

Creatività e fatiche delle pratiche transculturali

Riassunto

Attraversare sguardi di senso inediti suscita un fisiologico spaesamento e rende opportuno, probabilmente necessario, uno sforzo creativo di adattamento stra-ordinario per costruire possibili alleanze terapeutiche e strategie di lavoro inedite. Ovviamente, specularre alla fatica degli operatori si erge, ben più pervasiva, quella sperimentata dalle persone migranti alle prese con i processi di integrazione, interazione e convivenza sociale e di ridefinizione delle proprie identità.

Ogni gesto umano, personale o professionale si sostanzia e rende trasparente il bagaglio valoriale maturato, attraverso le esperienze nei diversi contesti di vita, dagli attori in gioco. Tale bagaglio di natura culturale e sociale spesso resta implicito nella nostra pratica clinica abituale e può costituire, nelle realtà transculturali, un grave ostacolo alla comunicazione ma anche una significativa opportunità di crescita e arricchimento reciproci.

L'etnopsicologia clinica, grazie all'incontro fecondo con le discipline antropologiche e sociali, offre strumenti pratici e di pensiero utili per orientarsi in nuovi contesti comunicativi e per sviluppare una maggiore consapevolezza rispetto alla natura necessariamente localizzata e alle ricadute sociali, politiche e, in ultima analisi, etiche delle nostre pratiche di cura.

Parole chiave: psicologia transculturale, etnopsicologia, psicologia delle migrazioni, pratiche etiche, convivenze sociali.

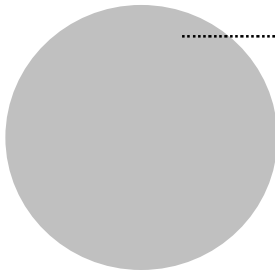
Abstract

Going through uncommon meaningful sights produces a physiological sense of displacement and requires necessarily an extra-ordinary creative effort to build up new therapeutical partnerships and new work strategies. Obviously, migrant people's fatigue mirrors health operators' one: they have to face social integration/interaction/coexistence and the consequent identity reformulation.

Through every human practice, be it personal or professional, values come out, built up through life experiences by playing actors. These cultural and social values often remain unspoken in our everyday clinical practice: they may become an important communicative obstacle in transcultural settings but also a great opportunity of growth and reciprocal enrichment.

Clinical ethnopsychology, through the enriching engagement with anthropological and social sciences, puts forth practical and theoretical tools to familiarize in new communicative contexts and to develop a wider consciousness about the necessarily localized nature of our healing practices, and of their social, political and in last analysis ethical consequences.

Key words: transcultural psychology, ethnopsychology, psychology of migrations, ethical practices, social coexistences.



La nostra esperienza di *psicologi per i popoli nel mondo* impegnati nell'ambito della transculturalità nasce dalla necessità di reinventare il mestiere psicologico per renderlo più adatto e più efficace con persone, popolazioni e comunità straniere. Abbiamo sperimentato come l'interdisciplinarietà sia necessaria per operare in modo efficace e abbiamo quindi ricercato il confronto e la collaborazione con altre professionalità.

Le riflessioni che seguono nascono da una pratica psicologica, e successivamente anche antropologica, ma le reputiamo comunque valide per tutti coloro che sono impegnati in attività di cura rivolte alle persone. Esse si annodano a un precedente contributo (Ielasi, 2007) che introduceva ai temi, alle problematiche e ai riferimenti teorici per noi fondamentali per affrontare la sfida dell'impegno transculturale.

Attraverso le pratiche di vita, i valori

Riteniamo dunque necessaria la contaminazione tra discipline della cura e antropologia. Borges (1960), con la fantasiosa classificazione degli animali dell'emporio celeste, propone una bizzarra quanto geniale provocazione: da che mondo è mondo le persone hanno bisogno di orientarsi nel proprio ambiente di vita, che è anche ambiente sociale, e per far ciò hanno sviluppato una serie di classificazioni, di categorizzazioni, che sono tutte - anche le più fondate dal punto di vista scientifico secondo i nostri paradigmi occidentali - comunque frutto di una volontà arbitraria, di una scelta umana. Quindi, quando lavoriamo con le persone, e soprattutto quando esse sono particolarmente *altre*, siamo chiamati a riconoscere l'arbitrarietà dei nostri parametri, che non sono solo simbolici o cognitivi ma soprattutto valoriali. In particolare, diventa centrale parlare di *pratiche* perché proprio attraverso le nostre pratiche di cura, qualsiasi esse siano, veicoliamo i nostri valori di base, le nostre gerarchie valoriali. Le classificazioni sono necessarie all'umanità perché facilitano l'orientamento nel mondo, ma nell'utilizzarle corriamo il rischio di applicare le nostre *griglie percettivo-valutative* (Sclavi, 2003) a realtà che non le hanno prodotte, attuando una sorta di *urgenza classificatoria*: ho bisogno di fare e quindi agisco applicando quelli che sono i miei parametri abituali. Sperimentare degli esercizi percettivi consente di entrare in contatto con delle emozioni che si rivelano fondamentali nella relazione con l'altro.

