Per una clinica transculturale con i migranti e i loro figli in Europa e nel mondo

Marie Rose Moro

Abstract
Adattare i nostri dispositivi di cura ai migranti e ai loro figli è una delle sfide maggiori della società europea e del mondo d'oggi in cui le migrazioni sono differenti, numerose e talvolta violente. Questo testo presenta un modello d'accoglienza e di cura basato sulla clinica psicoanalitica e sull'antropologia a partire dalle storie individuali e dai racconti di cura dei migranti in Europa e dei rifugiati in Afghanistan. Questa ospitalità è una delle sfide maggiori della nostra clinica, del nostro lavoro sociale e della nostra società contemporanea.

Parole chiave: figli di migranti, clinica, cura, lavoro sociale, accoglienza e ospitalità

"Credo che l'Uomo non abbia bisogno di essere salvato da se stesso; è sufficiente lasciarlo essere se stesso. Il mondo ha bisogno di uomini piuttosto che «di umanisti»
Devereux (1981, p. 20)

Lasciare la propria casa, la propria famiglia, gli amici, i propri odori, sapori, colori per andare in un altro mondo spesso soli o quasi è un'esperienza allo stesso tempo banale, vecchia come il mondo e tuttavia sempre fuori dal comune. Essa non è soltanto del tipo del grande viaggio razionale o imperioso, come il viaggio d'Ulisse mille volte ripetuto. E' senza alcun dubbio di altro tipo, non ha niente a che vedere con questi uomini e donne sconvolti che arrivano alle porte d'Europa venendo dall'Africa dell'Ovest per esempio, rifiutati all'aereoporto, che tentano la fortuna attraversando il deserto del Mali, algerino, marocchino per naufragare sulle coste spagnole tramortiti, sfruttati, a volte senza vita. La necessità è esteriore, ma anche interiore. Decisamente il viaggiatore moderno che arriva nella ben temperata Europa assomiglia più ad un valoroso Don Chisciotte che si batte contro i mulini a vento e le avversità che ad un Ulisse, anche ispirato. E il viaggio continua qui in Francia, in Portogallo, in Spagna o altrove…

1. Storie di incontri

Le storie appassionanti sono prima di tutto collettive. Raccontare un percorso significa dire ciò che vi ha dato, quali sono per voi gli incontri fondatori, da dove viene ciò che vi anima. E' certo impudico ma dà corpo alle idee che così divengono più leggibili, più vive. Questo rende conto anche dell'energia che mettiamo per far vivere queste idee. Si capisce allora che questo impegno non deriva da scelte ben definite, ma da una necessità, da un bisogno assoluto di far vivere ciò che costituisce

l'essenziale del vostro percorso. Pierra Aulanier, una pioniera della psicoanalisi, diceva in modo molto carino, che uno psicoanalista porta dentro un'interpretazione essenziale che declina lungo tutto il suo lavoro e senza dubbio lungo tutta la sua vita. Quest'interpretazione essenziale deriva dalla sua storia e dalla sua costellazione individuale, familiare, sociale, culturale con le sue trasformazioni, le sue rotture, trasgressioni e anche con le sue mancanze. Senza voler andare troppo lontano in questo testo, il che richiederebbe un distacco che non ho e che, per il momento, non desidero in realtà avere, tenterò di rintracciare qualche momento fondatore della mia costruzione teorica e clinica, potrei anche dire della mia co-costruzione, nella misura in cui credo alle interazioni fra sé e il mondo e all'effetto creatore di questi attriti.

Iniziamo da questa incrollabile fede nell'importanza degli incontri per costruire se stessi.

Dalla vecchia Castiglia a Parigi

Quando ero bambina mi domandavo perché mio padre avesse lasciato la Castiglia, provincia spagnola arida ma sublime, mi raccontavo delle storie che variavano a seconda del grado della mia immaginazione, ma che ho per lungo tempo considerate come vere. Mio padre ha lasciato la Castiglia verso i trent'anni per venire a far fortuna nel senso esistenziale del termine, trovare la propria fortuna. Voleva che i suoi figli sopravvivessero e facessero delle grandi cose in particolare voleva che divenissero «dottori», cosa impossibile nella Spagna conservatrice e reazionaria dell'epoca franchista dal momento in cui si faceva parte del sottoproletariato. Ha lui stesso raccontato questa storia molto tempo dopo il suo viaggio in un bel racconto (Moro M. R., Moro I. et al., 2004). Tuttavia quello che mi intriga da sempre è come sia arrivato dalla vecchia Castiglia alle Ardenne profonde.

Da bambina, avevo immaginato che nel treno che lo trasportava in Francia, solo, avesse incontrato una donna (perché una donna?) che gli avesse parlato delle Ardenne, gli avesse detto che laggiù ci sarebbe stato del lavoro per gli uomini coraggiosi come lui e questa donna che aveva creduto in lui, avesse così deviato il suo destino e la sua destinazione; invece di fermarsi a Parigi dove già si trovava suo cognato, ha continuato fino a… Charleville-Mézières, in capo al mondo, in qualche modo. Un incontro, un interesse per l'altro, un'ipotesi sul coraggio dell'altro e voi cambiate il vostro destino, bell'utopia di bambino che porto sempre dentro di me e che, credo, costituisca il mio essere terapeuta.

Certo, oggi so che questa storia è un romanzo familiare, ma se per molto tempo ci ho creduto e soprattutto se ci tenevo molto, non era soltanto per romanticismo ma soprattutto per utopia. Credo veramente agli incontri che cambiano il corso del destino, di una vita, di una causa e credo alla forza creatrice delle illusioni.

Una nonna indegna

Questa fede nella forza delle illusioni è un'altra cosa che mi è stata trasmessa. Due persone mi ritornano in mente a tal proposito: Serge Lebovici, il mio maestro in psichiatria del bambino e dell'adolescente e in psicoanalisi e mia nonna paterna, Carlota.

Cominciamo da Carlota. Lei viveva nella vecchia Castiglia, ora lo sapete, in un quartiere periferico di una città storica al confine con il Portogallo. In famiglia, amiamo i confini e i passaggi.
Viveva in un quartiere povero della città dove si stipava il sottoproletariato, il quartiere di «las casas baratas», delle case a buon prezzo. Effettivamente, in questo quartiere, le case appartenevano allo stato che le dava alle famiglie senza alloggio e queste case, certamente rudimentali, sarebbero appartenute loro fino alla morte. In seguito sarebbero ritornate allo stato. Esse erano costituite da tre stanze, di cui una era il luogo di vita, la cucina, l'altra la camera dove genitori e figli dormivano e, il terzo spazio, era una stalla per gli animali, al contempo, strategia di sopravvivenza per chi aveva la possibilità di allevare degli animali, e calore nei rigidi inverni dell'altopiano castigliano. Carlota aveva cinque figli. All'età in cui mio padre aveva una decina d'anni e che l'ultimogenita era appena nata, suo padre muore.
Carlota resta sola con i suoi cinque figli, senza soldi, senza un mestiere. Avrebbe potuto arrendersi, lei che aveva avuto un'infanzia difficile, abbandonata da un padre che era andato a cercar fortuna in Argentina e da una madre sovrastata dalla solitudine. Carlota resta in piedi e si occupa alla meno peggio dei suoi figli che molto presto devono mettersi a lavorare per permettere alla famiglia di sopravvivere. Ma ecco che lei passa per una donna indegna nel suo *barrio*, il suo quartiere. Ogni volta che può, sparisce lasciando i piccoli sotto la sorveglianza dei grandi, e va… al cinema. Appassionata dal cinema, dal sogno, da quest'altra realtà che lei vede sullo schermo, da questa creazione. Lei ha bisogno di quest'illusione, di questa trasgressione anche per sopravvivere. La si critica, le si rimprovera la sua vita cattiva e quello che è vissuto come una trasgressione. Lei segue la sua idea; ha la sua teoria di vita, quelle teorie che io cerco senza sosta nei miei pazienti, ma anche devo ammetterlo negli altri che incontro, che certe volte intravedo, che incrocio anche furtivamente.

