

# Intervista a Marie Rose Moro

a cura e traduzione di Cristina Simonini

Marie Rose Moro è nata in Spagna. E' Membro Associato della Società Psicoanalitica di Parigi (S.P.P.). Medico di formazione filosofica e antropologica, è psichiatra e psicoanalista di bambini e adolescenti, Professore delle Università di Parigi 13. Dirige il Servizio di Psichiatria del Bambino e dell'Adolescente all'Ospedale Avicenne a Bobigny (Parigi), dove è succeduta a Serge Lebovici.

E' consulente di Médecins sans Frontières (MSF) dal 1989, dove organizza missioni psicologiche in zone di crisi e di guerra.

Dal 1987 ha sviluppato presso l'Ospedale Avicenne il Servizio di Consultazione di Psichiatria Transculturale, fondato da Lebovici, rivolto a bambini, adulti, famiglie, dove sono accolti e curati immigrati e i loro figli da ovunque provengano, in consultazioni che tengono conto delle lingue e delle rappresentazioni dei pazienti. Ha pubblicato numerosi articoli scientifici e libri.

Ha creato e dirige dal 2000 la rivista transculturale *L'Autre, Cliniques, Cultures et Société, La Pensée Sauvage Editeur - Grenoble*, tradotta e pubblicata anche in Inghilterra e Germania.

Sulla Consultazione Transculturale di Avicenne è stato girato un film di Laurence Petit Jouvét : « J'ai revé une grande étendue d'eau », Parigi, 2003.

In Italia ha pubblicato : *Bambini immigrati in cerca di aiuto*, Torino, Utet, 2001; *Genitori in esilio*, Milano, Cortina, 2002; *Bambini di qui venuti da altrove: saggio di transcultura*, Milano, Franco Angeli 2005; *Amare i bambini qui e altrove. Storie transculturali*, in corso di pubblicazione da Frassinelli, Milano.

D: La tua biografia esprime una certa ricchezza di elementi e stimoli che caratterizzano la tua formazione...Sei psicoanalista, neuropsichiatra infantile, terapeuta transculturale, membro e consulente di Médecins sans Frontières (MSF) in zone di guerra e di urgenza. Come si è sviluppato in te l'interesse per le altre culture?

R: Confrontata all'inizio del corso di psichiatria con il modo in cui si parlava e si curavano gli immigrati – modo che non corrispondeva alla mia esperienza di figlia di immigrati – ho deciso di fare una psicoanalisi e di formarmi in antropologia per modificare questo sguardo sull'altro, passando attraverso me stessa.

Nel frattempo sono diventata psichiatra, e in quel momento non avevo idea che la psichiatria potesse essere messa al servizio dell'altrove. E' l'essermi formata nella psichiatria transculturale (pratica psicoterapeutica che in Francia si chiama più volentieri etnopsicoanalisi o etnopsichiatria) che mi ha portata a pensare che si poteva anche adattare le nostre tecniche, per curare tutte quelle invisibili sofferenze dei territori umani, quei tratti profondi dell'anima, quelle sofferenze psichiche che si inscrivono tragicamente negli esseri in situazioni di catastrofe, di guerra, di traumi collettivi estremi...Anche se lontano da qui. Quindi è attraverso la psichiatria transculturale che la possibilità della psichiatria umanitaria si è iscritta al mio interno e, ben presto, è diventata per me un'evidenza. Evidentemente, questa idea ha incontrato un movimento generale: come tutte le belle idee si tratta di costruzioni collettive.

Ho dunque fatto le mie differenti formazioni, ho imparato molte cose, ho incontrato molte persone, ho fatto incontri belli che mi hanno cambiata.

Un giorno la Direttrice delle Operazioni di MSF, ha detto: bisognerebbe integrare le cure psichiche all'interno di MSF, ci vorrebbe forse qualcosa di più strutturato. E allora sono venuti a cercarmi, dicendomi: "Tu che ami la psicoanalisi e l'antropologia, dovresti poter fare della psichiatria altrove!" e, senza veramente riflettere, dicendomi che questa proposta era un'opportunità e un onore, ci sono andata: sono partita per l'Armenia dove alla fine del 1988 c'era stato un terremoto che aveva fatto milioni di morti. Così è dunque iniziato da un'osservazione abbastanza sottile delle domande dei pazienti che, in un certo senso, esigevano da parte del personale umanitario un riconoscimento molto più forte della loro sofferenza e della complessità degli effetti del terremoto sui loro figli e su loro stessi. La medicina con la sua tecnicità ed il posto insufficiente che lascia alla parola e alla soggettività, non poteva dare un riconoscimento sufficiente, l'empatia necessaria, una sorta di capacità di consolare: nel senso dato da Hochman, di identificarsi e al tempo stesso di modificare il dolore nell'altro. Io credo che la clinica umanitaria sia emersa così, sotto la pressione delle

popolazioni e nella necessità di essere nello spirito umanitario: fare la medicina nel contesto in cui si interviene: politico, sociale e culturale.

D: Sappiamo che la clinica transculturale emana dalla contaminazione feconda (forse tu diresti un meticcio?) tra la psicoanalisi, l'antropologia culturale e l'etnopsichiatria. Nel tentativo di ricostruire storicamente il contributo transgenerazionale e transculturale ti chiedo: quali sono gli autori che hanno contribuito a determinare il modello? E, rispettivamente, con quali specificità?

R: "L'analista resta facilmente prigioniero della sua formazione. Il suo sapere specifico, esso stesso acquisito e fortemente marcato da affetti di transfert, rischia non solo di propagare un certo terrorismo teorico – cosa che impedisce la libertà di pensare e interrogare – ma anche di ingombrare la sua prassi. Tutto ciò che l'analista ha mancato di esplorare nell'analisi personale è all'origine del suo accecamento e della sua sordità verso i suoi futuri pazienti." dice la MacDougall... Sì: l'etnopsicoanalisi, la psicoanalisi transculturale, la psichiatria transculturale sono per me un meticcio che viene dalla psicoanalisi, che ha permesso attraverso sé stessa – e lì sta la sua grandezza ed universalità – un'ibridazione che integra antropologia e psicoanalisi per iniziativa della psicoanalisi stessa.

Infatti, già da molto tempo, la questione dell'alterità è stata posta dalla psicoanalisi.

