto, della restituzione di passaggi cruciali che consentono di proseguire nel lavoro, dell'alleanza con chi è vulnerabile, ma anche di catalizzatore e integratore delle restituzioni e scenari che provengono dal gruppo nel suo insieme (Losi 2004).

Recenti ricerche in psicoterapia familiare hanno esplorato il ruolo del bilinguismo e del multilinguismo, sia al livello individuale della costruzione della nozione di persona e di self, sia

al livello familiare nelle relazioni tra genitori e figli o all'interno della coppia dell'espletamento delle funzioni genitoriali (Burck 2004). Mentre la cosiddetta lingua madre conferisce ai parlanti un senso di spontaneità e di intimità, quella acquisita successivamente contiene una distanza che può anche essere percepita come una risorsa, proprio nella direzione in cui si accennava, ovvero della oggettivazione della lingua. Questo crea nuove possibilità per l'azione (ad es. diversi modelli di educazione dei figli o di generazione delle scelte di vita). Vivere in un contesto multilinguistico consente ai parlanti di percepirsi come differenti, ma anche di prendere posizione nei confronti di tale differenza (riflessività), tematizzando contrasti, contraddizioni, tensioni che da implicite diventano esplicite. Se è vero che ci si perde sempre nella traduzione, che si incontra l'impossibilità della traduzione, è anche vero che qualcosa di nuovo può essere creato attraverso quel senso di doppio che può essere vissuto a tratti come privazione di qualcosa (non essere né completamente dentro alla propria cultura, né dentro a quella d'adozione), a tratti come arricchimento (l'ibridazione aiuta a muoversi con consapevolezza tra i rischi dell'autenticità della lingua e cultura materna che rapidamente può trasformarsi in essenzialismo). E' importante ricordare al proposito che ogni individuo e ogni famiglia hanno i loro usi caratteristici che vanno disvelati con sensibilità psicoculturale specie nelle migrazioni forzate dove i processi trasformativi possono essere più difficili o incompiuti, senza dimenticare che "disporre di diverse lingue è una risorsa e un terreno di contestazione, per le famiglie e per il terapeuta. Costruire un ambiente in cui sia possibile vivere la molteplicità è una sfida per tutti e ciascuno" (Burck 2004: 336, traduzione dell'Autore).

5.8 – Riferimenti bibliografici

AA.VV.: *Psicologia transculturale*, Ed. Guerini Studio, 1994

Abu-Lughod, L., *Veiled Sentiments*, Berkeley: Univ. Of California Press 1986 (tr. It., *Sentimenti velati*, Bollati-Boringhieri, Torino 2006)

Affergan, F. et al., (2005), *Figure dell'umano. Le rappresentazioni dell'antropologia*, Meltemi, Roma

Anderson, H. e Goolishian, H. (1982). I sistemi umani come sistemi linguistici: implicazioni per una teoria clinica. *Connessioni*, vol.2 (vecchia edizione) pp.1-29.

Anderson, H. e Goolishian, H., (1992), The client is the expert: a not knowing approach to therapy, in McNamee S. e Gergen K., (1992). *Therapy as social construction*. London: Sage (tr. It. Il cliente è l'esperto: il "non sapere" come approccio terapeutico in McNamee e Gergen, *La terapia come costruzione sociale*, Milano: FrancoAngeli, 1998).

Andolfi, M., (2003), *La mediazione culturale. Tra l'estraneo e il familiare*, F. Angeli Milano

Anzieu, D., (1992), *L'epidermide nomade e la pelle psichica*, Milano, Cortina

Augé, M., et al., (2005), *Antropologia della cura*, Torino: Bollati-Boringhieri

Barthes, R., e Havas, R., (1977), Ascolto, in *Enciclopedia*, Torino, Einaudi.

Bartocci G. (2000): "The Cultural Construction of the Western Conception of the Real of the Sacred: Co-existence, Clash and Interbreeding of Magic and Sacred Thinking in Vth and VIth Century Umbria" - *Anthropology & Medicine*, Vol. 7; N.3. 373-388.

Bartocci, G., (cur), (1994), *Psicopatologia, cultura e dimensione del sacro*, 2 voll. Prefazione di L. Frighi, Roma: EUR-Edizioni Universitarie Romane.

Bartocci, G., (cur), (2005), *Manuale di Psichiatria Culturale* di W. S. Tseng, Roma: CIC Edizioni internazionali.

