

Il dispositivo gruppale di psicoterapia transculturale con le famiglie migranti nell'esperienza della Cooperativa Crinali

di Ida Finzi*

*[Ricevuto il 26/04/2020
Accettato il 10/05/2020]*

Riassunto

A partire dai principi dell'approccio dell'etnopsicoanalisi, viene descritta in questo lavoro un'esperienza ormai pluriennale di terapia transculturale di gruppo per famiglie migranti. Si tratta di un servizio pubblico al quale le famiglie vengono inviate da parte dei servizi territoriali. Il gruppo è composto da una terapeuta principale, un'interprete, alcuni coterapeuti e mediatrici linguistico-culturali. Il gruppo è multiculturale e la terapia si svolge in madrelingua e in italiano. Si descrivono i principi ispiratori, il setting, le tecniche utilizzate, e le finalità terapeutiche orientate principalmente all'accoglienza e alla valorizzazione dell'alterità culturale e all'elaborazione dei meccanismi di scissione presenti a seguito del trauma migratorio.

Parole chiave: Migrazione, Mediazione linguistico culturale, Rappresentazioni culturali, Gruppo terapeutico transculturale.

Abstract. *A group setting of psychotherapy with a transcultural approach for immigrant families, in the experience of Cooperativa Crinali*

Starting from ethnopschoanalysis approach, we describe in this paper an experience of transcultural group psychotherapy we are developing since many years with immigrant families. It is a public service to whom families are addressed by

* Psicologa, psicoterapeuta, Cooperativa Crinali Onlus (via Angera, 3 – 20125 Milano)
idafinzi@gmail.com

Gruppi/Groups (ISSN 1826-2589, ISSN 1972-4837), 1/2020
Doi: 10.3280/gruoa1-2020oa10487

CONTRIBUTI ORIGINALI

local health operators like child psychiatry or family planning services. The group is led by one psychotherapist and others are taking the role of co-therapists; two cultural linguistic mediators and an interpreter are part of the group and the session can take place either in mother tongue or in Italian. The author briefly explains theoretical principles, setting, methods and therapeutic aims, which are basically oriented to sustain and appreciate cultural diversity, and master splitting mechanism, which develop after migration trauma.

Keywords: Migration, Cultural linguistic mediation, Cultural representations, Trans-cultural therapeutic group.

Introduzione

I primi servizi che hanno cominciato a porsi il problema di come accogliere in modo adeguato ed efficace le persone provenienti da Paesi diversi, sono stati i consultori familiari. Erano infatti le donne quelle che accedevano più numerose, fin dagli anni '90, alle prestazioni dell'area materno infantile, con richieste sanitarie, psicologiche e sociali connotate di valenze culturali evidenti. Le modalità operative che erano state elaborate con molta attenzione negli anni precedenti, quando lo sviluppo della qualità di questi servizi era stato oggetto di riflessioni e approfondimenti condivisi¹, apparivano poco efficaci nei confronti di un'utenza nuova e difficile da capire. Gli operatori erano insicuri rispetto ai propri strumenti abituali e si accorgevano che le modalità di accoglienza e di cura non incontravano i bisogni di queste persone; occorreva ripensare modi e risorse per far fronte ai problemi portati, e mezzi nuovi per decodificare domande che si esprimevano in modo diverso. Non si trattava infatti solamente di una difficoltà di comprensione linguistica, ma anche di espressioni differenti del disagio e delle richieste di assistenza e di cura. Ad esempio, la tristezza connessa con la migrazione e l'isolamento potevano esprimersi lamentando dolori nel corpo; la preoccupazione relativa alla tutela del feto attraverso il rifiuto di eseguire esami medici; la resistenza alla contraccezione che avevamo studiato per le donne italiane aveva altre modalità di manifestarsi per donne di Paesi diversi; la nostra routine nel chiedere visite e controlli non era rispettata, così come orari e scadenze di appuntamenti. Negli anni successivi simili difficoltà si sono percepite in altri servizi: quelli di neuropsichiatria infantile, sia dal punto di vista degli strumenti diagnostici utilizzati

¹ Negli anni '80 e inizio '90 esisteva un Coordinamento Tecnico dei Consultori Familiari che elaborava con gli operatori riflessioni e modelli di intervento nei diversi settori di competenza.