Sono appassionata da queste teorie di vita a cui ognuno di noi cerca di dar forma e che sono il centro della nostra soggettività e della nostra creatività. La cerco nei miei pazienti anche come oggetto essenziale di ogni incontro terapeutico. E credo che ciò mi derivi da questa nonna indegna che, contro tutti i pregiudizi del suo *barrio* e della Spagna franchista, andava al cinema per trovare questa dose di illusione per continuare a vivere, nella stessa misura necessaria ma anche di più, se credo alla sua storia, del latte o del pane.

Una ragazzina esotica di Beauvoir

L'altro incontro, potrei porlo sotto il segno della necessità almeno che non sia il caso a chiamarsi così.
Faccio i miei studi di medicina e filosofia a Nancy, nel nord-est della Francia, città universitaria vicina al luogo dove sono cresciuta. Sono molto felice a Nancy, in una città accogliente malgrado la sua austerità di facciata, in una città imponente a causa delle sue grandi pietre, le piazze, i monumenti e nondimeno, una città felice dove gli studenti amano vivere e studiare. Faccio medicina per soddisfare il mandato paterno "i miei figli saranno dottori", ha sempre ripetuto mio padre, ma faccio anche filosofia per realizzare una passione adolescenziale, questa volta molto più personale. Mi sono innamorata della filosofia nell'ultimo anno del liceo, cioè poco prima di entrare all'università.
Difficile cambiare strada così tardi e onestamente devo dire, non ci ho mai pensato non solo per lealtà nei confronti di mio padre ma perché anche io non ero proiettata altrimenti.

Avevo una passione di guaritrice e lo sapevo, non potevo rinunciare a questo, né per me, né per mio padre, né per mia nonna Carlota che sognava che diventassi medico affinché potessi curarla. Così ho risolto il dilemma per mezzo della molteplicità, facendole entrambe. E' senza dubbio da là che mi deriva questa passione per fare più cose allo stesso tempo, investire in mondi multipli, fare dei passaggi, dei nessi, riconciliare ciò che sembra così diverso, fare della diversità e della molteplicità una maniera di vivere e pensare. Mi vedevo già medico senza frontiere, andando nel mondo intero per fare della medicina d'urgenza e diventare una vera "french doctor". E poi la filosofia mi appassionava, sapete questa filosofia francese dell'Illuminismo, che si interessa ai valori con una specie di certezza assoluta nei confronti della sua posizione nel mondo e una tensione verso l'universalità. Noi pensavamo ai valori universali in filosofia. Immaginate come una figlia di immigrati come me potesse essere affascinata da questa ricerca dell'universale e da questa tradizione filosofica che sembrava aver trovato questi valori universali. Questa formazione filosofica mi ha insegnato molto e in particolare mi ha insegnato a costruire delle idee, a difendere delle posizioni, ma mi ha tolto ogni complesso nei confronti dell'universale. *Si tende all'universale solo attraverso il particolare.*

Così, si preparava la mia seconda doppia formazione. Ho fatto psichiatria per riconciliare al mio interno medicina e filosofia e ho proseguito la mia formazione filosofica attraverso una formazione in antropologia, dall'universale al particolare, dunque. Tuttavia vado troppo veloce perché bisogna dire che nel frattempo, avevo deciso di lasciare Nancy per andare a vivere a Parigi e intraprendere la mia specializzazione in psichiatria nella capitale. Avevo quest'idea da molto tempo, ma avevo sicuramente paura di buttarmi tutto a un tratto nella grande città, io che ero cresciuta in un paese di duecento abitanti. Ciò nonostante, un giorno, Nancy è diventata troppo piccola per le mie illusioni. Sognavo di fare della filosofia sulla terrazza del "Café Flore" dove s'aggirava ancora l'ombra di Simone de Beauvoir e mi

sono sorpresa a sognare di un altrove, di cosmopolitismo, di scambi, di incontri con persone diverse, di saperi multipli, di alterità. E tutto d'un tratto la formazione della provincia francese mi è apparsa troppo chiusa, non abbastanza multipla, non abbastanza aperta sul mondo. Sono stata presa da una sindrome che conoscevo bene, io che sono cresciuta molto vicina alla sua città natale, la sindrome di Rimbaud. Sicuro che sto inventando questa sindrome, ma non invento questo sentimento che il poeta ha descritto meglio di me, quello del richiamo dell'altrove. Come si sa "non si è seri quando si ha diciassette anni…", non avevo che qualche anno di più.

Uno zio iconoclasta e un nonno guaritore

Arrivo dunque a Parigi senza armi né bagagli. Comincio la mia formazione di psichiatria e cerco uno psicoanalista o piuttosto una donna psicoanalista straniera, poiché questi erano stati all'epoca i miei criteri di scelta. Riguardo la mia formazione di psichiatra, essa si rivela più movimentata di quanto immaginassi. Sono scandalizzata molto rapidamente dalle rappresentazioni che i professionisti della medicina e della psichiatria si fanno dei migranti e dei loro figli e decido di "inventare" un modo di fare che tenga conto di questa alterità che è mal compresa da chi ha il potere. Mi lancio allora nell'idea di una clinica impegnata che agisca in un altro modo con i migranti ed i loro figli.

Ne parlo attorno a me ed un amico molto caro mi dice senza mezzi termini: «Sono spiacente di deluderti ma la tecnica è stata già inventata per i migranti, faccio la mia formazione a Bobigny e posso dirti che nel servizio di Serge Lebovici, c'è uno psicologo che ha sviluppato la tecnica dell'etnopsicoanalisi, si chiama Tobie Nathan ed è George Devereux ad aver inventato la teoria e il metodo». Si forma in me l'idea, anche prima di incontrarli, che se la tecnica con i migranti è stata già messa a punto, io la imparerò e andrò verso i bambini della seconda generazione cominciando dai bebè.

Arrivo come interno nel servizio di psicopatologia del bambino e dell'adolescente di Avicenne e il primo venerdì, giorno della sua consultazione, incrocio Tobie Nathan nel corridoio e gli domando gentilmente:

- «Posso venire alla vostra consultazione per imparare l'etnopsicoanalisi?
- Ma chi è lei?
- Sono il nuovo interno del servizio
- Mi risponde senza cerimonie prendendomi per il braccio: Non è che lei può, lei deve!».

Ed eccomi qua collocata in questo luogo che per me sarà essenziale, un luogo iniziatico. La stessa sera, vado alla facoltà dove lavorava Serge Lebovici, dall'altro lato della strada, lo vedo molto occupato ma questo non mi impedisce di avvicinarlo per dirgli:

- «Signore, voglio fare un lavoro di ricerca sui bambini dei migranti sotto la sua direzione.[1]
- Non ho tempo di riceverti adesso ma vieni domenica da me alle sei e ne parleremo».

Vado ad incontrare la sua segretaria e le chiedo se si tratti delle sei del mattino o della sera, del mattino senza dubbio, mi dice lei con un'aria distratta trovandomi verosimilmente stravagante. Domando il suo indirizzo, il suo codice e tutte le informazioni per arrivare da lui, lei me le dà senza difficoltà.
La sera chiedo ad un amico, sempre lo stesso che era in formazione con S. Lebovici e che mi è servito da traghettatore, se creda che sia al mattino o alla sera; mi dice senza esitare: «Ti aspetta alle sei del mattino a casa sua e so che non è mai in ritardo».