Bartocci, G., (sd), Prospettive della psichiatria transculturale, pubblicato online in <http://www.psychomedia.it/imt/articoli/bartocci1b.htm>

Basaglia, F., (1967), *Che cos'è la psichiatria*, Torino: Einaudi , rist. Baldini e Castoldi Dalai 1997

- Basaglia, F., (1974), *L'istituzione negata : rapporto da un ospedale psichiatrico*. Torino, Einaudi
- Beneduce, R., (2002), *Trance e Possessione in Africa. Corpi, mimesi, storia*. Torino, Bollati Boringhieri.
- Bertrando, P., (2002), "Il discorso del terzo" in *Connessioni*.
- Bhaba, H., K., (1994), *The Location of Culture*, London: Routledge (tr. It. *I luoghi della cultura*, Roma: Meltemi 2001)
- Burck, C., (2004), Living in several languages. *Journal of Family Therapy*, 26, 314-339
- Chauvenet, A., Despret, V., Lemaire, I.M., (1996), *Clinique de la reconstruction. Une expérience avec des réfugiés en ex-Yougoslavie*, Paris : L'Harmattan.
- Coin, R., (2001), *Psicologia sociale e intercultura*, Milano: Cortina
- Crossley, M.L., (2000), *Introducing Narrative Psychology. Self, trauma and the construction of meaning*, Buckingham: Open University Press
- Csordas, T., Kleinman, A., (1988), "Il processo terapeutico", in *Medicina, magia, religione, valori*, vol. II, Napoli: Liguori Editore
- De Martino, E., (1956), "Crisi della presenza e integrazione religiosa", *Aut-Aut*, 31 : 17-38.
- De Martino, E., (1948), *Il mondo magico*. Torino, Boringhieri. Rist. 1973
- De Martino, E., (1958), *Morte e pianto rituale*, Torino: Boringhieri
- De Martino, E., (1959), *Sud e Magia*, Milano, Feltrinelli
- De Martino, E., (1977), *La fine del mondo, contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, ed. C. Gallini. Torino, Einaudi.
- Devereux, G., (1970), *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris: Gallimard (tr. It. *Saggi di etnopsichiatria generale*, Roma: Armando 1973)
- Devereux, G., (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris: Flammarion
- Duranti, A., (2000), *Antropologia del linguaggio*, Roma: Meltemi
- Edelstein, C., (2000), "Il pozzo: uno spazio di incontri" in *Connessioni*, 6: 71 – 86
- Edelstein, C., (2003), "La costruzione del sé nella comunicazione interculturale, *Famiglie immigrate e società multiculturale*, 6
- Feldman, A., (1991), *Formations of Violence: Narratives of Body and Terror in Northern Ireland*, Chicago: University of Chicago Press
- Galimberti, U., (1983), *Il corpo. Antropologia, psicoanalisi, fenomenologia*. Milano: Feltrinelli
- Giannone, F., Lo Verso, G., (1997), Problematica del setting e valutazione della situazione terapeutica, in Profita, G., Ruvolo, G., *Variazioni sul setting*, Milano: Cortina
- Good, B., (1994), *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge: Cambridge University Press (tr. It. *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Milano: Edizioni di comunità 1999).
- Inghilleri, P., (1991), La psicologia transculturale: una visione storica per scenari futuri, In Inghilleri, P., Terranova-Cecchini, (cur), *Avanzamenti in psicologia transculturale*, Milano: Angeli
- Inghilleri, P., (1999), *From Subjective Experience to Cultural Change*, New York: Cambridge University Press
- Inghilleri, P., de Cordova, F., (2004), Identità molteplici e culture: la buona costruzione del Sé in un mondo globale, *Ricerche di Psicologia*, 3.
- Inglese, S., (2003), "La follia perfetta : variazioni etnopsichiatriche sulla schizofrenia" : 169-201, in G., Tagliavini e G., Cardamone (cur), *Ripensare le schizofrenie. Un dibattito italiano*. Paderno Dugnano, Edizioni Colibrì.