Il nostro sguardo, anche quando semplicemente percepiamo, è sempre comunque guidato dall'esperienza precedente. E come ci ricorda Marianella Sclavi (2003), cui io sono debitrice, ogni volta che noi percepiamo e valutiamo, procediamo appunto secondo delle matrici che sono percettivo-valutative. Tutto questo è appunto cultura: e l'antropologia ci insegna come non possiamo conoscere e lavorare con altri se non consideriamo anche le variabili culturali. La cultura determina le sensazioni, le emozioni, le percezioni, anche quelle che intuitivamente daremmo più scontatamente per universali. Attraverso l'esperienza impariamo a dare significato alle emozioni e ai cambiamenti fisiologici che sperimentiamo e apprendiamo quali schemi comportamentali

siano adatti per rispondere o reagire alle stimolazioni che riceviamo. Con queste parole ci riferiamo all'*involucro culturale*: non è dato infatti psichismo umano se non all'interno di un involucro culturale. Conosciamo per esempio le vicende di vita dei cosiddetti bambini-lupo, che sono sì sopravvissuti al di fuori di un contesto umano ma senza avere sviluppato delle competenze propriamente umane, potendo le competenze divenire umane, paradossalmente, solo se iscritte in una specifica cornice umana: le culture, quale dato universale dell'umanità, sono il frutto di specificità locali. Esse non sono statiche, date una volta per tutte. Quando nasce, alla fine dell'Ottocento, l'antropologia ha l'ingenuo intento enciclopedico di mappare in un atlante esaustivo tutte le popolazioni umane terrestri, descrivendo una volta per tutte la variabilità umana presente sul globo terrestre. Noi oggi sappiamo che questo compito è impossibile, proprio perché la cultura è un processo in continua costruzione, trasformazione, ridefinizione. Non solo ogni essere umano comincia ad essere improntato quando nasce, probabilmente fin dal concepimento, dai dati culturali del gruppo umano di appartenenza, ma, inserendosi in essa quale nuovo membro, la trasforma. Gli antropologi al riguardo sostengono che ciascuno di noi è portatore di una propria *endocultura*, unica e irripetibile espressione soggettiva della cultura di appartenenza.

L'aspetto che interessa maggiormente noi operatori della cura è che ogni cultura ha anche una funzione *patoplastica*, ovvero contribuisce a dare forma e nome alla sofferenza, che è una realtà panumana, universale. Per esempio, esistono in alcune regioni del mondo delle sindromi ordinate dalla cultura che altrove non si manifestano. Allo stesso modo, ciascun gruppo umano ricerca la causa delle patologie che individua; costruisce quindi delle eziologie tradizionali e dei dispositivi terapeutici utili a curarle. Ne consegue che i miei dispositivi terapeutici da psicoterapeuta occidentale non collimano con i dispositivi terapeutici propri di altre culture. La cultura è inoltre in sé uno strumento di cura: noi che lavoriamo nell'ambito della clinica delle migrazioni sappiamo quanto sia fondamentale aiutare le persone che ci interpellano a ricucire i fili della propria trama esistenziale, che è profondamente culturale. Ciascuno di noi è portatore di una pluralità di identità e appartenenze identitarie (Maalouf, 2007, p. 31) e migrando si provoca una rottura di questo equilibrio identitario; si parla infatti a questo proposito di *trauma migratorio* (Mazzetti, 2008). Esso non ha la stessa pregnanza per tutte le persone migranti: dipende sia dalla qualità esistenziale della persona che migra sia dalle caratteristiche del contesto che accoglie – vedi, per esempio, le politiche migratorie. Chi manifesta una sofferenza ha bisogno di recuperare una sorta di filo rosso che lo riconnetta alle appartenenze culturali premigratorie; questa è la funzione terapeutica della cultura: far sì che permanga una continuità di senso esistenziale. In clinica transculturale si parla di *bagaglio invisibile*: quando accogliamo delle persone, nel nostro studio non sono presenti solo loro, ma accanto a loro, come accanto a noi, c'è questo bagaglio invisibile, costituito da tutte le acquisizioni esperienziali e culturali realizzate fino a quel momento. La sfida dal punto di vista clinico è che quel bagaglio invisibile diventi parzialmente visibile e condivisibile tra utente e operatore della cura.