Oltre lo stesso Freud, Ferenczi, Roheim, Bion, Devereux, citerò in particolare tra gli psicoanalisti contemporanei Kristeva sui temi dell'alterità psichica e i suoi mutamenti, l'elaborazione nel setting della cura, la trasformazione di questa alterità inassumibile o dolorosa in potenzialità creative dell'essere umano... Attualmente questa questione sembra trovare nuovi punti di vista sia clinici che etici. Questa tematica infatti si trova non solo al centro della sofferenza dei nostri pazienti immigrati e dei loro figli, ma è determinante anche per la creazione di dispositivi di cura pertinenti ed efficaci. Dispositivi che partono dalla tecnica psicoanalitica e, credo, la rinnovano a partire da queste specifiche situazioni. A partire da questo lavoro iniziato dalla psicoanalisi, la prospettiva transculturale può estendersi ad altri campi della clinica, quale ad esempio l'approccio familiare.

La prospettiva transculturale in psicoanalisi concerne tanto l'adulto quanto il bambino, ma per facilità di risposta esaminiamo essenzialmente ciò che riguarda il bambino, a titolo esemplificativo in gran parte estrapolabile dalla clinica generale. Perché introdurre la dimensione culturale nella comprensione dello sviluppo del bambino e delle sue vicissitudini psicopatologiche? Perché la questione culturale è stata posta da Freud fin dagli inizi della psicoanalisi? Perché infine tante dispute tra discipline su un unico oggetto, peraltro complesso: lo sviluppo di un essere umano nel gruppo familiare, sociale e culturale? Per comprendere la pertinenza di queste domande nella clinica esaminiamo il campo epistemologico in cui si situa questo dibattito.

L'antropologia si assegna più scopi che tendono tutti alla comprensione dei determinanti collettivi della strutturazione umana e dell'organizzazione dei gruppi umani. Le rappresentazioni sociali e culturali costituiscono uno degli oggetti principali di questa disciplina come anche le organizzazioni umane con le loro logiche politiche, sociali e culturali. Partendo dal concreto, dalla raccolta dei fatti e dei detti per procedere verso la cosmogonia, l'astratto, il simbolico, l'antropologia ha acquisito la sua cifra di nobiltà e la sua importanza nel campo delle scienze umane attraverso dati preziosi che ci mette a disposizione per pensare l'uomo, l'umano nella sua singolarità e universalità. Talvolta nella ricerca di invarianti, talaltra nella ricerca di singolarità, secondo i periodi, le correnti e i paesi, essa resta comunque sempre preoccupata dall'uomo nel suo contesto e dalle interazioni consustanziali e strutturanti che egli intrattiene con sé. Pertanto l'antropologia, a detta degli stessi antropologi e dei più grandi, non si interessa, o in modo secondario, alla strutturazione soggettiva dell'essere umano così come si costruisce nel sistema triadico madre-padre-bambino e su più generazioni. Ora, la psicoanalisi grazie alle scoperte di Freud ed in particolare alla sua teorizzazione della persona con il suo livello inconscio, preconsciouso e conscio e la sua capacità di esplorare l'inconscio, il livello fantasmatico, costringe ad un'analisi più complessa della soggettività umana e ai suoi depositi affettivi, fantasmatici e cognitivi. Più ancora che un dialogo ombroso ma perciò coraggioso e fruttuoso, l'antropologia e la psicoanalisi intrattengono nel campo del bambino un dialogo necessario e non contingente, un dialogo che ha tardato a strutturarsi in Francia o in Italia più ancora che nei paesi anglosassoni. In questi ultimi infatti le due discipline sono evolute poggiando sui dati dell'altra, almeno parzialmente, come ne testimonia l'esempio di Margaret Mead.

In Francia tuttavia, malgrado la difficoltà del dialogo, ci sono stati alcuni precursori, tentativi di costruire legami fra le due discipline. A titolo d'esempio citiamo il lavoro di Lévi-Strauss ed il suo seminario sulla questione dell'identità. In questo approccio multidisciplinare, André Green fa risaltare un postulato della teoria psicoanalitica e due sue ipotesi forti: 1- " In Freud l'individuo non è un concetto", 2- " l'Io non è il soggetto", 3- " Nella prospettiva psicoanalitica il soggetto non può definirsi che in relazione ai suoi genitori". Nella risposta all'intervento di Green, Lévi-Strauss pone allora la questione del posto rispettivo dell'antropologia e della psicoanalisi, constatando che nella maggior parte delle società studiate dagli antropologi il rapporto madre-bambino non è normalizzato, o in minima parte, in relazione agli altri rapporti intrafamiliari. Al contrario, è un rapporto essenziale per gli psicoanalisti, un oggetto fondatore della teoria. Per Lévi-Strauss, l'etnologo non può specificare la relazione madre-bambino e d'altra parte la variazione interfamiliare e interindividuale non è per lui oggetto di studio. Tuttavia due constatazioni sfumano questa posizione: certo la relazione madre-bambino non è completamente normalizzata da una data cultura ma è predeterminata da rappresentazioni collettive che danno un contenitore alle proiezioni individuali (cos'è una madre? cos'è un bambino in quella data società?). Il che non esclude il gioco di variazioni da una famiglia all'altra, da una donna all'altra e anche da un bambino ad un altro. La natura dell'investimento e la forza del desiderio individuale - la psicoanalisi ce lo ha mostrato - non possono essere completamente canalizzati dalle rappresentazioni collettive. Siamo in un rapporto dialettico, una tensione dinamica tra dei poli strutturanti. Mi pare che se il rapporto madre-bambino appare agli occhi degli etnologi come molto meno normalizzato di quello marito-moglie, fratello-sorella, padre-figlio è forse perché si è molto tardato a studiarlo in quanto tale. In effetti lo studio madre-bambino è stato a lungo considerato dagli antropologi, generalmente maschi, come un "piccolo argomento". E' occorso attendere la femminilizzazione del mestiere di antropologo, la modificazione generale dello sguardo delle società occidentali sui bambini cui la psicoanalisi ha contribuito, ed infine una minor diffidenza tra antropologia e psicoanalisi, perché il bambino culturale divenisse un vero soggetto antropologico. La seconda osservazione è che non solo l'antropologia lascia uno spazio libero alla psicoanalisi, allo studio del materno-infantile, ma anche che le due discipline sono complementari e necessarie per studiare oggetti complessi ed è qui che si colloca la prospettiva complementarista dell'etnopsicoanalisi, intesa come impiego delle due discipline per uno stesso oggetto. Lévi-Strauss ha da molto tempo riconosciuto questa complementarità e ha del resto permesso lo sviluppo in Francia delle idee complementariste di Devereux.