- Jervis, G., (1994), *La psicoanalisi come esercizio critico*. Milano, Garzanti.
- Jervis, G., (2003), *La depressione. Un vuoto oscuro e maligno che possiamo colmare*. Bologna, Il Mulino.
- Kardiner, A., Linton, R., (1939), *The Individual and His Society*, New York: Columbia (tr. It. *L'individuo e la sua società*, Milano: Bompiani 1968)
- Kardiner, A., Linton, R., West, J. Et al., (1945), *The Psychological Frontiers of Society*, New York: Columbia University Press (tr. It., *Le frontiere psicologiche della società*, Bologna: Il Mulino 1974)
- Losi, N., (1999), Migrazioni, disordini psichici, etnopsichiatrie, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 4-5
- Losi, N., (2000), *Vite altrove: migrazione e disagio psichico*, Milano, Feltrinelli
- Losi, N., (2001), Riflessioni sulla costruzione di oggetti terapeutici nel lavoro etnopsichiatrico, in *Etnopsichiatria e psicoterapie transculturali – Il carro delle molte ruote*, a cura di Rotondo, A. e Mazzetti, M., Milano: L'Harmattan
- Losi, N., (2002), "Some assumptions on psychological trauma interventions in post-conflict communities" in Papadopoulos, R. (ed), *Therapeutic Care for Refugees. No place like home*, London: Karnac
- Losi, N., (2003), "La mente del migrante", in *CIR_Notizie*, gen/feb.
- Losi, N., (2004), L'uovo bianco della gallina bianca: la terapia delle coppie miste nell'approccio etnopsichiatrico-sistemico-narrativo, in Andolfi M. (cur), *Famiglie immigrate e psicoterapia transculturale*, F. Angeli
- Losi, N., e Papadopoulos, R., (2004), Post-conflict Constellations of Violence and the Psychosocial Approach of the *International Organization for Migration (IOM)* in *Book of Best Practices. Trauma and the Role of Mental Health in Post-Conflict Recovery*, International Congress of Ministers of Health for Mental Health and Post-Conflict Recovery, Rome, Dec. 3-4, 2004 (tr. It. Costellazioni della violenza post-conflitto e approccio psicosociale dell'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM), Roma 2005).
- Losi, N., S., Reisner & S., Salvatici, (cur), (2002), *Psychosocial and Trauma Response in War-Torn Societies. Supporting Traumatized Communities Through Theatre and the Arts, Psychosocial Notebook, Vol.3*, Geneva: IOM
- Losi, N., Schellenbaum P., (2003), *Manuale di orientamento psicosociale*, Roma: IOM-OIM
- Lutz, C., (1988), *Unnatural Emotions*, Chicago: University of Chicago Press
- Malkki, L., (1995), Refugees and Exile: From Refugee Studies to the national Order of Things, *Annual Review of Anthropology*, 24: 495-523
- Mantovani, G., (2004), Dalla psicologia culturale alla ricerca interculturale: come affrontare la sfida delle differenze, *Ricerche di Psicologia*, 3.
- Mellina, S., (1987), *La nostalgia nella valigia*, Venezia: Marsilio
- Nathan, T., (1986), *La folie des Autres*, Paris: Dunod (tr. It. *La follia degli altri. Saggi di etnopsichiatria clinica*, M., Pandolfi, (cur), Firenze: Ponte alle Grazie, 1990)
- Nathan, T., (1993), *Fier de n'avoir ni pays ni amis, quelle sottise c'était...Principes d'ethnopsychanalyse*, Grenoble: La Pensée Sauvage (tr. It. *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati-Boringhieri, Torino, 1996).
- Nathan, T., (1994), *L'influence qui guérit*, Paris: Odile Jacob 1994
- Nathan, T., (2001), *Nous ne sommes pas seuls au monde*, Paris : Les empêcheurs de penser en rond (tr. It. *Non siamo soli al mondo*, Torino : Bollati-Boringhieri 2003)
- Nathan, T., Stengers, I., (1995), *Médecins et sorciers*, Paris : Les empêcheurs de penser en rond (tr. It. *Medici e stregoni*, Torino : Bollati-Boringhieri 1996)
- Obeyesekere, G., (1990), *The work of culture*, Chicago: University of Chicago Press
- Ongaro Basaglia, F., (2005), *L'utopia della realtà*, Torino : Einaudi 2005.