La domenica mattina, all'alba, metto la sveglia e sono da lui alle sei precise. E' lui che mi apre, un omino dallo sguardo vivo e malizioso. Mi guarda con molta benevolenza e mi dice: «Generalmente non vengono!». Allora ho pensato: «Ho fatto bene a venire…». Mi fa attraversare un grande e maestoso appartamento e mi siedo con lui in cucina. Oso appena mangiare, constato che lui mangia delle prugne, ne prendo una anch'io, bevo un sorso di caffè ed eccoci nel vivo del soggetto. Serge Lebovici non amava perdere tempo. «Allora chi è lei?». Gli spiego molto velocemente che sono interno a Bobigny e che voglio fare un lavoro di ricerca (DEA) con lui sulla "vulnerabilità dei figli di migranti" e aggiungo, come se questo fosse essenziale: «Sono io stessa figlia di migranti". Mi interrompo tuttavia molto rapidamente dicendogli che mi mette molto in soggezione. A quel punto lui si alza e mi dice: «Vede, sono più piccolo di lei» e aggiunge: «Soltanto lei può fare questo lavoro in Francia, allora lo faccia! Venga lunedì e le mostrerò come recuperare i dati di una ricerca che stiamo facendo e che potrebbero servirle come base[2]».
Non conosceva niente di me né del mio percorso, ma mi aveva detto l'essenziale per diventare mio direttore di ricerca e mio maestro, mi aveva permesso di credere che potevo farlo, con lui, a Bobigny e che il lavoro apparteneva esclusivamente a me.

Mi sono quindi inserita ad Avicenne dove prima di tutto mi sono lasciata permeare dal lavoro che Tobie Nathan (1986) faceva essenzialmente con la prima generazione di migranti poi, ho addolcito il dispositivo che lui aveva reso operativo, l'ho diversificato e reso complesso, soprattutto l'ho adattato alla seconda generazione di migranti, ai neonati, ai bambini e agli adolescenti e alle loro famiglie.

2. Avicenne, l'andalusa: storia di un incantesimo

Descriviamo il dispositivo d'Avicenne a Bobigny nella periferia nord di Parigi[3]. Lavoro a questa consultazione con un'équipe di co-terapeuti (medici e psicologi, ma anche infermieri, operatori sociali…), d'origine culturale e linguistica multipla,

formati alla clinica, per la maggior parte di loro alla psicoanalisi e introdotti all'antropologia. Facciamo consultazioni tutte le settimane in individuale e in gruppo di terapeuti. Essere se stessi migranti non è una condizione necessaria né sufficiente per fare dell'etnopsicoanalisi. Quello che importa, è di aver fatto esperienza del decentramento e di familiarizzarsi con altri sistemi culturali. Il gruppo permette che le esperienze degli uni e degli altri si potenzino. E' l'apprendimento e la pratica intima della diversità e del meticciato che sono ricercate e non l'uniformità: un paziente cabilo, non sarà ricevuto da un terapeuta cabilo… Il dispositivo proposto è per sua natura meticcio e centrato sulla nozione di alterità.

Riceviamo pazienti provenienti da per tutto. Alcuni vengono dall'Africa, altri dal Magreb, altri ancora dall'Asia, dal Sud-Est, dalle Antille, dalla Turchia, dallo Sri Lanka, dall'Europa Centrale…

Un dispositivo meticciato e cosmopolita

Riceviamo la maggioranza dei bambini e delle loro famiglie individualmente con l'aiuto di un traduttore se necessario e in certi casi, ci facciamo aiutare da un gruppo di co-terapeuti. Sebbene questo dispositivo di gruppo non sia utilizzato che in una minoranza di casi, è questo che descriveremo nel dettaglio poiché è il più specifico; è anche quello che ci ha permesso di sperimentare dei nuovi approcci e che solleva infine più domande in quanto si discosta maggiormente dalle pratiche abituali nel campo della psicoterapia.

Un gruppo di terapeuti riceve il paziente e la sua famiglia (di solito una decina di co-terapeuti). Nelle società tradizionali, l'individuo è pensato in interazione costante con il suo gruppo d'appartenenza. Da qui l'importanza del gruppo nella situazione di cura. Inoltre, la malattia è considerata non riguardante soltanto l'individuo malato ma anche la famiglia ed il gruppo. Di conseguenza essa è curata in modo gruppale: sia dal gruppo sociale che da una comunità di terapeuti. Il trattamento collettivo della malattia permette un compromesso fra un'eziologia collettiva e familiare del male e un'eziologia individuale.

I curanti che ci hanno inviato la famiglia, in generale partecipano a questa consultazione, almeno la prima volta, nella misura in cui essi sono portatori di un «pezzo» di storia della famiglia. Questa presenza attiva evita che la presa in carico transculturale costituisca una nuova rottura nel lungo e spesso caotico cammino di queste famiglie che hanno sovente alle spalle un lungo e difficile percorso terapeutico.

In aggiunta a queste funzioni – modalità culturale di scambio e di cura, sostegno al paziente – il gruppo permette anche una materializzazione dell'alterità (essendo ciascun terapeuta di origine culturale differente) e una trasformazione di questa alterità in leva terapeutica secondo Devereux (1972), nel senso di supporto

all'elaborazione psichica. Il meticciato degli uomini e delle donne, delle teorie, dei modi di fare, è un fattore implicito del dispositivo.

Al contempo, qualunque sia il sintomo per cui veniamo consultati, qualunque sia l'età del paziente: neonato, bambino, adolescente, adulto, la famiglia è invitata a presentarsi con il paziente, essendo spesso l'entourage portatore di una parte di senso.

Il viaggio delle lingue

Per esplorare i processi con precisione, nella loro complessità e ricchezza, la madrelingua del paziente è presente nella consultazione se egli lo desidera. Il paziente ha la possibilità di parlare la sua o le sue lingue madri e in tal caso, un co-terapeuta che conosce la sua lingua o un interprete tradurrà. Da notare è che il processo che sembra efficace è la possibilità di passare da una lingua a l'altra e non il rinvio, a volte artificiale, ad una "fossilizzata" madrelingua. Il paziente utilizza questa possibilità di ripassare o meno attraverso la sua lingua madre a seconda di quelli che sono i suoi desideri, le sue possibilità e la natura del racconto che egli costruisce. Ancora una volta è il legame fra le due lingue che è ricercato.

Data l'importanza della traduzione, abbiamo intrapreso degli studi sulle modalità di traduzione nella situazione clinica. Il primo fra questi, fatto in collaborazione con la linguista S. De Pury Toumi, è consistito nel far ritradurre, al di fuori del contesto terapeutico, il discorso enunciato dal paziente da un secondo traduttore il quale rivede la registrazione della consultazione e ritraduce in condizioni molto diverse dalla situazione clinica. In questo modo, c'è molto più tempo che dal vivo, può fermarsi quando vuole, ritornare indietro, utilizzare un aiuto, ma soprattutto, egli non è incluso nella relazione terapeutica, ciò che modifica totalmente la sua posizione (Moro, De Pury Toumi, 1994). Una volta eseguita questa ri-traduzione, abbiamo confrontato le due versioni; questo ha messo in evidenza il fatto di come esistessero numerose differenze tra la traduzione dal vivo e a posteriori, ma come nonostante queste differenze, il senso globale del discorso fosse ben condiviso dalla triade paziente-traduttore-terapeuta. Questo ultimo dato contraddice, bisogna dirlo forte e chiaro, l'idea troppo spesso sentita secondo la quale non si possono fare terapie con un traduttore. Certo, è complesso ma anche comodo lavorare con un traduttore – mentre lui traduce, si pensa, si sogna…

Al di là di questa constatazione generale, lo studio ha messo altresì in rilievo l'importanza di molti processi che hanno modificato il nostro modo di lavorare in un colloquio bilingue. Abbiamo intervistato il traduttore della situazione clinica su ciò che lo ha condotto a queste differenze; questo ha permesso di comprendere meglio il ruolo del traduttore nel dispositivo ed i suoi meccanismi di scelta e di decisione nel momento stesso dell'incontro.