Sull'altro versante, vediamo il contributo della psicoanalisi nel campo infantile. Alcune ipotesi freudiane hanno contribuito in modo determinante a costruire il campo teorico delle interazioni madre-bambino e dello sviluppo infantile essenzialmente per mezzo della migliore comprensione della genesi delle rappresentazioni precoci: la teoria della "soddisfazione allucinatoria del desiderio", quella del " narcisismo primario" del lattante, quella della "indigenza iniziale dell'infans", quella dell'"oggetto come investimento delle pulsioni". Questa teoria scaturisce dalla ricostruzione psicoanalitica fatta da Freud a partire dalla cura degli adulti e non dei bambini (essendo il piccolo Hans un'eccezione) o dall'osservazione dei bambini. D'altro canto la difficoltà di osservazione del bambino costituiva uno dei motori della sua concettualizzazione: "Se gli uomini sapessero veramente imparare dall'osservazione diretta dei bambini, avremmo potuto risparmiarci la fatica di scrivere questo libro".

Dopo Freud, Anna Freud e la Scuola analitica di Yale hanno posto al centro della riflessione l'obbligo di pensare la vulnerabilità del bambino non solo in termini di difetto di funzionamento dei meccanismi intrinseci ma anche d'interazione con un ambiente da cui egli è naturalmente dipendente.

Winnicott ha a sua volta evidenziato l'imprescindibilità, almeno agli inizi, del bébé dalle cure materne. Non vi è un oggetto chiamato lattante: "quando si incontra un bambino, si trovano le cure materne". Il lattante non esiste che nelle braccia che lo tengono. Egli ha in effetti introdotto una descrizione delle cure materne primarie divenuta classica. La madre condivide con il suo piccolo un pezzetto di mondo a parte, conservandolo sufficientemente piccolo perché il bambino non cada nella confusione, ingrandendolo progressivamente al fine di soddisfare la capacità crescente del bambino di godere del mondo. All'interno di questa unità principale tra il bébé e le cure materne, progressivamente si differenzia una zona transizionale e tutti questi processi approderanno alla creazione di uno spazio psichico proprio del bambino. Numerosi autori hanno contribuito a

costruire ciò che si potrebbe chiamare “il bambino psicoanalitico”: Ferenczi, con l’ipotesi di un amore primario e fusionale che lega la madre al suo piccolo, Spitz che descrive la costruzione della relazione oggettuale attorno ai tre organizzatori (il primo sorriso, la paura del volto sconosciuto, il no) a partire dagli studi sugli effetti della separazione del bambino dalla madre. Ricordando la Mahler e la sua teoria della separazione/individuazione, la Klein e i suoi allievi che hanno descritto le diverse posizioni dell’oggetto interno, scisso sotto la pressione dei conflitti intrapsichici fra istinti di vita e di morte. I loro studi nascono da ricostruzioni psicoanalitiche e ipotesi metaforiche che lasciano poco spazio alla osservazione diretta. Tutti questi elementi devono allora essere articolati con la nostra conoscenza dell’interazione tra intrapsichico, intersoggettivo e collettivo: questo è l’oggetto della prospettiva transculturale nella clinica psicoanalitica.

La questione fondatrice dell’etnopsicoanalisi è allora quella dei legami, dell’articolazione dei dati appartenenti a campi differenti e della rispettiva utilizzazione del materiale culturale e individuale. Questa è la questione posta da Devereux, psicoanalista ungherese vissuto negli Stati Uniti e in Francia, dove è morto, fondatore dell’etnopsicoanalisi nel mondo.

Il secondo argomento a favore della complementarità delle due discipline riguarda le capacità di trasformazione dell’“oggetto” per mezzo degli strumenti utilizzati. Solo la psicoanalisi si è data questa funzione mutativa e lo si capisce facilmente; l’antropologia non può avere virtù cliniche, essendo descrittiva e analitica. La dimensione clinica della psicoanalisi a un tempo teoria e tecnica di investigazione e di cura, modifica l’angolo di comprensione. I terapeuti si interessano essenzialmente a ciò che può essere modificato, i fattori determinati dal gruppo o il contesto non appaiono loro che secondari in quanto non suscettibili di rapida trasformazione attraverso la sola azione del clinico. A lungo essi hanno creduto che il culturale non potesse avere qualità mutative, l’etnopsicoanalisi mostra che là vi sono delle potenzialità. Le due discipline – ora è un fatto incontestabile – hanno un posto specifico e complementare nel campo dello studio del bambino, del suo sviluppo in un dato contesto e delle sue difficoltà. Dopo Freud e Lévi-Strauss, ricordo Tobie Nathan che Lebovici, il grande neuropsichiatria infantile, ha invitato all’Ospedale Avicenne, per sviluppare la prospettiva transculturale con gli adulti e poi con i figli di seconda generazione con me.

Ma per me oggi ci sono altri che restano figure importanti: Joyce Mac Dougall, Philippe Jeammet, Paulette Letarte per il rigore psicoanalitico....ma anche i filosofi, i linguisti, gli specialisti di studi culturali nel mondo anglosassone mi hanno molto influenzata, e gli scrittori che lavorano anch’essi sulla questione della lingua...

D: Quali sono i problemi che più spesso incontri nella clinica transculturale?

R: Il primo problema che si pone è quello della costruzione identitaria in situazione transculturale, di meticcio, di espatrio...L’identità non è fissa, è un processo. Si costruisce e si rinnova secondo gli incontri e le interazioni delle diverse culture, tradizioni e valori. La migrazione e l’integrazione non implicano che ci sia una brutale rottura tra la cultura originaria e quella del paese di accoglienza. Al contrario, è nell’attrito tra i mondi, le andate-ritorni fra i mondi, che l’identità si costruisce.