- Pandolfi, M., (1994), "Pour une ethnopsychiatrie métisse. Au-delà de la folie des autres", *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, 27.
- Pandolfi, M., (2000), "Disappearing boundaries: notes on Albania, Kosovo and the humanitarian agenda", in Losi, N. *Psychosocial and Trauma Response in War-Torn Societies. The Case of Kosovo, Psychosocial Notebook*, Vol. 1, Geneva: IOM
- Papadopoulos, R. K., (1998), 'Destructiveness, atrocities and healing: epistemological and clinical reflections' in *The Journal of Analytical Psychology*, 43: 4
- Papadopoulos, R. K., (2004), 'Trauma in a Systemic Perspective; theoretical, organisational and clinical dimensions'. Paper presented at the XIV Congress of the International Family Therapy Association in Istanbul
- Papadopoulos, R.K., (1999), 'Storied Community as Secure Base'. *The British Journal of Psychotherapy*, 15, 3.
- Papadopoulos, R.K., (2001a), Refugees, therapists and trauma: systemic reflection, in *Context. The magazine of the Association for Family Therapy*, 54: 5-8
- Papadopoulos, R.K., (2001b), Refugee Families: issues of systemic supervision, in *Journal of Family Therapy*, 23, 4: 405- 422
- Papadopoulos, R.K., (2002), Refugees, home and trauma, in Papadopoulos, R., K., (ed), *Therapeutic Care for Refugees. No Place Like Home*, Tavistock Clinic Series, London: Karnac
- Papadopoulos, R.K., 'A Matter of Shades: Trauma and Psychosocial Work in Kosovo', in Losi, N., (2000), *Psychosocial and Trauma Response in War-Torn Societies; the Case of Kosovo*, Geneva: International Organisation for Migration
- Profita G., Ruvolo, G., (1997), *Variazioni sul setting. Il lavoro clinico e sociale con individui, gruppi e organizzazioni*, Milano: Cortina.
- Remotti, F., (1990), *Noi primitivi*, Torino: Bollati-Boringhieri
- Ricoeur, P., (1998), *Das Raetsel der Vergangenheit. Erinnern – Vergessen – Verzeihen*, Gottingen: Wallstein(tr. It. *Ricordare, dimenticare, perdonare. L'enigma del passato*, Bologna: Il Mulino 2004)
- Risso, M. e W., Böker, (1992), *Sortilegio e delirio. Psicopatologia dell'emigrazione in prospettiva transculturale*. Napoli, Liguori
- Róheim, G., (1950), *Psychoanalysis and Anthropology. Culture, Personality and the Unconscious*, New York: International Universities Press (tr. It. *Psicoanalisi e antropologia*, Milano: Rizzoli 1974).
- Scabini, E., Giuliani, C., (2004), La sfida delle dimensioni etnico-culturali nello studio della famiglia, *Ricerche di Psicologia*, 3.
- Schellenbaum, P., (1997), Letteratura orale, in *Dizionario di Antropologia*, Bologna: Zanichelli
- Schellenbaum, P., (2004), "La richiesta d'asilo: il supporto a chi opera sul campo", relazione presentata al Seminario di Studi nell'ambito del Progetto "Brescia Accoglie", Università Cattolica del Sacro Cuore, Brescia 16 dicembre 2004.
- Seppilli, T., (1996), "Antropologia Medica : fondamenti per una strategia", *AM Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 1-2 : 7-22.
- Seppilli, T., (1959), "Il contributo dell'antropologia culturale all'educazione sanitaria", *L'Educazione Sanitaria Periodico ufficiale del Centro sperimentale di educazione sanitaria delle popolazioni*, 4, 3-4 : 325-340.
- Seppilli, T., (1990), *Medicine e Magie. Le tradizioni popolari in Italia*. Milano, Electa.
- Seppilli, T., (1995), "Ernesto de Martino e la nascita dell'etnopsichiatria italiana", *Storia, Antropologia e Scienza del Linguaggio*, X, 3 :147-156.
- Severi, C., (2004), *Il percorso e la voce. Un'antropologia della memoria*, Torino: Einaudi

- Sironi, F. (2001). Ruolo e funzione degli oggetti nelle sedute di etnopsichiatria presso il Centro Georges Devereux, in *Etnopsichiatria e psicoterapie transculturali – Il carro delle molte ruote*, a cura di Rotondo A. e Mazzetti M., L'Harmattan Italia, Milano.
- Sironi, F., (1999), *Bourreaux et victimes, psychologie de la torture*, Paris : Jacob (tr. It. *Persecutori e vittime*, Milano: Feltrinelli 2001)
- Summerfield D., (1999), A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas, *Social Science and Medicine*, 48.
- Thornton, R., (1999), "On accounts of violence: the human process", unpublished draft, quoted in Fordred L., "Taming chaos. The dynamics of narrative and conflict", in *Track Two*, July
- Viñar, M., e Viñar M., (1989), *Exil et Torture*, Paris : Denoël
- Zajde, T., (1998), Le traumatisme, in Nathan, T., Blanchet, A., Ionescu, S., Zajde, N., *Psychothérapies*, Paris: Odile Jacob (tr. It. Il trauma, in in Nathan, T., Blanchet, A., Ionescu, S., Zajde, N., *Psicoterapie*, Bologna: Club 2000)

6 - Validità dell'approccio proposto

Il paragrafo ha lo scopo di mostrare la validità dell'approccio, utilizzando lavori di studiosi nel campo della psicologia e della terapia familiare, della psichiatria transculturale, dell'etnopsichiatria, della antropologia culturale e della storia che ne affermano la validità sul piano dell'efficacia clinica e delle fondamenta teoriche. Tali discipline, e il dialogo che ne scaturisce, sono un riferimento costante nell'approccio sistemico-relazionale ad orientamento etno-sistemico-narrativo, il quale si pone in una posizione di continuità-discontinuità rispetto alle origini.

6.1 – Validità ed efficacia della terapia familiare

La terapia familiare ha recentemente avviato un ripensamento della propria storia (Beels 2002) nel senso dell'apertura multidisciplinare come testimonia il recente numero monografico della rivista *Family Process*, dedicato al superamento dei confini disciplinari e alla nuova iniziativa di ospitare contributi di altri studiosi, sia in un'ottica interdisciplinare, sia transnazionale (Imber-Black 2005). L'intreccio tra cultura e sistema in terapia familiare (Krause 2001) si è ulteriormente esteso verso un orientamento alla promiscuità nell'utilizzo di modelli, teorie e tecniche in modo da considerare ogni approccio una risorsa fluida e flessibile nella conversazione terapeutica. In questo modo ci si focalizza maggiormente sui vari posizionamenti del terapeuta verso una crescente complessità (McNamee 2004). Questo sposta l'attenzione alla relazione terapeutica, ai vantaggi di un approccio pluralista, ai suoi limiti e allo sforzo congiunto di co-costruire uno "shared focus" (Flaskas et al. 2005).