Così “la conoscenza culturale condivisa” permette di esprimersi per sottintesi ed impliciti; questo è fondamentale quando si approcciano argomenti difficili, quali: la sessualità, le relazioni intime fra donne e uomini, fra genitori e figli, ma anche, in Francia, tutto quello che riguarda il sacro…

Si tratta prima di tutto di prendere coscienza del fatto che lavoriamo su un discorso tradotto e non enunciato (paziente, terapeuta, paziente) e quindi un discorso mediato dal tramite del traduttore il che implica di integrare bene il traduttore nel dispositivo terapeutico e perciò di formarlo alla situazione clinica transculturale.

Infine, questo studio ha messo in evidenza l’importanza, per i terapeuti, delle associazioni legate alla materialità del linguaggio enunciato direttamente dal paziente e ciò anche se non lo si comprende. Questo bagno linguistico provoca in noi delle immagini e delle associazioni legate all’effetto stesso delle parole, dei ritmi, delle sonorità… L’interazione si fa con il significato, ma anche con la lingua stessa e l’universo che essa veicola.

La traduzione non è quindi soltanto un semplice intermediario, ma partecipa al processo interattivo della psicoterapia in situazione transculturale.

Il terapeuta è egli stesso un essere culturale

In tale dispositivo è necessario instaurare, in aggiunta ai meccanismi d’analisi del transfert e del controtransfert “affettivo”, una modalità specifica di analisi del controtransfert legato alla dimensione culturale. Altra ragione per la quale questo tipo di consultazione si svolge in gruppo, il mezzo più efficace per analizzare questo *controtransfert culturale* (Moro e Nathan, 1989). Concretamente, alla fine di ogni incontro, il gruppo si sforza di esplicitare il controtransfert di ogni terapeuta attraverso una discussione degli affetti provati da ciascuno, degli impliciti, delle teorie… che li hanno condotti a pensare una certa cosa (inferenze), a compiere certi atti (interventi).

Lo si sa, rendere operazionale la dinamica del transfert e del controtransfert è stata la vera rivoluzione operata da Freud. A partire dall’elaborazione del modello classico della cura, la parola del soggetto è posta come atto della terapia, come supporto; ciò che rende possibile il legame tra lo psicoanalista ed il suo cliente, vale a dire il transfert. Il transfert indica dunque il processo per cui i desideri inconsci del paziente si attualizzano nel contesto della relazione psicoanalitica. Devereux (1964) ha ampliato questa definizione per applicarla all’insieme dei fenomeni che intervengono nelle situazioni cliniche e di ricerca nelle scienze umane. Il transfert diventa allora la somma delle relazioni implicite ed esplicite che il soggetto sviluppa nei confronti del clinico e del ricercatore.

Il controtransfert del ricercatore è, all'inverso, la somma di tutte le reazioni esplicite ed implicite del clinico nei confronti del suo paziente o del suo oggetto di ricerca. Nel controtransfert c'è, come nel transfert, una dimensione affettiva e culturale. Il controtransfert culturale riguarda la maniera in cui il terapeuta si posiziona nei confronti dell'alterità del paziente, dei suoi modi di fare, di pensare la malattia, nei confronti di tutto quello che costituisce l'essere culturale del paziente… Per esempio, un uomo Soninké soffre di insonnia e quando si addormenta fa dei sogni funesti. Ha consultato un guaritore soninké a Parigi il quale gli ha detto che era stato attaccato da uno spirito, un genio, un antenato insoddisfatto. Il guaritore, il saggio, colui che sa interpretare i sogni ha chiesto allora che faccia un sacrificio. Qual è la mia posizione interiore di fronte a questo racconto? Da questa posizione controtransferale deriverà la mia risposta al paziente. Essa condizionerà la mia capacità di entrare in relazione terapeutica con lui. Devo quindi definire lo statuto epistemologico che attribuisco a questo tipo di materiale. Si tratta dunque e prima di tutto della mia posizione interiore nei confronti di tutti questi dire e fare codificati dalla cultura del paziente. Il transfert e il controtransfert culturale attingono anche dalla storia, dalla politica, dalla geografia… Il paziente come il terapeuta hanno delle appartenenze e sono inscritti in storie collettive che permeano le loro reazioni e di cui essi devono essere coscienti. Senza l'analisi di questo controtransfert culturale, si rischiano passaggi all'atto aggressivi, affettivi, razzisti… Così, una terapeuta donna che non riesce ad entrare in relazione con un uomo marocchino con cui è immediatamente in conflitto – è innanzi tutto l'immagine della donna ad essere in gioco in questa relazione e il posto che essa occupa in quella cultura. O ancora, quella giovane ragazza magrebina che riesce a convincere l'assistente sociale del suo liceo a metterla con urgenza in una casa famiglia poiché suo padre le impedisce di truccarsi. L'assistente sociale, interrogata su questa precipitazione, dirà in tutta buona fede: «Cominciano con questo e non si sa dove questo possa fermarsi. Se sarà rimandata in Algeria, allora sarà troppo tardi!». Decentramento e analisi del controtransfert culturale sono senza dubbio i due meccanismi più difficili da acquisire in questa pratica culturale, ma anche i più preziosi.

Modificare il tempo

Un altro fattore risulta modificato in questo dispositivo, la temporalità: le consultazioni durano circa due ore, tempo che sembra necessario affinché il racconto si sviluppi in prima persona, data la rappresentazione tradizionale del tempo, dell'incontro e del percorso terapeutico.

Nello stesso modo, in generale le prese in carico si fanno sotto forma di consultazione terapeutica o di terapie brevi inferiori a sei mesi in ragione di una seduta al mese o ogni due mesi. Molto più raramente, sono condotte in questo quadro di gruppo, le terapie lunghe. Tuttavia le terapie più lunghe possono aver luogo individualmente con uno dei co-terapeuti, se è necessario, dopo qualche consultazione in gruppo che permetta di dare un quadro culturale alla sofferenza delle famiglie e di iniziare il

processo. A volte esse sono condotte da un membro dell'équipe che accompagna la famiglia durante le terapie in gruppo.

L'efficacia terapeutica

I lavori attuali in etnopsicoanalisi mostrano il buon adattamento di questa tecnica alla clinica dei migranti: essa ottiene dei risultati terapeutici profondi e duraturi[4]. L'esistenza di un dispositivo terapeutico complesso che si adatta ad ogni situazione, il decentramento culturale che ci costringe a sospendere una diagnostica spesso troppo precipitosa quando sia fatta a partire dalle nostre categorie diagnostiche occidentali – confusione fra materiale culturale come il maleficio e un delirio, non percezione di un affetto melanconico nel contesto di un discorso culturale centrato sulla stregoneria… - e l'utilizzazione dello strumento del complementarismo conduce ad una molteplicità di ipotesi eziologiche, ciò è senza dubbio un fattore efficiente di questo dispositivo. E' stato mostrato, in effetti, nei lavori attuali sulla valutazione delle psicoterapie che la capacità del terapeuta di modificare le sue ipotesi è un fattore d'efficacia qualunque sia la tecnica[5].