Nella Consultazione Transculturale che dirigo, facciamo spesso appello a dei traduttori, cosa che ci porta le critiche dei difensori dell’“integrazione alla francese”. Ora, noi non cerchiamo assolutamente con ciò di chiudere le famiglie nella loro lingua madre. Ben al contrario, la presenza di un traduttore offre alle famiglie la possibilità di passare da un mondo all’altro, di iscriversi nel processo di andata-ritorno che aumenta la loro libertà psichica. Respingo a priori la separazione tra la cultura originaria e quella del paese di accoglienza o una irriducibile specificità. In effetti, nella situazione migratoria, è l’identità dei migranti come quella di chi accoglie che si modifica e si arricchisce attraverso un contatto rispettoso con l’altrui: bisogna davvero concepire questo processo come un processo a specchio. La scelta di ognuno, migrante e ospitante, di prendere e lasciare certi aspetti della propria cultura o di quella altrui, conduce a una profonda contaminazione e una grande diversità in seno alla società attuale. E’ questa molteplicità di identità che dobbiamo favorire e conservare nella mente quando si interviene con i figli degli immigrati che parlano dei loro dubbi e della loro sofferenza identitaria. Nella clinica transculturale non ci sono sintomi specifici né dei bambini né degli adulti, ma piuttosto una specificità che questa sofferenza assume

in situazioni di meticciato o di migrazione, e una vulnerabilità, un rischio transculturale che può esprimersi in mille e un modo.

-Gli effetti della migrazione si fanno sentire su tutti i membri della famiglia e riguardano direttamente la prima generazione e per trasmissione la seconda e talvolta quelli che seguiranno, come vediamo nelle nostre consultazioni dove ci capita di vedere spesso appartenenti alla terza generazione. Il processo migratorio trascina spesso la rimessa in discussione del ruolo parentale, trasforma la natura delle relazioni tra la famiglia e il mondo esterno, così come quello della famiglia tra genitori e figli. I genitori immigrati sono spesso genitori che non parlano la lingua del paese di accoglienza, non ne conoscono la cultura, non vi hanno legami sociali. In questo contesto i genitori si trovano in situazione di grande solitudine e profonda vulnerabilità. Negli scambi quotidiani con i loro principali interlocutori nella società di accoglienza quali insegnanti, personale sanitario, operatori sociali, i genitori immigrati possono essere portati a patire una certa invalidazione della loro lingua o cultura e il non-riconoscimento del loro sapere. Per le loro difficoltà a esprimersi e allo scambio con i referenti adulti del paese d'accoglienza, i genitori appaiono sminuiti agli occhi dei loro figli. Queste situazioni possono portare i figli, anch'essi in un processo di adattamento, a sviluppare un senso di vergogna di fronte ai loro genitori, volto a rinnegarli. Lo stesso accade per la lingua madre.

Isolati socialmente, rimessi in discussione nel loro ruolo di genitori, questi sviluppano la paura di un mondo che non conoscono e che li intimidisce.

Così, nel processo migratorio, i figli sono portati a giocare un ruolo cruciale nell'adattamento della famiglia al paese di accoglienza. Il giovane, "sapiente" del focolare, quello che va a scuola e padroneggia la lingua della società d'accoglienza, diventa colui che assicura la protezione della famiglia sradicata. I più grandi prendono allora il ruolo di interlocutori presso i referenti della società ospite: personale curante, amministrativo o dell'Educazione Nazionale. Questo ruolo è spesso squalificato dalle stesse persone, queste situazioni sono interpretate come prova di disinteresse o mancanza di investimento dei genitori nell'educazione dei loro figli. Sono dunque a favore di una certa flessibilità di approccio. In effetti, se ci si pone nella posizione di esigere assolutamente di avere per interlocutori i genitori senza considerare la situazione individuale della famiglia, si corre il rischio di mettere a disagio i genitori e di destabilizzare ulteriormente la famiglia. Io penso che, se i genitori non ce la fanno, è senz'altro preferibile che si appoggino al figlio maggiore che parla francese e ha la fiducia dei suoi genitori.

-Un altro problema centrale è quello del rischio di rottura per l'acculturazione dei figli, tra essi e i loro genitori. Talvolta i figli possono essere portati a prender le distanze dai loro genitori come dalla loro cultura originaria. Privilegiando il desiderio appeso sui figli, i genitori cedono sulla trasmissione della loro lingua, della loro cultura e dei loro ricordi. Ora, questa scelta tende a rendere fragili i figli, che hanno tutti prima o poi bisogno di sapere da dove vengono per potersi costruire. I figli dei migranti devono potersi fare il loro spazio nella nuova società di accoglienza. Questo spazio si situa decisamente non nello stesso, cioè di ripetizione o imitazione, ma nel legame, quel legame tra mondi e culture diverse. E' tra l'altro il lavoro sulla memoria delle esperienze vissute e delle origini che permette l'iscrizione nel legame, senza tuttavia condurre a una sacralizzazione del paese d'origine. E ciò richiede ai figli di immigrati di sviluppare molta capacità di legami, di sforzo e creatività, molto di più che agli altri figli. E' quel rischio di rottura transgenerazionale, molto studiato dalla psicoanalisi.

D: So che Lebovici ha avuto per te una grande importanza sia sotto l'aspetto umano che come maestro. E' in qualche modo legato, e in quale misura, alla creazione del Servizio di Clinica Transculturale che tu dirigi a Bobigny?

R: Serge Lebovici ha aperto nel Servizio di Psicopatologia del bambino, che aveva creato all'ospedale Avicenne di Bobigny, la prima consultazione transculturale al mondo, è quella che oggi io dirigo. Per me Lebovici è l'anima di Bobigny, un visionario e un maestro. Egli è per me innanzitutto un uomo dal pensiero profondamente originale e sovversivo. Conosciamo il suo posto istituzionale nel movimento psicoanalitico francese e internazionale. E' stato un grande psicoanalista, il fondatore in Francia della psichiatria del bambino e dell'adolescente, in particolare quella del bébé. Ma è più di tutto questo. Molto presto ha compreso, me lo ha detto a più riprese, che la psicoanalisi per conservare il suo lato sovversivo, originale ed efficace, efficace per