Come pesci nell'acqua: il paradigma dell'incorporazione culturale

L'opera *Das goldene Fisch* di Klee (1879-1940) evoca la definizione di cultura espressa dall'antropologo Ralph Linton nel 1937 (Coppo, 2003), secondo cui le acquisizioni culturali sono implicite, inconsapevoli: noi le agiamo senza renderci conto di farlo. La cultura è come l'acqua in cui pesce è immerso: esso vi nuota senza percepirla in quanto tale. In modo analogo, le nostre acquisizioni culturali rimangono inconsapevoli in genere fino a che interagiamo con pesci che più o meno condividono la nostra stessa acqua. Quando ci scontriamo con diversità particolarmente significative, l'acqua improvvisamente si colora. L'antropologia medica contemporanea affermerebbe che non solo la cultura è l'acqua in cui il pesce nuota ma costituisce anche il corpo delle persone: ciascuno di noi cresce, si sviluppa facendo propri i dati culturali attraverso i processi di *incorporazione* (Scheper-Hughes, 2000; Csordas, 2003). Ogni società in qualche modo disciplina i corpi, decide quali modalità siano opportune per vestirsi, acconciarsi, gesticolare, guardare, toccare gli altri. Questo è determinante anche nel contesto clinico in cui i pazienti arrivano e comunicano in quanto corpi e noi con loro.

Siamo d'accordo con Sayad (2002) quando afferma che l'immigrato è uno straordinario dispositivo che fa venire allo scoperto l'inconscio delle nostre società, l'inconscio collettivo e culturale. Come una sorta di cartina di tornasole, quando arrivano gli immigrati questa nostra acqua si colora e si colora spesso con tinte che ci risultano spesso difficili da gestire.

La parola giapponese *kiki* e quella cinese *weiji* significano "crisi". In entrambe le lingue la parola è formata da due ideogrammi: il primo rimanda al significato di "rischio, pericolo", il secondo a quello di "opportunità". Come ogni altra crisi, l'impatto con l'alterità richiede fatica ma anche la necessaria trasformazione identitaria che ciascuno di noi subisce e che si traduce anche in arricchimento per il sé. La trasformazione non è propria solo dei nostri utenti migranti ma anche nostra: anche noi, in qualità di operatori, esploriamo nuovi territori per tornare alle nostre pratiche abituali necessariamente trasformati. Nella relazione con lo straniero, abbiamo l'opportunità di guardare alle problematiche ma anche alle potenzialità dello scambio umano attraverso una lente di ingrandimento che le amplifica. Quando torniamo poi a lavorare con quelli che definiamo utenti *isoculturali*, ovvero che condividono grosso modo il nostro stesso bagaglio culturale, il nostro retroterra esistenziale e culturale, possiamo beneficiare di quelle trasformazioni operative e strumentali che abbiamo maturato grazie all'impatto con la diversità.

Concretamente il primo passo per poter lavorare in modo efficace e poter contribuire ad alleanze di lavoro che funzionino consiste nel riconoscere che ciascuno di noi, universalmente, è abitato da un *pregiudizio etnocentrico*. Spontaneamente ciascuno di noi guarda la realtà e gli altri attraverso le lenti che ha potuto costruire nella propria vita. Anche lo sguardo professionale è sempre localizzato, storico: appartiene a noi e non ad altri.

In genere quando affrontiamo le situazioni problematiche di tutti i giorni siamo piuttosto conservatori: siamo abituati a utilizzare quelle strategie che

funzionano e che sono abitualmente efficaci e ci dimentichiamo di quelle alternative che sono più rare e ci richiedono uno sforzo, la competenza di decentrarci. Attraversare la sensazione di spaesamento che accompagna lo sforzo di decentramento è funzionale alla possibilità di accostarci a modalità di vivere e di soffrire per noi inedite. In qualità di operatori della salute capiamo la persona che abbiamo di fronte, che cosa ci dice, di che cosa ha bisogno, solo a patto di decentrarci. Parallelamente, lo straniero che arriva da noi e deve in qualche modo farcela in un ambiente non necessariamente ostile ma comunque diverso a livello fisico e sociale e culturale può sperimentare, con le parole di Beneduce (2004, p. 38), uno stato di “*coscienza smisurato, feroce [...] dell'essere in un dato luogo e in un dato tempo*”. Se accettiamo di vivere l'incertezza legata a questo spaesamento possiamo capirci meglio. Diviene quindi necessario uscire fuori dagli schemi, agire quello che in clinica transculturale chiamiamo *decentramento culturale*. Sperimentiamo in alcuni contesti problematici tanto la necessità quanto la fatica di operare un movimento di decentramento quando affrontiamo il gioco dei nove punti proposto da Paul Watzlawick (1974). La matrice percettivo-valutativa (“è un quadrato”) che aiuta a risolvere il primo problema (disegnare in modo corretto, equidistante, i nove punti) diviene una gabbia operativa nel momento in cui devo risolvere un secondo problema (collegare i nove punti con quattro linee consecutive).