Da parte nostra, abbiamo intrapreso diversi studi sull'efficacia della tecnica etnopsicoanalitica per le terapie madri-neonato in situazione transculturale (Moro, 1991; Moro, 1994; Moro, 1998), per i bambini in età scolare e gli adolescenti, figli di migranti (Moro, 1998, 2000; Deplaen, Moro et al., 1999). Al di fuori dei parametri già riscontrati dai gruppi di lavoro precedenti, abbiamo messo in evidenza l'importanza dell'elaborazione della diversità culturale, della co-costruzione di un significato con la famiglia, l'impatto dell'esplorazione dei livelli ontologici, etiologici e terapeutici per ogni situazione sulla qualità del racconto, l'importanza dell'enunciato di un racconto specifico e contestualizzato nei meccanismi di cambiamento, la necessità di lavorare su delle produzioni immaginarie attualizzate all'interno della relazione terapeutica per ricostruire questa trasmissione genitori-figli e l'interesse di lavorare sulla conflittualità interna dei bambini soggetti ad un certo grado di dissociazione fra filiazione e affiliazione… Così questa tecnica psicoterapeutica comporta dei fattori comuni a tutte le psicoterapie come la costruzione di un setting, la costruzione di un racconto… e anche dei fattori specifici legati alla natura stessa della tecnica.

L'ultima tappa di questo lavoro sarà la costruzione di legami tra queste ipotesi di senso e soprattutto la possibilità per il paziente di costruire il suo racconto appoggiandosi su delle rappresentazioni plurali. In questo modo, a mio parere, questo dispositivo di cura che integra la dimensione psichica e culturale di tutto il disfunzionamento umano non è in realtà un dispositivo specifico. Sarebbe più esatto dire che si tratta di un setting psicoterapeutico complesso e meticciato che permette il

decentramento dei terapeuti e allo stesso tempo, la presa in considerazione della diversità culturale dei pazienti migranti, ma nei fatti, interessante per tutti, migranti e non, meticciati e non.

Lontano dal costituire degli ostacoli, le lingue dei pazienti, le loro rappresentazioni culturali, le logiche culturali che li permeano, diventano allora degli elementi del setting terapeutico e fonti di creatività sia per i terapeuti che per i pazienti.

Quando proporre un approccio transculturale?

Quando possiamo pensare che una presa in carico psicoterapeutica integrante la dimensione culturale sia necessaria? Schematicamente proponiamo due tipi di indicazione sia che si tratti di
famiglie e individui di qualsiasi età che siano emigrati loro stessi sia che si tratti di bambini, figli di migranti.

Di prima intenzione, si può proporre una tale psicoterapia ai pazienti la cui sintomatologia si riveli come una conseguenza diretta della migrazione a breve, medio o lungo termine; ai pazienti che presentino una sintomatologia codificata culturalmente: prevalenza di una teoria eziologica culturale come la stregoneria, la possessione… o quando il sintomo stesso sia codificato nella sua stessa forma: trance, comunicazione con delle entità culturali… infine, ai pazienti che richiedono esplicitamente questo decentramento culturale: essi evocano la necessità di passare di nuovo attraverso la loro lingua, di occuparsi delle «cose del paese»… Queste indicazioni riguardano sia le prime che le seconde generazioni, a patto che sia presente almeno uno dei parametri citati. In tutte queste indicazioni, il dispositivo transculturale è suscettibile di funzionare come una vera e propria macchina per fabbricare legami fra gli universi di appartenenza del paziente (qui e altrove) e per i figli dei migranti, fra l'universo dei genitori e quello esterno.

Di seconda intenzione, situazione che è la più ricorrente nella nostra consultazione, cioè quando il paziente ha già beneficiato di un'altra presa in carico in un setting classico. Si propone un dispositivo transculturale a pazienti che errano da un sistema occidentale di cura (medici, psichiatri, psicoterapeuti…) ad un sistema tradizionale (consultazione di guaritori nel loro paese e qui) senza poter costruire dei legami fra questi luoghi e senza che nessuno inneschi un vero lavoro di elaborazione e di trasformazione della situazione. Lo si propone anche ai pazienti migranti in erranza che, in seguito a percorsi di cura spesso caotici, siano esclusi di fatto da ogni luogo di cura. Infine, a tutti quei pazienti che dicono di non essere compresi, parlano di malintesi o qualche volta di mancanza di rispetto nei loro confronti. Essi smettono di farsi curare o rifiutano per la famiglia o il bambino, qualsiasi nuovo progetto di cura.

Infine, come tutte le tecniche psicoterapeutiche, l'etnopsicoanalisi riconosce dei limiti: generali, quelli di ogni psicoterapia e specifici: non preparazione del paziente e

della sua famiglia all'elaborazione dell'alterità culturale che è negata o rimossa; pazienti in rottura con il loro gruppo d'appartenenza o ancora, necessità di un'esplorazione individuale della sofferenza psichica. In questo caso, noi proponiamo piuttosto delle terapie individuali classiche sapendo che l'uso del materiale culturale non può essere fatto individualmente, esso può essere soltanto raccontato e chiarire il racconto.
La prima consultazione deve negoziare il setting e la forma della presa in carico: individualmente, in gruppo, con questo o quel modo di fare. Si negozia anche la temporalità: tutte le settimane, tutti i mesi, o ogni due mesi. Questa consultazione iniziale serve a definire tutti gli elementi del quadro.

Né magica, né esotica, una pratica dei legami per tutti

Così, le rappresentazioni culturali danno una pre-forma alle rappresentazioni individuali e servono loro da canale semantico per la costruzione del racconto, sono dei veri e propri principi di narratività. I meandri dei desideri dell'essere umano ed i suoi conflitti nutrono, in quest'ambito come in molti altri, la straordinaria diversità umana. Il fine resta comunque quello dell'introduzione di questo tipo di rappresentazione nei nostri strumenti di cura.

Né magica, né «demoniaca», l'etnopsicoanalisi come tutte le tecniche psicoterapeutiche riconosce delle indicazioni e dei limiti che bisogna precisare lontano da passioni ideologiche oscurantiste. La clinica transculturale non è una clinica riservata agli esperti o ai viaggiatori. Essa appartiene a tutti quelli che si danno pena di una formazione rigorosa e multipla.

Le condizioni della soggettività

Si pone allora una questione importante che è quella della predisposizione del setting necessario al di là dello stesso dispositivo transculturale per certi pazienti migranti ed i loro figli: questo setting non è indispensabile per tutti i migranti, ma per qualcuno di loro la guarigione non potrà aver luogo senza questo – bisogna dunque valutarne la necessità. Possiamo citare qualcuno di questi impliciti culturali, non necessariamente condivisi, che obbligano a volte a delle riorganizzazioni anche in un quadro non specifico: *la relazione duale* non è scontata per un paziente proveniente da una cultura non occidentale dove l'individuo è pensato in interazione constante con i suoi gruppi di appartenenza (famiglia, comunità…). Questa relazione duale è quindi a volte vissuta dal paziente come violenta e intrusiva. Nel caso in cui sia così, bisogna ricostituire con lui le condizioni della sua intimità, le condizioni per lo sviluppo della sua soggettività. E' importante allora introdurre la nozione di gruppo domandando al paziente di venire con qualcuno che egli sceglierà e predisporre degli incontri con un'altra persona che segue il paziente (ciò che, per esempio, è facile in un'istituzione).

Nello stesso modo la tecnica dell'intervista deve essere pensata: le *domande*, tutte le domande, ma soprattutto quelle riguardanti l'intimità, l'interno della casa, la vita di coppia, il privato… ma anche le domande sugli aspetti culturali dati per scontati dal punto di vista del paziente come la poligamia, i riti… tutte le formulazioni interrogative che presuppongono degli impliciti, altrimenti non le porremmo. Tutte queste formulazioni sono spesso vissute come violente, intrusive, fuori luogo, strampalate, ma anche spesso non educate in quanto esse non rispettano le regole culturali dello scambio: gerarchie generazionali, differenze di sesso, rispettive posizioni dei bambini e degli adulti… Le domande sono spesso di troppo; piuttosto che porle, sarebbe utile proporre le nostre rappresentazioni per permettere che un racconto si sviluppi al ritmo del paziente. Nello stesso modo, sempre per facilitare il racconto, è importante rispettare la gerarchia culturale della famiglia: a volte, può essere difficile avere accesso alla donna, alla madre senza aver chiesto l'autorizzazione al marito – talvolta, volendo restare leale al marito, ella non potrà esprimersi liberamente. Conviene allora negoziare questa autorizzazione affinché possa presentarsi all'incontro, a scuola, all'ambulatorio ed esprimersi a modo suo. Questi esempi non devono essere eretti a regola, a ricetta, a nuova costrizione per le donne, gli uomini, le famiglie ed i loro bambini. Questi elementi di base devono essere conosciuti ed entrare nella negoziazione del quadro di tutto il lavoro.