pensare, per curare, doveva aprirsi alle scoperte della psicologia sperimentale (dati sulle competenze dei neonati, alla sistemica (funzionamento dei sistemi familiari), all'etologia (descrizione delle interazioni madre-figlio), alla psicologia cognitiva (per le valutazioni) e all'antropologia (interazioni culturali). Ha fatto questo lavoro, ha imposto questo metodo nella clinica e nella ricerca, ha creato un approccio nuovo: la psicopatologia del lattante nella sua dimensione di cure, prevenzione e di ricerca. La sua sfida era che la psicoanalisi resti al centro di questo approccio poiché è la sola ad avere accesso ai meccanismi inconsci. Era un virtuoso del legame, dell'empatia che lui chiamava metaforizzante dell'azione che chiamerà metaforizzante, dell'azione che induce sull'altro un cambiamento come una metamorfosi. Ha conservato fino all'ultimo questa passione per la ricerca. Nel solco di Winnicott, che ha contribuito a far conoscere in Francia, partiva dal suo controtransfert per inventare dei modi di fare. Teorizzerà la nozione di enactment, cioè la costruzione da parte del terapeuta di azioni che emanano dalla sua stessa soggettività. Considerare Serge Lebovici unicamente come un ortodosso è disconoscere la sua inventiva, rinnovata senza sosta fino ai suoi ultimi momenti. Di fatto incarnava il fatto che ancora oggi la psicoanalisi resta sovversiva. Quindi guardiano del tempio ma eclettico: si avventurò sul terreno cognitivo, fece venire al suo fianco ad Avicenne clinici innovatori che non necessariamente la pensavano come lui, per curare pazienti tossicomani, altri per curare le famiglie migranti e i loro figli, anche se all'inizio egli dubitava dell'approccio etnopsicoanalitico. Per questo gettandosi in appassionate discussioni con Tobie Nathan, poi con me. Nathan, che aprirà la consultazione transculturale nel suo Servizio, sarà a sua volta per me un maestro molto importante, un iniziatore che mi insegnerà molte cose preziose, che mi consentirà di sviluppare il mio personale approccio transculturale che senza dubbio lega Serge Lebovici e lui. Lebovici era per me un maestro e un amico.

D.: Qual è a tuo parere il contributo che Devereux, psicoanalista, offre all'approccio clinico transculturale?

R.: Devereux è il fondatore dell'etnopsicoanalisi. Ne ha costruito le fondamenta teoriche, l'ha formulata in quanto disciplina e ne ha definito il metodo originale e sovversivo ancora oggi: il complementarismo. Ha costruito il campo a partire dall'antropologia e la psicoanalisi. La disciplina dovrebbe quindi chiamarsi etnopsicoanalisi. Dagli inizi si avverte un'oscillazione nella sua denominazione: chiamata da lui talvolta etnopsichiatria, talvolta etnopsicoanalisi. Da parte nostra la pensiamo e la pratichiamo come una psicoterapia a orientamento psicoanalitico.

Devereux riconosce tre tipi di terapia in etnopsicoanalisi: 1. Intraculturale: il terapeuta ed il paziente appartengono alla stessa cultura, ma il terapeuta tiene conto delle dimensioni socio-culturali quanto dei problemi del suo paziente come dello svolgersi della terapia. 2. Interculturale: anche se terapeuta e paziente non appartengono alla stessa cultura, il terapeuta conosce bene la cultura dell'etnia del paziente e la utilizza come leva terapeutica. 3. Metaculturale: il terapeuta e il paziente appartengono a due diverse culture. Il terapeuta non conosce la cultura dell'etnia del paziente, per contro, comprende perfettamente il concetto di "cultura" e lo utilizza nell'impostazione della diagnostica e nella conduzione del trattamento. Per Devereux l'etnopsicoanalisi poggia su due principi. Il primo è quello della universalità psichica: ciò che definisce l'essere umano è il suo funzionamento psichico. E' uguale per tutti. Da questo postulato deriva la necessità di dare lo stesso statuto a tutti gli esseri umani, alle loro produzioni culturali e psichiche, al loro modo di vivere e di pensare anche se talvolta sconcertanti! Enunciare questo principio può apparire un'evidenza: gli impliciti di numerose ricerche scientifiche di ieri e di oggi stanno a ricordarci che questo principio teorico non è sempre rispettato. Si tratta dunque di una universalità di funzionamento, di processi, di universalità strutturale e di fatto. Ma se ogni uomo tende all'universale, vi tende per il particolare della sua cultura di appartenenza. Questo codice è inscritto nella nostra lingua e nelle categorie a nostra disposizione. Essi ci permettono di leggere il mondo in un certo modo, nel nostro corpo e con il nostro modo di percepire e sentire attraverso il processo, nel nostro rapporto con il mondo, attraverso i nostri sistemi di interpretazione e costruzione di senso. La malattia non sfugge a questo codice culturale.

L'etnopsicoanalisi è stata costruita a partire da un principio metodologico, il complementarismo: "Il complementarismo non esclude alcun metodo, nessuna delle teorie valide, esso le coordina". E' vano integrare forzatamente nel campo della psicoanalisi o in quello dell'antropologia

esclusivamente certi fenomeni umani. Quindi i due discorsi obbligatori e non simultanei sono detti complementari. Questo doppio discorso condiziona l'ottenimento dei dati. Ma la domanda che qui si pone è come prendere successivamente due posti diversi in relazione all'oggetto senza ridurre l'uno all'altro e senza confonderli. L'apprendimento del decentramento è dunque necessario ma arduo. Occorre snidare quelle pigre abitudini nelle scienze umane che tendono a ricondurre i dati a sé o a ciò che già si conosce, diffidando dell'alterità dell'oggetto di studio.

Il principio di complementarismo è semplice ed evidente ma la vera difficoltà nella clinica per i terapeuti che devono potersi decentrare è quella di lavorare costantemente sui due livelli senza confonderli, livello culturale e livello individuale, e sulle necessarie interazioni tra i due livelli, talvolta conflittuali. La psicoanalisi sta quindi al cuore della prospettiva transculturale.

D: Quali sono gli elementi costitutivi del dispositivo terapeutico nella clinica transculturale?

R: Il dispositivo dell'etnopsicoanalisi deriva da quello della psicoanalisi. Vediamo come si è costruito il dispositivo transculturale che noi utilizziamo (vedi Bibliografia).