Nella nostra pratica clinica abbiamo sperimentato l'apporto del decentramento culturale: io non capisco cosa mi stia dicendo quella persona, di che cosa abbia bisogno, come potrei esserle d'aiuto, ma do per assodato che il suo comportamento ha una propria logica che non conosco ma che posso farmi raccontare e spiegare. Sappiamo che in Italia ci sono persone con più di 180 diverse provenienze geografiche; ovviamente, non possiamo pensare di essere competenti rispetto a tanta ricchezza e varietà umana. Però possiamo porci a un livello *metaculturale*, come suggerisce Devereux (1977): so che il discorso dell'altro ha una sua logica e faccio sì che possa spiegarmelo. In questo viaggio le *emozioni* sono quel patrimonio indispensabile per orientarci. Noi psicologi lo sappiamo, lavoriamo con le emozioni, sappiamo che accettando di vivere le emozioni, soprattutto quelle più fastidiose - rabbia, frustrazione, impotenza, disgusto - riusciamo a proiettare un fascio di luce su quegli angoli bui e oscuri che non conosciamo. Poniamo attenzione al negativo, come dice Mazzetti (2003). L'esempio è lavorare con coppie che hanno ruoli maschili e femminili tradizionalmente molto specifici: il marito deputato alle relazioni con l'esterno, il mondo del lavoro, della scuola, e la moglie referente per la gestione interna alla famiglia. Dobbiamo fare un'anamnesi e rivolgiamo alcune domande alla moglie, che ci risponde con un discorso lungo e articolato nella sua lingua; il marito lo traduce in poche parole. Rimaniamo spiazzati: “Tutto qui?!”; ci chiediamo. Se riusciamo a trattenerci dal controreagire a queste sfide relazionali, possiamo usare queste emozioni negative che ci abitano per andare vicino all'altro.

È necessario quindi, dal punto di vista percettivo, un diverso posizionamento dello sguardo: come nelle immagini ambigue della psicologia gestaltica (Sclavi, 2003, p. 65), percepiamo un'immagine (per esempio il palcoscenico)

da una prospettiva di sguardo (di fronte) e ne percepiamo un'altra (la piramide tronca) cambiando prospettiva (dall'alto). Non riusciamo a percepire simultaneamente le due immagini, ma compiamo una sorta di movimento interno percettivo per oscillare tra le due percezioni. In modo analogo comprendiamo il *metodo complemetarista* proposto da George Devereux: in un setting clinico transculturale dobbiamo allenarci a compiere una simile oscillazione di sguardo; da quello clinico a quello antropologico e viceversa, in modo costante. Tutti noi professionisti della cura abbiamo bisogno di beneficiare nella nostra pratica clinica anche di uno sguardo culturale ma non tutti possiamo essere antropologi o professionisti di seconda generazione, come accade al contrario in Francia, dove medici e psicologi di origine, per esempio, magrebina esercitano la loro professione muovendosi in un'oscillazione virtuosa tra i due sguardi culturali, di origine e locale, che non possono essere mai abitati nel medesimo istante. Tobie Nathan (1948) stesso, psicologo egiziano formatosi a Parigi, ha affinato un dispositivo tecnico specifico per agire psicoterapeuticamente con la popolazione migrante magrebina. Se ci sono le risorse, possiamo avvalerci però del prezioso contributo dei mediatori linguistico-culturali o degli antropologi o di altri esperti che possano aiutarci a penetrare gli aspetti socioculturali.

Spesso sperimentiamo la sensazione di fatica che si genera inseguendo le emozioni centrali nella relazione di aiuto transculturale: quelle emozioni dissonanti, fastidiose e marginali che vorremmo in qualche modo accantonare e invece dobbiamo mettere al centro della nostra attenzione clinica per riuscire a capire la portata culturale della persona con cui stiamo lavorando.