Sicuramente ci sono altri punti come l'introduzione della madrelingua del paziente, l'analisi del nostro controtransfert culturale. Tutto questo è possibile in ogni setting di cura, lo può divenire, nel momento in cui siamo convinti della sua efficacia. Qui come altrove, il pensiero precede l'atto.

Sperimentare la differenza

Altri parametri derivati dal setting transculturale possono essere integrati in luoghi non specifici in funzione della personalità del clinico, della sua familiarità con questo o quell'elemento, del posto in cui si esercita… come la modifica della temporalità (consultazioni più lunghe), la costituzione di un piccolo gruppo di co-terapeuti, l'importanza per la terapia di ben cominciare per costruire un senso culturale che integri le ipotesi dei pazienti… Ma per introdurre progressivamente tutte queste modifiche nei nostri modelli di prevenzione e di cura, bisogna esplorare la loro pertinenza e la loro formidabile efficacia a partire dall'esperienza degli altri oppure dandosi da soli i mezzi per sperimentarli.

Tutti questi apprendimenti, li facciamo collettivamente ad Avicenne, li facciamo grazie al formidabile luogo di incontri che è diventata questa consultazione transculturale. Si tratta di un'esperienza veramente collettiva e cosmopolita. I miei collaboratori sono adesso molto numerosi, una ventina di terapeuti permanenti e poi tutti quelli che passano, lavorano per un periodo, ripartono sul campo, ritornano nel loro paese di origine o vanno a lavorare altrove. Ci sono altresì molti stagisti o

invitati che portano il loro sguardo nuovo su questo luogo terapeutico aperto sulla città e sul mondo. Tutti introducono qualcosa in più, di diverso al lavoro intrapreso a

Avicenne, l'andalusa.
La possibilità di lavorare in questo luogo cosmopolita ed il mio vecchio sogno di diventare "medico senza frontiere" mi hanno portata a lavorare dal 1987 con Medici Senza Frontiere e là, a costituire la prima missione di salute mentale nel quadro di un'organizzazione medica internazionale (Moro, 2002). E' Avicenne che mi ha dato la forza di partire altrove per vedere se le idee ed i modi di fare sperimentati qui avessero spazio anche laggiù. Dal 1987, ho lavorato in una ventina di paesi diversi ed ho costituito ad Avicenne un'équipe di psichiatri umanitari (Baubet et. al., 2003). Facciamo una divagazione in una di queste missioni, quella di Kabul.

3. Bobigny e il mondo

Un centro di salute a Pul-I-Charki, un campo di rifugiati, in linguaggio internazionale: di "rientrati" vicino a Kabul che accoglie transitoriamente le famiglie afgane che rientrano nel loro paese dopo venticinque anni di guerra. Essi ritornano essenzialmente dal Pakistan.

Su richiesta dei medici, vedo qualche paziente in consultazione, un po' in disparte, nello spazio riservato abitualmente ai parti.

Fantasmi nella testa di un bebè

Una giovane donna, bella e curata, arriva con un bambino di circa un anno. E' accompagnata da suo fratello che evidentemente si prende cura di lei e del suo bebè.

Un dolore molto strano
Il bambino ha male alla testa, dice la madre. Gli ha messo tra l'altro una piccola benda attorno al capo per dargli un po' di sollievo e per dirci dove il bambino ha male. Ma come fa a sapere che il bambino ha male alla testa? Mi chiedo. Non dico niente, allora il medico comincia con la consultazione. Esamina la sua nuca, è decontratta, verifica la temperatura, non ha la febbre, domanda se vomita, il bimbo non vomita. La giovane donna, già vedova, è curata e truccata come il bambino che a sua volta è molto ben vestito. Di notte ha la febbre, dice; il medico dubita della febbre solo di notte, ma capisce che la strada è ancora lunga e che sono stanchi. Arriveranno a Mazar-i-Charif e cosa troveranno laggiù?

Il medico si volta allora verso di me e dice, vuole vederla? La signora e suo fratello accettano volentieri d'incontrarmi. Salutano l'interprete. Cambiamo luogo di consultazione per essere un po' in disparte. Ci sono molti pazienti che aspettano e molto rumore. La mamma si siede col suo bebè sulle ginocchia, suo fratello resta vicino a lei, in piedi. Penso fra me e me: non vuole sedersi, la veglia, monta la guardia vicino a sua sorella ed al piccolo.

Prima di fare conoscenza, le chiedo come sappia che suo figlio abbia male alla testa. In quest'inizio d'incontro, lei non risponderà. Se io non capisco, come potrà mai spiegarmi? D'altronde così si verifica per tutto: le domande che presuppongono che noi non sappiamo, sono delle domande alle quali i pazienti non rispondono. In generale, del resto, facciamo troppe domande.

L'esilio di Zeineb e la sua disperazione

Zeineb è il suo nome, parla con un tono monocorde, guarda ogni tanto suo fratello che è seduto accanto a lei. Loro padre è stato ucciso dieci anni prima. La madre è morta uccisa da alcuni colpi di fucile quando era andata a Kabul per chiedere una pensione dopo la morte di suo marito. Il fratello e le due sorelle hanno allora deciso di partire per raggiungere uno zio che era rifugiato in Pakistan, a Islamabad – un fratello del padre. Hanno ritrovato lo zio dopo molte difficoltà. Lo zio ha accettato di malavoglia di prendersi carico dei nipoti. Ha deciso di vendere il magazzino del padre a Mazar-i-Charif per maritare Zeineb, la più grande delle ragazze, lei aveva quattordici anni, con un Pachistano. Zeineb, si commuove parlando di ciò. Guarda suo fratello e dice: «Mio zio mi ha venduta ad un Pachistano come si vende una vacca!». Zeineb era molto infelice nella famiglia pachistana, la maltrattavano e la insultavano dicendogli: «Le donne afgane sono tutte state violentate sulla strada, sono delle prostitute…». In più, lei vedeva molto poco suo fratello e sua sorella ed era molto infelice. Suo marito era un uomo molto più vecchio di lei. Lei era la sua terza moglie. In più, suo marito era malato e lei lo disse molto chiaramente: era impotente. Presto sua suocera le rimprovererà di non avere figli e di essere sterile. Zeineb sa di non essere sterile, ma niente può essere detto su suo marito. Comincia ad avere voglia lei stessa di un figlio per non essere più sola in mezzo a questa famiglia estranea, che la insulta e di cui capisce soltanto in parte la lingua. Zeineb piange quando si trova da sola, scappa più volte per andare a trovare sua sorella e suo fratello, ma è violentemente rimproverata da suo zio. Decide allora di fare un figlio con un uomo afgano, un vicino che le piace e a cui sa di piacere. Avrà questo bambino: una bella bambina a cui metterà il nome di sua madre. Suo marito sa che questa bambina non è sua, ma poco le importa, lei nega tutto. Suo marito picchia Zeineb, la picchia sul ventre, la insulta. La bambina nascerà comunque. Zeineb è piena di gioia: con questa neonata che ha voluto a dispetto di tutti, non sarà più sola. Suo marito muore di un problema cardiaco qualche mese più tardi. Lei torna allora da suo zio con la figlia, la famiglia pachistana «non vuole saperne!», fortunatamente per lei, aggiunge quasi con umorismo. Lo zio è un po' scontento, non c'è nessuno là per dirgli che deve rispettare le regole in queste circostanze: la guerra permette tutto anche le trasgressioni e rompe le costrizioni, ma anche la solidarietà. Lo zio vuole allora «vendere» la sorella più giovane ad un altro pachistano che la chiede. Lei non vuole. Suo fratello allora si oppone allo zio. Si arrabbiano. Il fratello e le due sorelle decidono di ripartire per Mazar-i-Charif. La sorella più piccola muore sul cammino del ritorno. Ha la diarrea,

poi vomita, ha la febbre molto alta. Muore. E' sepolta in Afganistan alla frontiera con il Pakistan.