Appoggiandoci saldamente sulle teorie di Devereux, in particolare sulla teorizzazione dell'universalità psichica, poi su alcuni concetti di Nathan come quelli di contenitore psichico e culturale, a partire dalla nostra esperienza clinica rivolta ai figli di seconda generazione, siamo stati portati a riflettere maggiormente sulla nozione di métissage degli uomini, dei pensieri, delle tecniche. Per noi infatti ogni migrante è un meticcio nella misura in cui il suo viaggio lo ha portato in un altro mondo, che avrà su di lui un'azione così come lui d'altra parte avrà un'azione su questo mondo. E' vero per la prima generazione, lo è a fortiori per la seconda, il cui destino è "meticcarsi": diventare donne, uomini, cittadini di qui anche se i loro genitori sono venuti da altrove. Quanto al trauma migratorio, benché non sistematico né ineluttabile, resta nondimeno un tempo significativo dell'esperienza, a partire dal quale si struttura in modo armonioso o non, il vissuto migratorio dei genitori e la trasmissione ai figli. L'insieme di questi dati ci porta ad essere eclettici, nella misura in cui sono necessari apporti multipli, si impongono adattamenti del setting, è necessario creare ponti e legami. Per noi l'etnopsicoanalisi è prima di tutto una pragmatica dei legami e dei meticcianti. Questa prospettiva complementarista parte dalla psicoanalisi e dall'antropologia ma si apre ad altre discipline, in particolare la linguistica, la filosofia ma anche la storia e la letteratura per accedere alla complessità delle identità mobili e plurali, delle contaminazioni e di nuove prospettive cliniche aperte sul mondo. Questo ha spinto il nostro gruppo di lavoro a Bobigny a creare nel 2000 una rivista multidisciplinare che serve da luogo di scambi nel campo transculturale.

Per quanto concerne la teoria, occorre mettere l'accento su un parametro trascurato, l'elaborazione dell'alterità in sé. Intendo qui l'alterità come quella qualità di cui l'altro è fatto, sentimento provato più o meno da ogni migrante e da ogni figlio di migrante nella misura in cui non vi è coerenza immediata, sensibile, logica, adeguamento sistematico tra il trasmesso ed il vissuto, il dentro e il fuori. Che si tratti del paziente nella sua domanda, della costruzione dell'alleanza e dello stabilirsi del transfert o del controtransfert dei terapeuti, del loro vissuto della differenza culturale, l'elaborazione di questa alterità ci appare come un tempo spesso necessario per permettere dei cambiamenti profondi e duraturi. Questa alterità vissuta, interna ed esterna, sarebbe consustanziale alla situazione migratoria, da collegare alla nozione di meticcianto. Ma per elaborarla occorre ancora che il terapeuta la riconosca nel suo paziente e quindi prima di tutto in sé stesso. In secondo luogo, la nostra pratica etnopsicoanalitica poggia sul decentramento e la conoscenza della diversità. Un decentramento di qualità si acquisisce con una formazione rigorosa, con il lavoro quotidiano con le famiglie immigrate, con la supervisione, con il regolare lavoro degli antropologi specialisti delle culture dei nostri pazienti nel setting di consultazione transculturale, nelle ricerche comuni o sul terreno. Partire è anche ciò che consiglio ai discenti etnopsichiatri e a tutti gli psicoterapeuti: partire per imparare a decentrarsi.

Il dispositivo è a geometria variabile e dipende da ogni situazione. Il setting è proposto dal terapeuta ma negoziato con il paziente. E' quindi per definizione flessibile e multiplo, sia che il paziente sia ricevuto da un solo terapeuta, in presenza di un interprete se necessario, sia in coterapia (due terapeuti che abitualmente lavorano insieme), sia in gruppo di psicoterapeuti. Analizziamo qui quest'ultima modalità perché è la più specifica, ma in nessun caso riassume il dispositivo psicoterapeutico proposto. Il gruppo di coterapeuti è un luogo di formazione e di ricerca.

Permette di sperimentare modi di fare che poi possono essere utilizzati nel contesto individuale. Non costituisce che una piccola parte del dispositivo transculturale proposto.