Verso un'etnopsicologia critica: oltre la dimensione culturale, la comunità

Noi parliamo di etnopsicologia innanzitutto perché da psicologi ci siamo interessati ad altre psicologie, ovvero ad altri modi di intendere la salute mentale. Ma anche per un altro motivo: perché attraverso questa esplorazione siamo tornati alla nostra psicologia capendo che anch'essa è comunque *etnica*, in quanto prodotto di un determinato contesto di scienza occidentale. Questo è proprio il contributo dell'antropologia e in particolar modo dell'antropologia medica critica contemporanea. Rispetto al riconosciuto modello medico biopsicosociale della salute che evoca un armonioso equilibrio tra aspetti biologici, psichici e sociali, l'antropologia contemporanea invita ad aggiungere un'ulteriore dimensione, quella *culturale*, di cui abbiamo trattato fino ad ora. Rispetto ad essa, il dibattito contemporaneo in ambito etnopsichiatrico tra antropologi e clinici è animato da una polemica che iscrive in una cornice critica la valenza culturale dell'esistenza umana. Gli antropologi mettono di fronte al rischio di attribuire eccessiva importanza alla cultura. Fino ad ora abbiamo detto quanto sia utile se non necessario, per lavorare in ambito transculturale, sapere riconoscere l'apporto culturale; il gradino successivo è quello di riconoscere che non esiste solo la dimensione culturale. Se diamo spazio solo alla cultura, rischiamo di occultare altri significati, altre determinanti della

salute per le persone che incontriamo. Per i migranti, come peraltro per ognuno di noi, le determinanti sono anche sociali, economiche e quindi politiche ed etiche. Quindi, se la persona che accogliamo sta male, sicuramente si potrà rintracciare un significato psicologico in senso stretto se si rivolge a me, però dovrò sempre come operatrice della salute sbilanciarmi, ampliare il mio campo almeno di analisi e cercare di capire quali sono quelle determinanti sociali, economiche, comunitarie che delineano, che mettono dei vincoli, dei limiti ben precisi, alle mie pratiche di cura, a quello che io posso fare, e che determinano anche il livello di benessere/malessere dei cittadini in generale e dei cittadini stranieri in particolare. L'antropologia medica contemporanea ci invita a porre attenzione particolare a quella che definiamo *dimensione comunitaria*.

Etnocentrismo critico e relativismo impegnato: costruire insieme coesistenza possibili

Come operatori della salute siamo chiamati a operare secondo le nostre procedure abituali, con i “ferri del mestiere” soliti, come Salvo Inglese (2008) invita a fare: prima di tutto applichiamo i nostri strumenti soliti, poi, se vediamo che non funzionano, che non capiamo la realtà clinica, che c'è qualcosa che non va, allora dobbiamo decentrarci in modo più radicale per acquisire o costruire strumenti nuovi. Tra queste altre competenze c'è anche quella di cercare una terza via tra quello che viene definito (Todorov, 1991) *universalismo evolucionistico* e il *relativismo difensivo*. Secondo l'universalismo evolucionistico, “la specie umana è una sola e si dispiega su di un'unica linea evolutiva su cui si collocano tutte le popolazioni umane e al cui apice ci sono in senso più o meno esplicito le persone appartenenti alle culture occidentali e poi via via si pongono gli altri”. Applicare questa lente di lettura implica, se va bene, indurre le minoranze a un adattamento assimilativo e, se va male, l'esclusione sociale. Significa giustificare la diversità del comportamento dell'altro con una carenza di civiltà rispetto ai canoni normativi della civiltà a cui appartengo; in quest'ottica, devo fornire all'altro i miei strumenti perché possa raggiungere il mio stesso livello. È implicita una gerarchizzazione valoriale dei diversi gruppi umani che può diventare molto pericolosa. Al polo opposto c'è il relativismo difensivo, che spesso viene criticato anche a livello di dibattito pubblico: “Bene, se tutte le culture hanno pari legittimità e pari dignità, allora cosa possiamo fare? Nulla, abbiamo le mani legate, l'unica cosa è che ciascuno rimanga al proprio posto”. Allora nei casi migliori abbiamo le città multiculturali in cui c'è una coesistenza con un limitato scambio interattivo oppure, di nuovo, l'esclusione sociale. Quale potrebbe essere allora la terza via? È nostro compito individuarla. Dovremmo passare da una posizione di etnocentrismo spontaneo, di pregiudizio etnocentrico, a quello che Ernesto De Martino (2002), etnologo di casa nostra, amava definire *etnocentrismo critico*, ovvero il fatto di riconoscere che ciascuno di noi abita un punto di vista localizzato e storico che è valido, certo non dobbiamo abbandonarlo, ma sono altrettanto validi anche altri punti di vista. Dobbiamo allora cercare di costruire dei ponti comu-