Rappresentare la sofferenza, esorcizzarla

Zeineb mi guarda bene negli occhi e mi dice: «Capisce, ho male alla testa e anche il mio bebè». Ora capisco in effetti, come possa sapere che il bebè abbia male alla testa: è una proiezione del suo proprio dolore. Mi chiedo come intervenire «d'urgenza» in questo luogo in cui ho la certezza di non rivederla una seconda volta. Le dico: «Posso forse aiutarla a fare uscire la tristezza e i cattivi pensieri che la abitano da quando sua sorella è morta. Noi giocheremo (le propongo di fare un po' di psicodramma): io farò finta di essere sua sorella, lei di essere se stessa». Il fratello mi guarda terrorizzato, ma Zeineb capisce la logica al volo e mi dice: «No! Io farò mia sorella e lei farà me!». Per sottolineare la sua decisione mi mette sua figlia fra le braccia e lei resta in piedi. Ella si mette allora a rappresentare sua sorella e mi rimprovera di averla fatta morire, di averla uccisa, di aver preso una cattiva decisione, quella di partire e di non pensare che a me… Esprimendo questa colpa molto direttamente, si calma e aggiunge: «Ma capisco la tua decisione, è meglio morire degnamente che vivere con viltà!» Ella riprende la neonata che era tra le mie braccia, si siede e ciò significa che il gioco è finito. Non ho detto niente, era inutile, l'essenziale è stato detto da Zeineb. Ella si alza e parte, preoccupata dalle tante cose da fare nel campo. Suo fratello, che non ha detto niente fino a quel momento, ci ringrazia, ringrazia MSF «grazie di essere stati sul nostro cammino» e se ne va anche lui per cercare il denaro per la famiglia che l'HCR deve dargli.

Resto strabiliata dalle parole di Zeineb, dal suo coraggio, dalla sua capacità di utilizzare ciò che si presenta sulla sua strada, che sia la decisione di fare un figlio o il suo modo di utilizzare il setting terapeutico. Una bella lezione di vita per quelli che l'ascoltano e la prova che anche in un campo di passaggio piccoli momenti rubati al difficile quotidiano delle famiglie possono diventare significanti.

La donna toccata dall'ombra nera

Una donna che sembrava avere cinquanta sessanta anni piange in fila d'attesa. E' raro, in generale in una fila le persone cercano di passare avanti, si attivano, parlano… sono molto attive. La signora piange, in silenzio, senza ostentazione, ciò attira l'attenzione del medico che gli propone di venirmi a trovare.

Ho vissuto delle brutte cose, vorrei dimenticare

La signora non indossa uno *chadri*, soltanto un piccolo velo scolorito sulla testa e una gonna nera consumata e sporca. In realtà non ha che quaranta anni, ma ne dimostra molti di più. Parla con un tono rassegnato e profondamente triste. Sto male. Non capisco che cosa mi stia succedendo da otto mesi a questa parte, tutto va male. Ho mal di testa, nella parte posteriore della testa; quando comincia non posso fare niente. E' veramente molto doloroso. I medici in Pakistan mi davano delle medicine, ma non

mi procuravano sollievo. Ho lasciato l'Afganistan molto tempo fa, non so più quando. Ho vissuto in Pakistan per lungo tempo, troppo tempo. Ho perso mio marito e mio figlio. Prima mi occupavo di tutto, adesso non ce la faccio più. Gli chiedo se ha consultato qualcuno che sa. Lei mi risponde con tono di evidenza: «Ma certo, ho consultato un *Imam* in Pakistan; dice che è l'ombra nera che si è abbattuta sulla mia famiglia. Ha fatto delle protezioni, ma non ho più forza, sono debole. In Pakistan ho vissuto delle brutte cose. Vorrei dimenticare». Le chiedo chi sia l'uomo della famiglia: nessuno. Ha perso molti figli in tenera età in Afganistan, ha perso suo marito e suo figlio in guerra ed è partita per il Pakistan con sua figlia. Arrivata là, la vita era difficile senza un uomo, ma lei aveva molta forza e coraggio. E' così riuscita a riorganizzare laggiù la sua vita facendo dei tappeti con sua figlia. La vita era dura, ma possibile. Da otto mesi, non ha più il coraggio di fare niente. Che cosa è successo otto mesi fa? Circa un anno fa, ha maritato sua figlia con un afgano che viveva vicino a loro nel Peshwar. «Da molto tempo ormai mia figlia era in età da marito, aveva ventitré anni», dice la signora. Ha rifiutato molte volte la sua mano poiché voleva che restasse vicino a lei, con lei. Voleva tornare con lei a Bâmyân, luogo originario della famiglia e dove hanno la loro casa (la casa è senza dubbio distrutta ma il terreno esiste sicuramente dice con un certo ritrovato vigore). Aspettava dunque di poter ritornare con sua figlia. Un anno prima, gli uomini della comunità sono intervenuti e hanno detto: «Bisogna che tu dia in sposa tua figlia». Leila, sua figlia, non aveva voglia di lasciare sua madre, ma era arrivato il tempo di avere un marito e dei figli. Ha quindi maritato sua figlia a un giovane uomo dolce e gentile, ma la cui famiglia non è di Bâmyân. Dal momento in cui le famiglie afgane hanno cominciato a rientrare si è posta allora la questione di sapere come fare. Triste e depressa dalla partenza di sua figlia, non vedeva che una soluzione: ritornare a Bâmyân. Ma il marito e soprattutto la sua famiglia non la pensavano così, anche Leila doveva rientrare, ma con il marito nella pianura di Shamali. La signora ha capito che era irrimediabilmente sola e che doveva finire il suo cammino, sola.

Partire, ripartire, questo è il mio destino

Un mattino ha riunito qualche bagaglio ed è partita in uno di quei camion variopinti che andava a Kabul. Il giorno prima l'aveva detto a sua figlia: «Parto per Bâmyân per dire a tuo padre che la vita continua attraverso te e i tuoi figli. Sii degna della nostra famiglia». Da Kabul, avrebbe sicuramente trovato il modo di andare a Bâmyân senza dubbio per morirci, ma degnamente. «Ecco, dice sobriamente, perché piango». La guerra le ha portato via i suoi uomini, l'esilio sua figlia. Le migrazioni scompigliano le modalità di unione (matrimonio) e i legami intergenerazionali. Come fare per mantenere il modello di famiglia allargata che permette la solidarietà fra generazioni quando avete maritato vostra figlia, nel corso delle tappe dell'esilio, ad un uomo che partirà con la sua famiglia verso un altro luogo. Rinunciare al vostro villaggio natale, lei non lo poteva fare, in quanto suo marito e suo figlio erano sepolti laggiù e lei aveva bisogno di rivedere Bâmyân. In più, vivere con sua figlia nella famiglia di suo marito, le sembrava contrario alle regole abituali. Condannata a ritornare da sola nella