Il terapeuta principale è circondato da un gruppo di coterapeuti - medici e psicologi di formazione psicoanalitica - di origini culturali e linguistiche molteplici, formati alla clinica psicoanalitica e iniziati all'antropologia. Il dispositivo è gruppale perché sappiamo che in alcune società dette tradizionali, l'individuo è pensato nell'interazione con il gruppo di appartenenza: ciò vale per la maggior parte dei nostri pazienti che vengono dall'Africa e dal bacino Mediterraneo, mentre è meno vero per gli asiatici per i quali la questione deve essere posta individualmente. In più, talvolta la malattia può essere considerata come avvenimento che riguarda non solo la persona malata ma anche la famiglia e il gruppo. Di conseguenza essa viene curata in modo gruppale e tutta la famiglia è invitata alla consultazione, con l'accordo del paziente. I curanti che inviano la famiglia partecipano anch'essi a questa consultazione in quanto sono portatori di un "pezzo di storia" della famiglia. Questa presenza attiva della famiglia e dell'équipe curante evita che la presa in carico etnopsichiatrica sia una nuova rottura nel percorso lungo e spesso caotico di queste famiglie. Per esplorare i processi nella loro complessità e ricchezza, la lingua madre è necessariamente presente nella consultazione. Il paziente ha la possibilità di parlare la sua (o sue) lingua/e materna/e e, in questo caso, un interprete traduce parola per parola. Il processo efficiente è di passare da una lingua all'altra. Viene ricercato il legame tra le lingue. Il paziente, la sua famiglia, l'équipe che lo accompagna s'installano in consultazione. Per iniziare lo scambio, sono rispettate le regole culturali. Si inizia così con la presentazione di tutti. Poi viene rievocato il percorso della famiglia: origine, lingue parlate, migrazioni.... Posto il contesto, viene allora affrontato il disordine per il quale c'è il consulto e sono evocate le rappresentazioni culturali collegate. Prima di tutto viene elaborato il senso culturale. Esso servirà da supporto associativo al racconto individuale che integra difese, conflitti psichici, ambivalenze, fantasie, ricordi d'infanzia, racconti di sogni ecc.. E' questo racconto individuale che sarà trattato, come ogni materiale di psicoterapia psicoanalitica (rilanci, accostamenti, interpretazioni....) Il processo che sembra efficiente è la possibilità di passare da una lingua all'altra e non il rinvio, talvolta artificiale, a una lingua madre "fossilizzata". A seconda delle sue voglie, disponibilità e natura del racconto che il paziente costruisce, egli utilizza questa possibilità o meno di ripassare per la lingua madre. Data l'importanza della traduzione, abbiamo iniziato degli studi su le modalità di traduzione nel contesto clinico. Il primo di essi è consistito nel rifare tradurre, fuori dalla situazione terapeutica, il discorso del paziente da un secondo traduttore che rivede la cassetta della consultazione registrata e che ritraduce in condizioni ben diverse dal contesto terapeutico. Lui ha molto più tempo che nella situazione reale, può fermarsi quando vuole, tornare indietro, utilizzare un aiuto ma soprattutto non è incluso nel contesto terapeutico, cosa che modifica totalmente la sua posizione. Fatta questa ri-traduzione, abbiamo comparato le due versioni, cosa che ha evidenziato che esistevano numerose differenze nella traduzione dal vivo e a posteriori, ma che, malgrado queste differenze, il senso globale del discorso era ben distribuito nella triade paziente-traduttore-terapeuta. Questo ultimo dato contraddice, bisogna dirlo forte e chiaro, l'idea troppo spesso diffusa per la quale non si può fare terapia con un traduttore. Certo, è complesso ma possibile e anche comodo lavorare con un traduttore - intanto che lui traduce si pensa, si sogna... Questa traduzione è possibile se terapeuta, traduttore e paziente non rinunciano al parola-per-parola, vale a dire al carattere prezioso ed insostituibile di ogni parola condivisa in questo setting psicoterapeutico. Per questo il traduttore deve essere formato alla traduzione in situazione clinica, lavoro che suppone una formazione e una supervisione. Aldilà di questa constatazione globale di fattibilità di traduzione in contesto clinico, lo studio ha anche messo in evidenza l'importanza di molti processi che hanno adesso modificato il nostro modo di lavorare in un colloquio bilingue. Abbiamo intervistato il traduttore della situazione clinica su quello che lo ha condotto a queste differenze, cosa che ha consentito di comprendere meglio la parte del traduttore nel dispositivo, i suoi meccanismi di scelta e decisione in seduta. Così, "la conoscenza culturale condivisa" permette di esprimersi per sottintesi ed impliciti, cosa fondamentale quando si accostano soggetti difficili, la sessualità, le relazioni intime tra donne e uomini, come tra genitori e figli ma anche, in Francia, tutto ciò che tocca il sacro... Si tratta innanzitutto di prendere coscienza del fatto che lavoriamo su un discorso tradotto e non enunciato (paziente/terapeuta/paziente) e un discorso mediato dal tramite del traduttore. Ciò comporta di ben integrare il traduttore nel dispositivo terapeutico e, quindi, di formarlo alla situazione clinica transculturale.



Lo studio dei brani tradotti ha messo in evidenza l'importanza per i terapeuti delle associazioni collegate alla materialità del linguaggio, enunciate direttamente dallo stesso paziente e ciò anche se non se ne comprende il senso, ci si lascia colpire dalla fisicità del linguaggio, dalla sua prosodia, i suoi ritmi, accelerazioni o silenzi. Questo bagno linguistico provoca in noi immagini e associazioni legate all'effetto diretto delle parole per il modo in cui sono enunciate, per la sonorità delle frasi del paziente...

L'interazione si fa con il senso ma anche con la lingua stessa e l'universo che trasporta. La traduzione non è quindi un semplice tramite ma partecipa al processo interattivo della psicoterapia in contesto transculturale.

Devono essere esplorati in modo particolare tre livelli per co-costruire un setting culturale pertinente.

1. il livello ontologico: quale rappresentazione ha il paziente di sé stesso, della sua identità e origine, della sua funzione?

2. il livello eziologico, il senso: quale senso dare al disordine che abita il paziente? Come tentare di rispondere alle domande sulla malattia? Come pensare le conseguenze del disordine? Esistono molte teorie eziologiche: la stregoneria, il malocchio, la possessione...

3. le logiche terapeutiche, il fare: qual è la logica dell'azione di cure da intraprendere? Come fare a riordinare il mondo dopo il caos della malattia? Per quali logiche deve passare la trasformazione dell'essere per guarire?

A questo processo di co-costruzione di senso legato alla cultura originaria, occorre aggiungere la prospettiva dinamica dell'avvenimento migratorio, le sue potenziali conseguenze traumatiche per l'individuo e, sempre, l'acculturazione secondaria a questa migrazione (perdita del gruppo, dubbi e ambivalenza in rapporto alle cose del paese...). Emigrando l'individuo perde il suo quadro culturale esterno ed entra in un mondo di cui non conosce né la lingua, né le regole, un mondo di "non senso" e di precarietà. La migrazione quindi trascina con sé eventuali conseguenze psichiche che occorre prendere in considerazione.

Perché questo dispositivo psicoterapeutico possa funzionare, resta un fattore collegato agli stessi coterapeuti: il decentramento e l'analisi della complessità del loro controtransfert nella sua dimensione individuale e culturale.

D.: Quali sono gli elementi fondamentali nella scelta di un'équipe di coterapeuti piuttosto che di un solo terapeuta?

R.: In prima intenzione si propone la relazione duale con un unico terapeuta. Soltanto se questo assetto non ha senso per il paziente e la sua famiglia, discutiamo la proposta di un gruppo transculturale con più terapeuti, con l'équipe che ci invia il paziente per una psicoterapia psicoanalitica individuale. Né magica, né "demoniaca", l'etnopsicoanalisi come ogni tecnica psicoterapeutica riconosce delle indicazioni e dei limiti che bisogna precisare, fuori da oscuranti passioni ideologiche. La clinica transculturale non è riservata agli esperti o ai viaggiatori. Appartiene a tutti quelli che si danno l'onere di una formazione rigorosa e multipla...Potrei menzionare alcuni degli impliciti culturali non necessariamente condivisi che talvolta obbligano a dei riaggiustamenti anche in un quadro non specifico: la relazione duale non va da sé per un paziente che viene da una cultura non-occidentale, dove l'individuo è pensato in costante interazione con i gruppi di appartenenza (famiglia, comunità, ecc.). La relazione duale è quindi talvolta vissuta dal paziente come violenta ed intrusiva. In tal caso bisogna con lui ricostruire le condizioni della sua intimità, di dispiegamento della sua soggettività. Importa allora introdurre la nozione di gruppo, chiedendo al paziente di venire con chi egli sceglierà e di organizzare dei colloqui con un'altra persona che segue il paziente (cosa che, per esempio, è facile nelle istituzioni).