nicativi, modificando anche quelle che sono le nostre pratiche abituali. Ci sono a livello di psicologia transculturale dei modelli per descrivere cosa accade all'interno della persona - ma anche potremmo dire a livello sociale - durante il processo che descrive il passaggio da una posizione etnocentrica - che abbiamo visto essere spontanea e non quindi una malattia o qualcosa di necessariamente sbagliato - a un'attitudine *etnorelativa*. Tutti noi per vivere in modo efficace abbiamo bisogno di credere che i valori che sostengono il nostro modo di vivere siano quelli giusti, quello che vanno bene. E vanno effettivamente bene per noi ma non è detto che vadano bene per gli altri. Possiamo quindi sviluppare un'attitudine che Milton Bennett (2002) definisce di *integrazione* (oggi si preferisce parlare di *interazione* sociale o di *convivenza* per sottolineare la compartecipazione di tutti gli attori in gioco), passando, attraverso una serie di stadi: prima una posizione di negazione - l'universalismo di prima, secondo cui le differenze culturali non esistono; poi una seconda posizione in cui riconosco le differenze ma difensivamente me ne tengo alla larga arroccandomi nelle mie identità culturali; quindi una terza fase in cui dico, minimizzando: "Si esistono ma non sono importanti" - una nuova faccia del noto universalismo "siamo più uguali che diversi"; quindi un quarto atteggiamento in cui si raggiunge una capacità di accettazione più realistica delle diversità umane, fino a che possono coesistere dentro di sé le diverse identità, lasciandole interloquire. E questo come è possibile? Riconoscendo che anche noi stessi siamo portatori di identità plurime: "*l'identità è fatta di molteplici appartenenze [...] è un disegno su una pelle tesa; basta che una sola appartenenza venga toccata ed è tutta la persona a vibrare*" (Maalouf, 2007, p. 31). Se noi ora dovessimo decidere quali sono le dieci caratteristiche imprescindibili del popolo italiano, dell'italianità, ci porremmo in un compito impossibile. Ciascuno di noi è portatore di tante identità e, a seconda delle situazioni, prevale l'una o l'altra. Un altro modello è quello di Perry (1970; citato in Castiglioni, 2006), che descrive l'evoluzione da una posizione etnocentrica a quello che definisce *relativismo impegnato*, che differisce dal relativismo difensivo perché, assumendolo, riconosco sì la pari dignità delle diversità culturali umane, di tutti i valori umani, ma, nonostante questo, sono in grado, proprio partendo da questo riconoscimento, di determinare qual è per me l'opzione che più mi corrisponde in un dato momento storico in una data situazione. Ciò comporta che non esiste una ricetta transculturale privilegiata per approcciarsi all'utenza straniera ma è possibile sviluppare soltanto una consapevolezza delle proprie matrici identitarie, dei propri strumenti professionali, per poi scegliere o costruire dei percorsi clinici inediti e adatti alle diverse persone con cui lavoriamo. Questo è quel che viene definito relativismo impegnato. Si tratta di un'acquisizione mai raggiunta o costruita una volta per tutte. In questo senso si parla di "fatica e creatività dell'agire transculturale"; è una fatica quotidiana, che corrisponde alla possibilità di collocarci, da un punto di vista di spazio simbolico, nei luoghi della *marginalità*. Se noi lavoriamo in questo ambito, è perché abbiamo un'attenzione per chi è marginale, le persone straniere ma anche italiane che sono in difficoltà e sentono di vivere in una condizione di esclusione sociale; ed è proprio andando noi ad abitare dei luoghi di marginalità rispetto all'uso degli strumenti profes-

sionali abituali che possiamo trovare delle chiavi nuove per costruire alleanze terapeutiche, accettando anche noi di vivere in una situazione di particolare incertezza, ai bordi dell'arena clinica in cui ci troviamo.

Domande aperte per professionisti impegnati

Ciascuno di noi in ambito clinico è certamente impegnato e lavora perseguendo i valori in cui crede. L'impressione è che in ambito transculturale la fatica sia maggiore, anche se poi viene ripagata. Quali sono gli interrogativi che rimangono particolarmente aperti, da affrontare per migliorare le nostre pratiche di cura?