abituamente, che non erano idonei a valutare bambini provenienti da altri Paesi o con scarsa conoscenza della lingua, sia dal punto di vista dell'interpretazione delle eziologie per alcune difficoltà di apprendimento e di inserimento in età scolare. I servizi che si occupano di adolescenti hanno dovuto mettere a fuoco le difficoltà specifiche di alcuni disturbi relazionali, legati alla doppia appartenenza culturale o a complessi processi di ricongiungimento familiare; quelli che si occupano di conflitti in coppie migranti o in coppie miste hanno dovuto tenere in considerazione l'impatto della migrazione e delle differenze culturali sulle dinamiche relazionali; i servizi sociali e i giudici del Tribunale per i Minorenni hanno dovuto affrontare la difficoltà di dover prendere provvedimenti in situazioni nelle quali le rappresentazioni culturali diverse implicano incomprensioni e problemi relazionali gravi. Anche i provvedimenti di tutela, di cura, di presa in carico si sono spesso rivelati inadeguati o difficili da attuare.

C'è quindi stato un processo di consapevolezza progressivo rispetto alla necessità di mettere in discussione strumenti e procedure tecniche e cliniche, ma nello stesso tempo ci sono state continue trasformazioni nelle popolazioni incontrate e nella tipologia di bisogni, dovute ai cambiamenti nei flussi migratori avvenuti nel corso degli anni, alle diverse provenienze e tipologie di migranti (uomini soli, donne sole, famiglie ricongiunte, minori non accompagnati, migranti economici, rifugiati ecc.) e ai cambiamenti nel contesto di accoglienza, che si sta facendo sempre più complesso e difficile.

Non c'è dubbio infatti che nel corso degli anni, parallelamente ai cambiamenti nella tipologia e nelle modalità del processo migratorio, ci siano stati continui cambiamenti nelle problematiche afferenti ai servizi: da una prevalenza di difficoltà relative a separazioni, ricongiungimenti e inserimenti scolastici nelle diverse età, alle tematiche relative alla costruzione dell'identità all'interno di due culture, alla conflittualità intrafamiliare per la trasformazione dei ruoli di genere e del potere nelle coppie a seguito del contatto con nuovi modelli culturali e nuove condizioni economiche, a diverse interpretazioni e gestioni dei ruoli genitoriali e dei rapporti educativi, all'elaborazione di eventi sempre più gravi di tipo traumatico avvenuti al Paese o durante il viaggio, o, infine agli eventi destabilizzanti legati ai progetti di accoglienza e alle procedure italiane incerte e mutevoli.

Ci troviamo quindi in un ambito in continuo movimento, in un percorso aperto, che necessita di una continua messa in discussione per costruire modalità adeguate e flessibili per prendersi cura di persone che hanno storie e percorsi molto differenti e quasi sempre a vario livello traumatici.

Le rappresentazioni culturali

La prima consapevolezza dalla quale partire è che tutti i dispositivi che utilizziamo sono culturalmente determinati. Ciascun essere umano nasce, cresce e costruisce la propria identità all'interno di riferimenti culturali condivisi, che danno significato ai comportamenti e attribuzione di senso agli eventi, e che contribuiscono a definire se stessi e le relazioni con gli altri.

In particolare, le rappresentazioni culturali sono determinanti nella definizione dei ruoli, di genere, genitoriali, familiari, relazionali; nell'attribuzione di senso a eventi relativi a salute e malattia; nella predisposizione di protezioni nei momenti delicati della vita; nei processi di cura.

L'indicazione che l'approccio della clinica transculturale ha fatto proprio nelle sue diverse declinazioni, è quello definito da Georges Devereux (1984) col termine di complementarismo. Si tratta della necessità di utilizzare sia gli strumenti forniti dalla nostra competenza professionale, medica, psicologica, educativa o sociale, sia i riferimenti di tipo antropologico, in modo appunto complementare, tenendo conto di entrambi senza sovrapporli e confonderli. Non rinunciando quindi alle nostre conoscenze e alle nostre rappresentazioni, dobbiamo tener presente che i nostri interlocutori hanno altre rappresentazioni, conoscenze e strumenti di cura, coerenti e condivisi con il loro mondo di origine, che noi non solo non conosciamo, ma che possono attivare in noi dei movimenti controattitudinali di tipo difensivo proprio di tipo culturale. È quindi necessario cercare di conoscere gli aspetti antropologici e le rappresentazioni culturali che si presentano, senza giudicarli secondo parametri della cultura occidentale, ma riconducendoli ai significati condivisi ai quali appartengono. Contemporaneamente dobbiamo anche essere consapevoli del nostro controtransfert culturale. Come sappiamo infatti l'alterità genera di per sé un disagio profondo, e la messa in crisi dei nostri strumenti professionali non fa che aumentare un malessere che può esprimersi attraverso espressioni diverse di rifiuto, evitamento, impotenza, o viceversa di eccessiva "fascinazione" per le differenze e insicurezza dei propri parametri di riferimento. La posizione complementarista ci aiuta a poter passare da un ascolto interessato e non giudicante dei riferimenti culturali di ciascuno, all'utilizzo dei riferimenti universali dell'organizzazione psichica che riguardano tutti gli umani. L'utilizzo non simultaneo dei due registri permette di non confondere gli ambiti e di evitare di attribuire significati patologici a rappresentazioni culturalmente significative. Si tratta inoltre di una posizione mentale che obbliga a operare un processo di decentramento dalle proprie posizioni e dai propri riferimenti per mettersi in un ascolto attento e interessato di altre modalità di vedere il mondo, di darsi spiegazioni e di intervenire. Una posizione di decentramento culturale che apre la porta a una comunicazione