In sintesi i temi più recenti sviluppati dalla riflessione teorica e clinica in terapia familiare a livello internazionale vanno nella direzione di ciò che è stato definito in queste pagine orientamento etno-sistemico-narrativo. Oltre all'apertura disciplinare, si ricordano:

- ✓ formazione della nuova generazione di terapeuti, aprendosi alle dimensioni socio-culturali e trasformando gli allievi e il campo in senso multiculturale (con tematiche quali *gender*, *race/ethnicity*, ecc.) (Imber-Black 2005)
- ✓ il transnazionalismo nelle storie familiari (Stone 2005)
- ✓ memoria e testimonianza (Pakman 2005)
- ✓ il ruolo delle emozioni nelle identità familiari transnazionali (Falicov 2005)
- ✓ le relazioni di coppia in un contesto internazionale (Imber-Black 2005)
- ✓ le conseguenze al livello familiare del trauma dei rifugiati (Weine et al. 2004)
- ✓ la teoria per la pratica (Flaskas 2005)
- ✓ diversi linguaggi professionali e questioni di bi- e multi-linguismo (Burck 2004)
- ✓ dialogicità e multivocalità (Rober 2005)
- ✓ approccio comunitario alla terapia familiare (Rojano 2004)

La validità ed efficacia della terapia familiare, che presenta un suo modello di sviluppo (Giacometti 1979), rivisto ed integrato nel tempo (Beels 2002), è stata messa in evidenza attraverso numerose pubblicazioni a livello internazionale (ad es. Pinsof e Wynne 1995) e in Italia. Recentemente (Shadish e Baldwin 2003) una review di 20 meta-analisi conclude che la terapia familiare e di coppia ha ottenuto significativi risultati nel 40-50% dei casi e la maggior parte di questi risultati sono mantenuti nel follow-up. Si sottolinea che questo tipo di intervento è più efficace di altri. Per quanto riguarda la relazione di coppia, il volume che raccoglie i contributi sia dei pionieri della terapia familiare, sia di ricercatori italiani che si confrontano con

le nuove forme familiari in ottica sistemico-relazionale è Andolfi (1999). Per le dinamiche emotivo-relazionali nelle famiglie straniere e nella mediazione culturale, vedi Andolfi (2003, 2004). In generale, studi sulla validità dell'approccio sistemico-relazionale ne dimostrano l'efficacia nel tempo (Andolfi, Angelo, D'Atena 2001) e per un recente dibattito si veda il Convegno "Efficacia e valutazione della Terapia Familiare" (Bertrando 1999; Cancrini 1999; Cirillo 1999, Pontalti e Annunziata 1999; Vella, Solfaroli Camillocci 1999; Viaro 1999).

6.2 – Validità ed efficacia dell'etnopsichiatria

A livello internazionale, e in particolare in Svizzera e Francia, l'etnopsichiatria e l'etnopsicologia sono riconosciute come pratiche cliniche efficaci per la clinica con i migranti, in quanto si pongono come saperi complementari a quelli della psicologia e della psichiatria ufficiale, e non in conflitto con esse (Kilani 1994, Mantovani 2004). L'esperienza del Centre Devereux di Parigi è seminale (Nathan 1993, 1995). La clinica con i migranti si è poi arricchita delle esperienze in aree di guerra (Chauvenet 1996). In Gran Bretagna la clinica dei migranti e dei rifugiati viene svolta in sinergia con la Tavistock Clinic e rappresenta un importante contributo anche da un punto di vista della revisione di concetti, quali trauma e resilienza (Papadopoulos 1999, 2001). L'approccio sistemico-relazionale a orientamento etno-sistemico-narrativo è nato e si è sviluppato in stretta collaborazione con questi Centri di ricerca, di sperimentazione e attività clinica (Losi Papadopoulos 2004).

In Italia, sul tema della valutazione dell'efficacia terapeutica si è avviata un'importante discussione che mette in luce, tra gli altri, temi quali: il contesto sociale della valutazione, la distinzione antropologica tra cultura ideale e pratiche, il concetto di *agency*, i soggetti e gli oggetti della valutazione e il ruolo dell'osservatore nel processo di valutazione, funzioni esplicite ed implicite nella valutazione delle pratiche di cura tradizionali, l'etnocentrismo e i suoi effetti collaterali (Lionetti 1993, Losi 2000, Mantovani 2004). Le cause di ordine sociologico e la visione impersonale della scienza medica sono all'origine del fallimento della presa in carico di alcuni disturbi: l'orientamento etno-sistemico-narrativo si inserisce in questo solco.