Dobbiamo divenire più consapevoli che il principale ostacolo nella comprensione dell'altro è proprio "l'impressione che si comprenda" (Nathan, 2003), che ci porta a non mettere in discussione le lenti di lettura che applichiamo *tout court* a persone appartenenti ad altri orizzonti geoculturali. Così agendo, rischiamo di fare gravi danni. De Martino sessanta anni fa affermava che prima di tutto, per poter penetrare la realtà dell'altro, dobbiamo tematizzare la nostra, guardando attraverso una critica costruttiva chi siamo noi sia a livello professionale che personale. Dobbiamo riconoscere che tutti noi esseri umani siamo fondamentalmente *attaccati* (Nathan, 2003): ciascuno di noi è portatore di un bagaglio invisibile e il rischio è quello di utilizzarlo in modo inconsapevole. Dall'altra parte, la sfida consiste nel far sì che possa esistere, divenire visibile, il bagaglio di chi si rivolge a noi. I pazienti sono i primi esperti, secondo l'approccio democratico di Tobie Nathan: dobbiamo prima di tutto mettere al centro le persone con cui lavoriamo e far sì che siano loro a informarci di quali siano gli aspetti centrali per loro. Nella pratica clinica ciò significa dare spazio all'altro, ciò che è avvenuto, per esempio, con un paziente pakistano che presumibilmente soffriva di una sindrome ordinata dalla cultura, denominata *Dhat*: non capivamo come poterlo aiutare per il grave stato di apatia e depressione in cui si trovava. Utilizzammo quindi delle semplici domande, come "Se fosse a casa, a chi si rivolgerebbe? Cosa direbbe? Quale origine ravviserebbe? Cosa farebbe?". Alla fine il paziente decise di interpellare la famiglia di origine per commissionarle uno specifico rituale di riparazione presso il guaritore locale. Il paziente stette meglio ed è difficile a posteriori individuare con chiarezza quali fattori terapeutici agirono. Ciò che è certo è che abbiamo cercato di convivere, in qualità di clinici, in una situazione di *politeismo terapeutico* (Nathan, 2003), accettando di operare in alleanze terapeutiche inedite, con colleghi con cui non siamo abituati a collaborare.

Un altro esempio riguarda i pazienti che non vogliono seguire un regime di terapia farmacologica per non trasgredire il digiuno rituale del mese di *Ramadan*; in questi casi, l'alleanza con l'imam di riferimento consente di costruire una cornice terapeutica più autorevole.

La clinica transculturale restituisce spessore all'apporto del *sacro* nell'esistenza umana. Noi in genere, sempre in veste di clinici *occidentali*, dichiariamo di operare in contesti clinici piuttosto asettici da un punto di vista re-

ligioso, a meno che non siano contesti apertamente confessionali. Lavorando con la salute degli altri ci si impatta con *eziologie tradizionali*, secondo le quali la salute dipende da un armonioso equilibrio tra un mondo visibile, umano, e un mondo invisibile dove antenati, tabù infranti, spiriti, malocchio e via elencando possono avere effettivamente una valenza patologica ma anche risolutiva del malessere. Non ci viene richiesto di sposare i credo altrui ma di riconoscerne la legittimità: è una possibilità, e noi la contempliamo tra le strade percorribili per concorrere a ricostruire uno stato di benessere. Ci sono etnopsichiatri come il già citato Nathan che, abitando più orizzonti culturali, sono in grado di agire pratiche proprie di altre discipline di cura, interventi che spesso non rientrano nelle nostre opportunità terapeutiche abituali.

Dobbiamo poi interrogarci sul ruolo del *corpo* nelle nostre consultazioni, restituirgli visibilità. Noi psicologi a volte siamo disabituati ad avere a che fare col corpo. Può essere però presente sulla scena terapeutica in modo prepotente, non solo perché i nostri pazienti non parlano bene l'italiano e noi altre lingue, ma anche perché i migranti sono considerati spesso solo come corpi-lavoro, come se non fossero portatori di tutta una serie di bisogni e di stratificazioni esistenziali. Allora il corpo diventa un'arena di critica incarnata (Scheper-Hughes, 2000): la mia malattia esiste per esprimere un disagio che è comunitario, collegato alle mie condizioni di vita e alla convivenza in senso più ampio. Di nuovo vediamo come noi psicologi abbiamo bisogno di interrogarci sulle chiavi di lettura di cui disponiamo ed eventualmente cercarne delle altre, in questo caso antropologiche, quando le nostre si rivelano insufficienti.