Al tempo stesso, la tecnica del colloquio deve essere pensata: le domande, tutte le domande ma soprattutto quelle dirette, sull'intimità, l'interno della casa, la vita di coppia, sul privato ma anche le domande su aspetti culturali pensati come naturali per i pazienti, come la poligamia, i riti...tutte quelle formulazioni interrogative che presuppongono dei nostri impliciti, non le porremo affatto. Tutte queste domande sono spesso vissute come violente, intrusive, strambe ma anche a volte ineducate, perché non rispettano le regole culturali dello scambio: ordine delle generazioni, differenze dei sessi, posto rispettivo dei bambini e degli adulti. Le domande sono spesso di troppo e piuttosto che porle, è più utile proporre le nostre rappresentazioni per permettere al discorso di svolgersi al ritmo del paziente. Sempre per favorire il discorso, importa rispettare l'ordine culturale

della famiglia: talvolta può essere difficile avere accesso alla donna, alla madre, senza aver chiesto il permesso al marito. Volendo rimanere leale verso il marito, essa non potrà esprimersi liberamente; conviene allora negoziare l'autorizzazione a che lei possa venire ai colloqui, a scuola, al dispensario, ed esprimersi a modo suo. Questi esempi non devono essere eretti a regola, a ricetta, a nuovo carico per le donne, gli uomini, le famiglie immigrate e i loro figli. Questi elementi di base devono essere conosciuti ed entrare nel negoziato del setting di ogni lavoro. Vi sono certamente altri punti come l'introduzione della lingua madre del paziente, l'analisi del nostro controtransfert culturale. Tutto ciò è possibile in ogni contesto di cura, o può diventarlo, essendo noi convinti della loro efficacia. Qui come altrove, pensare precede l'agire.

Altri parametri tratti dal setting transculturale possono essere integrati in luoghi non specifici, in funzione della personalità del clinico, della sua spigliatezza con quell'elemento o un altro, del luogo di lavoro... come la modificazione della temporalità (consultazioni più lunghe), la costituzione di un piccolo gruppo di coterapeuti, l'importanza nelle terapie di cominciare bene per costruire un senso culturale che integri le ipotesi dei pazienti. La psicoterapia transculturale in gruppo di coterapeuti deve essere riservata in seconda intenzione. I nostri pazienti immigrati vengono dall'Africa nera, dal Magreb, dall'Asia del sud est, dalle Antille, dalla Turchia o da altrove. Ma tutti gli immigrati non hanno bisogno di una specifica presa in carico. Dopo una prima valutazione, vengono impostate le indicazioni terapeutiche con il paziente e con l'équipe inviante.

Schematicamente, separiamo due tipi di specifiche indicazioni. In prima intenzione si può proporre una data psicoterapia transculturale: ai pazienti la cui sintomatologia appare come conseguenza diretta della migrazione a corto, medio o lungo termine, ai pazienti che presentano una sintomatologia culturalmente codificata (presentata da una teoria eziologia culturale come la stregoneria, la possessione, e altro) o quando il sintomo stesso è direttamente codificato nella sua stessa forma: trance, comunicazioni con altri esseri culturali (numi, spiriti). ai pazienti che chiedono esplicitamente questo decentramento culturale: nominano la paura di ripassare dalla loro lingua, di esplorare "le cose dei due paesi".

In seconda intenzione si propone questo tipo di dispositivo psicoterapeutico:

ai pazienti che errano da un sistema occidentale di cura (psichiatri, psicoterapeuti, ecc.) a un sistema tradizionale (guaritori del paese e di qui) senza poter fare legami tra i due luoghi e senza alcun innesco di un vero lavoro di elaborazione e trasformazione della situazione.

Infine lo si proporrà anche a pazienti immigrati che, in seguito a percorsi di cura spesso caotici, sono di fatto esclusi da luoghi di cura psicoterapeutica.

Queste indicazioni riguardano sia la prima che la seconda generazione, dato che, come abbiamo detto, esiste la dimensione culturale.

Inoltre, come tutte le tecniche psicoterapeutiche, anch'essa ha dei limiti generali e specifici: impreparazione del paziente e della sua famiglia all'elaborazione dell'alterità culturale, negata o rimossa, pazienti in rottura con il loro gruppo di appartenenza, o ancora pazienti per i quali è strettamente necessaria una elaborazione individuale della sofferenza psichica.

D.: C'è una differenza tra il controtransfert che l'analista elabora nella relazione con il paziente nella stanza d'analisi, il suo transfert sul paziente ed il "decentramento", da te teorizzato e necessario all'interazione con le persone di diverse culture?

R.: Il clinico deve cercare di comprendere sé stesso come persona iscritta in una storia individuale, una professione, una teoria, una società, una cultura. Nel controtransfert si può allora distinguere (anche se molto mescolato) ciò che appartiene all'identità singola del clinico, ma anche alla sua identità professionale, sociale, culturale. Bisogna quindi tener conto delle reazioni del terapeuta in quanto persona abitata da una data cultura, che incontra una persona di un'altra cultura e che entra in relazione con lei. Queste reazioni improntano alla storia, alla sociologia, alla politica, all'etica, ai miti, alla storia familiare del terapeuta, alla sua storia personale ma talvolta anche a stereotipi e ideologie implicite. Bisogna quindi snidarle e, perciò, accettarle prima di riconoscerle ed elaborarle come parte integrante del dispositivo.

Questo controtransfert, così com'è descritto dagli psicoanalisti che lavorano in assetto transculturale, integra quindi la dimensione classica che Freud ha sviluppato e che chiamiamo controtransfert affettivo, con la dimensione collettiva del controtransfert di cui ci appropriamo e che noi chiamiamo controtransfert culturale. Si tratta dunque di una complessificazione del

controtransfert,essendo l'uno, descritto da Freud, incluso nell'altro allargato, descritto da Devereux e approfondito da Nathan e da noi.

Ottobre 05, 2013

Dal sito SPIWEB della Società Psicoanalitica Italiana