6.3 – Validità ed efficacia dell'orientamento etno-sistemico-narrativo

L'approccio sistemico-relazionale a orientamento etno-sistemico-narrativo fa propria la riflessività insita nei discorsi sulla valutazione delle terapie tradizionali, optando per una multidisciplinarietà che pone il cliente in una posizione di esperto (Anderson e Goolishan, 1992) in grado di attingere a diversi orientamenti per sconfiggere il proprio disagio. L'approccio etno-sistemico-narrativo si posiziona entro questa cornice teorica e metodologica e in particolare punta sulla complementarità tra metodo etnografico e metodologie della psicoterapia familiare.

Innanzitutto nel lavoro etnografico è necessario utilizzare alcuni accorgimenti per essere accolti con fiducia dai propri interlocutori, concedendosi un lungo tempo per costruire un rapporto di reciprocità tale per cui le esperienze intime e personali possono essere discusse e commentate come "oggetti" di conversazione. In secondo luogo il rapporto tra metodo etnografico e metodo interpretativo nel contesto terapeutico familiare porta a considerare la necessità di far emergere ciò che sta dietro il livello conscio, ai "presunti" così scontati entro una comunità da non essere considerati o dibattuti. Questo genere di premesse può emergere solo in seguito a specifiche sollecitazioni o cambiamenti oppure attraverso il lavoro etnografico e psicoterapeutico. Il lavoro svolto da etnologi e etnopsichiatri in Africa mostra infatti come le culture altre si fondino su un costante iato tra dichiarato, presunto ed effettivo (Bibeau-Charland 1994). Questa visione risulta utile anche per il lavoro terapeutico con persone della nostra cultura.

L'approccio etno-sistemico-narrativo si pone come un metodo capace di affrontare il cambiamento culturale nelle società tradizionali, ma anche nelle società in transizione e nelle società multietniche. Propone infatti di utilizzare i principi complementaristi presentati per

migranti e non migranti, consapevoli della necessità di ognuno di far fronte al cambiamento rapido e fragilizzante, specie in assenza di luoghi della socialità riparativa e pratiche di prevenzione. Due punti sono quindi importanti nella psicoterapia con migranti e non: a) il *sincretismo* nei processi di cambiamento sociale e culturale, in particolare nel rapporto tra sincretismo individuale e sincretismo socialmente condiviso, che genera la capacità di integrare polarità vissute come inconciliabili: il vecchio con il nuovo, il passato con il presente, la discontinuità e la continuità, nuovo ordine e senso di stare al mondo. Il sincretismo diviene come un ponte che consente di affrontare un processo di cambiamento con l'integrazione fra punti, tempi, stadi differenti; b) l' *efficacia terapeutica* nell'approccio etno-sistemico-narrativo che consiste "nel creare mediante rituali appropriati, una connessione tra le modalità di pensiero di questi due mondi secondo forme più condivise, attivando così un passaggio – tra vari possibili – da una forma sincretica individuale a una forma sincretica socialmente condivisa" (Losi 2000: 86).

6.4 – Il punto d'incontro con la psicologia transculturale e l'etnopsicologia/etnopsichiatria

Il punto di incontro tra la psicologia transculturale e l'etnopsicologia/etnopsichiatria è un modello olistico circolare che pone in un unico sistema di interdipendenze i singoli elementi, in modo tale che ogni elemento non può essere spiegato se non in relazione agli altri. Tali elementi sono: il sistema sociale e i modelli culturali, il comportamento quotidiano e le pratiche sociali, l'esperienza soggettiva in relazione agli altri (sistemi di comunicazione, definizioni di realtà, esseri visibili e invisibili), il sistema di personalità individuale, con accenti diversi (Inghilleri 1991, Nathan 1993, Duranti 2000, Mantovani 2004).

L'orientamento etno-sistemico-narrativo rielabora questa prospettiva individuandone una direzione precisa: costruire una responsabilità individuale sulla malattia e sulla salute non svincolata dal sociale, adottare un modello non biomedico, ma attento alla dimensione simbolica, relazionale e culturale, fondato sulla non linearità. I rituali terapeutici hanno la funzione di ponte e di "integrazione" tra passato e presente laddove questa continuità è stata lacerata. "Questo iato va ricomposto in un ordine che avvii una ripresa di senso della presenza del paziente nel mondo. Ma tutto ciò è comprensibile e condivisibile se si spiega la "malattia mentale" come una risposta a un frattura, anche precocissima, avvenuta nella vita del paziente (Losi 2000: 98). Il riferimento al rituale vuole porre al centro dell'attenzione la consapevolezza che nel gruppo di consultazione, multietnico e multiculturale, tutti i membri diventano crescentemente consapevoli del potere d'influenza delle interferenze che muovono le narrazioni da "storie che ammalano" a "storie che curano", che ricostruiscono e ricompongono le fratture laceranti delle migrazioni e del cambiamento socio-culturale.