Un altro grande quesito riguarda l'opportunità o meno di servizi per utenza stranieri dedicati: li ghettizziamo così facendo oppure no? La nostra esperienza, come associazione, è di non avvertire incompatibilità tra diverse vie. Vanno quindi benissimo attività di formazione o sensibilizzazione trasversale alle diverse professionalità e ai diversi servizi così come è bene che esistano dei servizi dedicati, perché ci sono degli strumenti particolari, delle competenze da acquisire che è bene siano a disposizione.

Un altro tasto dolentissimo riguarda la modalità con cui conciliare i *diritti umani* con i diritti delle minoranze culturali (Moller Okin, 2007). Le cronache ci parlano di eventi molto tragici e, al di là di questi, ci sono tante donne che vivono in posizione subalterna all'uomo, discriminate. Come dobbiamo porci? Noi come clinici dobbiamo lavorare e abbiamo visto come ogni pratica traduca i valori che ci animano.

Concordiamo con le riflessioni di Tamir (2007), secondo cui è vero che esistono tutti questi nodi problematici che, se visti in un'ottica atemporale e con l'urgenza di risolverli tutti qui e ora, ci sembrano assolutamente inaffrontabili; ma è anche vero che gli esseri umani sono gli animali che meglio si adattano, e bisogna avere fiducia nella nostra possibilità di attivare dei cambiamenti personali che siano di apertura verso l'alterità ma senza che le persone debbano rinunciare ai loro nuclei identitari più profondi. Questo implica evidentemente non solo sostenere, a livello psicologico e sociale, le persone straniere che vengono da noi, ma anche tollerare o meglio auspicare anche in noi stessi un analogo cambiamento - che richiede tempo. Ci sono dei principi e

dei valori che per noi sono irrinunciabili e degli altri che percepiamo come secondari, ed è solo attraverso processi creativi di negoziazione che possiamo aprire nuove vie di convivenza.

Bibliografia

- Beneduce R. (2004), *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Franco Angeli, Milano.
- Bennett M.J. (a cura di) (2002), *Principi di comunicazione Interculturale*, Franco Angeli, Milano.
- Castiglioni I. (2006), *La comunicazione interculturale: competenze e pratiche*, Carocci, Roma.
- Coppo P. (2003), *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Csordas T.J. (2003), *Incorporazione e fenomenologia culturale*, "Annuario di Antropologia", 3, 3.
- De Martino E. (2002), *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Einaudi, Torino.
- Ielasi W. (2007), *Come pesci nell'acqua. Elementi di etnopsicologia clinica*, "Rivista di psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria", 1, 1, pp. 4-19.
- Inglese S. (2008), comunicazione orale al seminario di ricerca e formazione Etnopsichiatria e servizi di salute mentale: un incontro possibile, cooperativa Terrenuove, Milano.
- Maalouf A. (2007), *L'identità*, Bompiani, Milano.
- Mantovani G. (2005), *L'elefante invisibile*, Giunti, Firenze.
- Mazzetti M. (2003), *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto*, Carocci Faber, Roma.
- Mazzetti M. (2008), *Trauma e migrazione. Un approccio AT a rifugiati e vittime di tortura*, in *Rispondere al trauma*, "Quaderni di psicologia, analisi transazionale e scienze umane", n.49.
- Moller Okin S. (2007), *Diritti delle donne e multiculturalismo*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Nathan T. (2003), *Non siamo soli al mondo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Perry W.G. (1970), *Forms of intellectual and ethical development in the college years*, Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Quaranta I. (a cura di) (2006), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Sayad A. (2002), *La doppia assenza. Delle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'emigrato*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Scheper-Hughes N. (2000), *Il sapere incorporato: pensare con il corpo attraverso un'antropologia medica critica*. in Borofsky R. (a cura di), *L'antropologia culturale oggi*, Meltemi, Roma.
- Sclavi M. (2000), *Arte di ascoltare e mondi possibili*, Bruno Mondadori, Milano.

- Tamir Y. (2007), *Schierarsi con gli oppressi*. In Moller Okin S., *Diritti delle donne e multiculturalismo*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 49-55.
- Todorov T. (1991), *Noi e gli altri. La riflessione francese sulla diversità umana*, Einaudi Paperbacks Scienze Sociali, Torino.
- Todorov T. (1997), *L'uomo spaesato. I percorsi dell'appartenenza*, Donzelli editore, Roma.
- Watzlawick P., Weakland J.H. e Fisch R. (1974), *Change. Sulla formazione e la soluzione dei problemi*, Astrolabio, Roma.

Wanda Ielasi è socia di Psicologi per i popoli nel mondo.