culla familiare oppure a morire lungo il cammino. La signora non aveva paura di niente, in ogni caso non della morte, può darsi della solitudine… Che fare contro quest'ombra nera che la abitava dal momento della partenza di sua figlia e contro cui le pratiche tradizionali sembravano tanto inefficaci quanto i trattamenti dei medici? Le pongo direttamente la domanda alla fine del nostro colloquio lungo e commovente – Avevo il netto presentimento dei limiti della nostra azione medica e psicologica nei confronti di questi rimescolamenti di legami, conseguenze indirette della guerra. Lei mi dice: «Lei mi ha visto piangere davanti agli altri e mi ha fatto entrare qui dove ho potuto piangere senza vergogna. Mi ha ascoltato a lungo e senza impazienza. Senza dubbio non può far niente di più per me se non lasciarmi ripartire per Bâmyân un po' meno pesante di prima. Le ho raccontato ciò che vivono gli Afgani quando devono lasciare la loro terra». Si soffia il naso nel suo velo, asciuga le sue lacrime, mi tocca la mano e mi offre un sorriso vero. Non aggiungo niente, non propongo niente di più, la lascio partire con passo determinato e mi dico, allora non mi resta che una sola cosa per essere fedele all'impegno preso, testimoniare la sua storia e il dolore degli Afgani che lasciano la loro terra natale.

Se noi dubitavamo del valore delle singole testimonianze, delle storie raccontate nei recessi di un incontro o di un momento d'emozione, questa donna dall'ombra nera che non mi ha detto il suo nome, la madre di Leila (può essere così che voleva essere chiamata), lei l'ha magistralmente mostrato, alla prima persona singolare.

Queste andate e ritorni fra l'Europa multiculturale ed il mondo attraversato da rotture mi pone con un certo scetticismo impegnato, al servizio della clinica del quotidiano, come effettivamente è nella sua diversità, complessità, rotondità e anche nelle sue asperità.

Note

[1] Si trattava di un DEA (Diplôme d'Etude Approfondies), lavoro di ricerca universitaria che, in Francia, precede la tesi.
[2] Si trattava dei dati della Ricerca Azione Formazione sui maltrattamenti e le carenze in una popolazione a alto rischio psicosociale.
[3] Per visualizzarlo, cfr. il film di L. Petit-Jouvet "J'ai rêvé d'une grande étendue d'eau".
[4] Per una bibliografia esaustiva su questo argomento, cfr. Moro (1998). Edizione 2000.
[5] Su questo argomento cfr. Moro e Lachal (1996).

Bibliografia

Aulagnier, P. (1988). Se construire un passé. Exposé théorique, *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n°7, « Le narcissisme à l'adolescence », colloque de Monaco (sept. 1988). Paris : Le centurion ; 1989, 191-220.

Baubet, T, Leroch K, Bitar D, Moro MR (Eds). (2003). *Soigner malgré tout.* Vol. 1 : Traumas, culture et soins. Grenoble : La Pensée sauvage, 2003.
Baubet ,T, Leroch K, Bitar D, Moro MR (Eds), (2003). *Soigner malgré tout.* Vol. 2 : Bébés, enfants et adolescents dans la violence. Grenoble : La Pensée sauvage, 2003.
De Plaen, S, Moro MR. (1999). Œdipe polyglotte. Analyse transculturelle. *Journal de la psychanalyse de l'enfant* 1999, (24) : 19-44. Republié in : Geissmann C, Houzel D (Eds), *Psychothérapies de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Bayard ; 2003 : 642-60.
Devereux, G. (1958) *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris : Flammarion, 1972.
Devereux, G. (1981) *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Aubier, 1988.
L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés. Grenoble : Pensée sauvage Ed.
Moro, MR *Aimer ses enfants ici et ailleurs. Histoires transculturelles.* Paris : Odile Jacob.
Moro, MR, Moro, I. et coll. (2004). *Avicenne l'andalouse. Devenir thérapeute en milieu multiculturel*. Grenoble : La Pensée sauvage Ed..
Moro, MR, De la Noë Q, Mouchenik Y (Eds) (2004). *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social*. Grenoble : La Pensée sauvage.
Moro, M.R., Lachal, C. (1996). *Introduction aux psychothérapies*. Paris.
Moro, MR, Lachal, C. (2003). Traumatisme psychique en situation de guerre. L'exemple de la Palestine. In : Lachal C, Ouss-Ryngaert L, Moro MR (Eds), *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire.* Paris: Dunod, pp.221-42.
Moro, MR, De Pury Toumi, S. Essai d'analyse des processus interactifs de la traduction dans un entretien ethnopsychiatrique. *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie* 1994 ; (25/26) : 47-85.
Nathan, T, Moro, MR. (1989). Enfants de djinné. Evaluation ethnopsychanalytique des interactions précoces. In : Lebovici S, Mazet Ph, Visier JP (Eds), *Evaluation des interactions précoces.* Paris : E.S.H.E.L. ; pp. 307-40.
Moro, MR. (1991). La construction de l'interaction. Fonctionnement des systèmes de représentations culturelles dans les psychothérapies mère-enfant. *Thèse pour l'obtention du doctorat de Psychologie*, sous la direction du Pr T. Nathan. Saint-Denis, Université de Paris VIII.
Moro, MR. (1994). *Parents en exil. Psychopathologie et migrations.* Paris : P.U.F. (coll. Le Fil rouge). Deuxième et troisième édition sorties en 2002.
Moro, MR. (1998). *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Paris : Dunod ; (coll. Thérapies). Deuxième édition sous le *titre Psychothérapie des enfants et des adolescents* (2000).
Moro, MR.(2002). *Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître et grandir en France*. Paris : La Découverte. Deuxième édition en 2004 chez Hachette Littératures dans la coll. « Pluriel ».
Nathan ,T. (1986). *La folie des autres*. Paris : Dunod.

Films

Sur la consultation transculturelle d'Avicenne: Petit Jouvet L. « J'ai rêvé d'une grande étendue d'eau », Paris, 2003. Producteur : Arnaud de Mazemat (mail : abacaris@club-internet.fr).

Sur le travail psychologique avec Médecins Sans Frontières : « Des mots pour soigner », Paris, 1996, Producteur : Médecins Sans Frontières.

Breve bibliografia in italiano

Baubet, T et Moro, MR. *Psicopatologie transculturale. D'all infanzia all'età adulta*. Roma : Koiné (à paraître en 2010)

Moro MR, Neuman D, Réal I (Eds) (2010). *Maternità in esilio. Bambini e megrizioni*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Moro, MR, De la Noe, Q, Mouchenik Y, Baubet, T, (2009). *Manuale di psichiatria transculturale. Dalla clinica alla società*. Milano: Franco Angeli.

Moro, MR.(2008). *Maternità e amore. Quello di cui hanno bisogno i bambini per crescere bene qui e altrove*. Milano: Saggi Frassinelli.

Moro, MR. (2005). *Bambini di qui venuti da altrove. Saggio di transcultura*. Milano: FrancoAngeli, 2005.

Moro, MR. (2002). *Genitori in Esilio. Psicopatologia e migrazioni*. Milano: Raffaelo Cortina.

Moro, MR. (2001). *Bambini immigrati in cerca di aito. I consultori di psicoterapia transculturale*. Torino: Utet libreria.

Notizie sull' autore

Marie Rose Moro è psichiatra infantile e dell'adolescenza, psicoanalista, Dottore in medicina e scienze umane. Di formazione filosofica e autrice di scritti, è il capocorrente attuale della etnopsicoanalisi e della psichiatria transculturale in Francia.

Mail: marie-rose.moro@cch.aphp.fr

www.marierosemoro.fr

Tradotto dal francese da Aldo Caselli