6.5 - I punti di differenza con la psicologia transculturale e l'etnopsicologia/etnopsichiatria

Se vi sono alcuni punti in comune, vi sono però anche delle differenze. Mentre infatti la psicologia transculturale, come ricorda Marcello Cesa Bianchi (1991) non pretende di elaborare teorie specifiche ma utilizza le teorie della psicologia generale, apportando nella metodologia un approccio comparativo e un'analisi culturale, e l'etno-psichiatria, come ricorda Mantovani (2004), rappresenta un metodo che consente al migrante di ricevere una risposta al suo disagio in sintonia con il proprio mondo di appartenenze con il fine di valorizzarne l'esperienza, l'approccio etno-sistemico-narrativo compie un passo in più. Nel complementarismo praticato nelle sedute a orientamento etno-sistemico-narrativo il mondo di origine e le culture di appartenenza sono sempre viste al plurale e la mente delle persone è una mente viaggiante, in movimento. Il contenimento che scaturisce dalla pratica del racconto e dalla narrativizzazione e un "contenimento esplorativo". Questo consente di uscire dai rischi della reificazione culturale e dalle aporie di un'efficacia simbolica che, sull'eredità di Lévi-Strauss, non lascia spazio alle

proiezioni personali del cliente (Severi 2004), l'unica persona, migrante e non, davvero in grado di appropriarsi del rituale di cura e stabilirne l'efficacia.

6.6 – Riferimenti bibliografici

- Anderson, H. e Goolishian, H., (1992), The client is the expert: a not knowing approach to therapy, in McNamee S. e Gergen K., (1992). *Therapy as social construction*. London: Sage (tr. It. Il cliente è l'esperto: il "non sapere" come approccio terapeutico in McNamee e Gergen, *La terapia come costruzione sociale*, Milano: FrancoAngeli, 1998).
- Andolfi M., Angelo C., D'Atena P. (cur), (2001), *La terapia narrata dalle famiglie*, Raffaello Cortina ed., Milano, 2001
- Andolfi, M., (cur), (2003), *La mediazione culturale*, Milano: Franco Angeli
- Andolfi, M., (cur), (1999), *La crisi della coppia. Una prospettiva sistemico-relazionale*, Milano: R. Cortina.
- Andolfi, M., (cur), (2004), *Famiglie immigrate e psicoterapia transculturale*, Milano: Franco Angeli.
- Beels, C., C., (2002), Notes for a cultural history of family therapy, *Family Process*, Spring.
- Bibeau, G., Charland, C., (1994), Sur la piste des errances du renard pale. Les recherches d'une équipe italo-malienne sur le haut-plateau dogon, in *Psychopathologie africaine*, XXVI, 3: 341-386
- Burck, C., (2004), Living in several languages: implications for therapy, *Journal of Family Therapy*, 26, 314-339.
- Cancrini, L., (1999), Quattro prove per una valutazione d'efficacia della psicoterapia, relazione presentata al convegno *Efficacia e valutazione della Psicoterapia familiare*, 26 e 27 novembre 1999, Università Cattolica del S. Cuore, Aula Gemelli, Roma.
- Chauvenet, A., Despret, V., Lemaire, I.M., (1996), *Clinique de la reconstruction. Une expérience avec des réfugiés en ex-Yougoslavie*, Paris : L'Harmattan.
- Cirillo, S., (1999), Efficacia della terapia Familiare: riflessioni sul follow-up di 20 anni di attività presso il Nuovo Centro della Famiglia di Milano, relazione presentata al convegno *Efficacia e valutazione della Psicoterapia familiare*, 26 e 27 novembre 1999, Università Cattolica del S. Cuore, Aula Gemelli, Roma.
- Duranti, A., (2000), *Antropologia del linguaggio*, Roma : Meltemi
- Falicov, C., (2005), Emotional Transnationalism and Family Identities, *Family Process*, 44, 4.
- Flaskas, C., et al. (2005), *The Space Between: Experience, Context, and Process in the Therapeutic Relationship*, London: Karnac Books
- Flaskas, C., Relating to Knowledge Challenges in Generating and Using Theory for Practice in Family Therapy, *Journal of Family Therapy*, 27, 3, 183-205
- Giacometti K., (1979), Terapia familiare: un modello di sviluppo e una proposta di classificazione, in *Terapia Familiare*, vol.6, A.P.F., Roma
- Imber-Black, E., (2005), Beyond Our Borders: A New Initiative, *Family Process*, 44, 4.
- Imber-Black, E., (2005), Couples' Relationships: Questioning Assumptions, Beliefs, and Values, *Family Process*, 44, 3.
- Imber-Black, E., (2005), Training for a New Generation, *Family Process*, 44, 3.
- Inghilleri, P., (1991), La psicologia transculturale: una visione storica per scenari futuri, In Inghilleri, P., Terranova-Cecchini, (cur), *Avanzamenti in psicologia transculturale*, Milano: Angeli
- Kilani, M., (1994), *Antropologia*, Bari: Edizioni Dedalo
- Krause, I.-B., (2001), *Culture and System in Family Therapy*, Karnac Books
- Lionetti, R., (1993), Etica e dialettica della valutazione, *Fogli di Oriss*, 1: 13-33

- Losi, N., (2000), *Vite altrove: migrazione e disagio psichico*, Milano, Feltrinelli
- Losi, N., e Papadopoulos, R., (2004), Post-conflict Constellations of Violence and the Psychosocial Approach of the International Organization for Migration (IOM) in Book of Best Practices. Trauma and the Role of Mental Health in Post-Conflict Recovery, International Congress of Ministers of Health for Mental Health and Post-Conflict Recovery, Rome, Dec. 3-4, 2004 (tr. It. Costellazioni della violenza post-conflitto e approccio psicosociale dell'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM), Roma 2005).
- Mantovani, G., (2004), *Intercultura*, Bologna: Il Mulino
- McNamee, S., (2004), Promiscuity in the practice of family therapy. *Journal of Family Therapy* 26 (3), 224-244.
- Nathan, T., (1993), *Fier de n'avoir ni pays ni amis, quelle sottise c'était...Principes d'ethnopsicoanalyse*, Grenoble: La Pensée Sauvage (tr. It. *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati-Boringhieri, Torino, 1996).
- Nathan, T., Stengers, I., (1995), *Médecins et sorciers*, Paris : Les empêcheurs de penser en rond (tr. It. *Medici e stregoni*, Torino : Bollati-Boringhieri 1996)
- Pakman, M., (2004), The Epistemology of Witnessing: Memory, Testimony and Ethics in Family Therapy, *Family Process*, 43, 2, 265-274
- Pandolfi, M., e Bibeau, G., (2006 in stampa), Suffering, Politics, Nation: A Cartography of Italian Medical Anthropology in Saillant, F., (cur), *Medical Anthropologies: International Perspectives*, Oxford: Blackwell
- Papadopoulos, R.K., (1999), 'Storied Community as Secure Base'. *The British Journal of Psychotherapy*, 15, 3.
- Papadopoulos, R.K., (2001), Refugee Families: issues of systemic supervision, in *Journal of Family Therapy*, 23, 4: 405- 422
- Pinsof, W.M., & Wynne, L.C. (1995). The effectiveness and efficacy of marital and family therapy: An empirical overview, conclusions, and recommendations. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21: 585-613.
- Pontalti, C., Annunziata, M., (1999), Analisi sperimentale del processo in Terapia Familiare, relazione presentata al convegno *Efficacia e valutazione della Psicoterapia familiare*, 26 e 27 novembre 1999, Università Cattolica del S. Cuore, Aula Gemelli, Roma.
- Rober, P., (2005), The Therapist's Self in Dialogical Family Therapy: Some Ideas about Not-Knowing and the Therapist's Inner Conversation, *Family Process*, 44:4.
- Rojano, R., (2004), The Practice of Community Family Therapy, *Family Process*, 43, 1.
- Severi, C., (2004), *Il percorso e la voce*, Torino: Einaudi
- Shadish, W., Baldwin, S., (2003), Meta-analysis of MFT Interventions, *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 547-570
- Stone, E., et. Al., (2005), Transnationalism as a Motif in Family Stories, *Family Process*, 44, 4.
- Vella, G., Solfaroli Camillocci, D., (1999), Problemi catamnesticici nella valutazione dell'efficacia della psicoterapia familiare, relazione presentata al convegno *Efficacia e valutazione della Psicoterapia familiare*, 26 e 27 novembre 1999, Università Cattolica del S. Cuore, Aula Gemelli, Roma.
- Viaro, M., e il gruppo SIRTS (1999), Studi clinici sugli interventi familiari nei disturbi schizofrenici: problemi e prospettive da un punto di vista sistemico, relazione presentata al convegno *Efficacia e valutazione della Psicoterapia familiare*, 26 e 27 novembre 1999, Università Cattolica del S. Cuore, Aula Gemelli, Roma.
- Weine, S., et al., (2004), Family Consequences of Refugee Trauma, *Family Process*, 43, 2

SCUOLA ETNO-SISTEMICO-NARRATIVA

Via S. Crisogono, 39 - 00153, Roma c/o O.S.M.O. "G.F. Montesano"

+39 331.714.9736 - E-mail: info@etnopsi.it - web: www.etnopsi.it