più efficace e alla possibilità di costruire nuovi livelli di comprensione reciproca e di cercare soluzioni accettabili e compatibili con le esigenze di tutti.

La mediazione linguistico culturale

Un altro aspetto fondamentale nell'approccio all'alterità è la mediazione linguistico culturale. Si tratta di una funzione molto importante e delicata, che non consiste nella semplice traduzione linguistica, ma in un aiuto fondamentale sia nella costruzione di un clima di alleanza, sia in un accompagnamento reciproco nella decodifica delle comunicazioni, dei significati e delle intenzioni comunicative oltre che nella comprensione delle rappresentazioni culturali presenti. Un buon lavoro con la mediazione linguistico culturale esige una preparazione accurata sia da parte dei mediatori che degli operatori che li inseriscono nei propri servizi o dispositivi di cura. È ovvio che i mediatori debbano conoscere in modo approfondito il contesto nel quale vengono inseriti, la struttura organizzativa, le finalità, le tecniche e i contenuti che si affronteranno. Ma anche gli operatori devono maturare un processo di trasformazione del proprio contesto di lavoro, rendendosi disponibili ad accogliere e accettare una persona come testimone e tramite dei loro interventi. Cosa intorno alla quale, soprattutto in ambito psicologico, troviamo posizioni diverse: in alcuni casi si è potuto approfondire e raffinare il lavoro definendone metodo e qualità, mentre in altri casi si verifica una forte resistenza al cambiamento. In particolare, prevale il pensiero che la mediazione non sia utile perché rende le cose più complicate, e che non vada bene perché introduce una terza persona nella relazione fra paziente e curante. Tutto questo è del tutto legittimo perché, in effetti, lavorare con una terza persona che ha una funzione di intermediazione costituisce un profondo cambiamento dei nostri setting terapeutici abituali, delle modalità di decodificare la comunicazione, dei tempi dedicati, delle interazioni che si attivano; tuttavia, vi sono situazioni nelle quali non sarebbe possibile lavorare se non modificando i dispositivi attraverso un facilitatore della comunicazione. Naturalmente occorre riflettere e regolare le modalità specifiche, gli accorgimenti, le regole da introdurre; tutelare la riservatezza, definire la deontologia, le modalità, i tempi, le posture, la garanzia che tutto venga tradotto, che il terapeuta mantenga la conduzione e la gestione della seduta. Insomma, è indispensabile un lavoro accurato di definizione del contesto e un'attenzione agli aspetti controtransferali sia del terapeuta che del mediatore, che del paziente, all'interno di un dispositivo appositamente costruito.

Affinché le rappresentazioni culturali diverse possano essere espresse, ascoltate ed elaborate, è necessario predisporre un contenitore idoneo, un

dispositivo che per sua stessa natura si presenti in maniera multiculturale, multilingue, aperto all'alterità, capace di rappresentare mondi diversi. Certamente si devono affrontare cambiamenti sia nel proprio assetto mentale che nella struttura del setting, ma l'effetto che questi cambiamenti producono, ha un impatto importante sul processo terapeutico. È anche necessario contestualmente introdurre alcuni accorgimenti che accompagnino la presenza della mediazione, sia dal punto di vista della condivisione e preparazione degli obiettivi delle sedute, che dell'elaborazione successiva di quanto accaduto. E questo non solo per una maggior comprensione reciproca ma anche per permettere ai mediatori, che non sono terapeuti, l'elaborazione di alcune forti emozioni delle quali si trovano a essere tramite nella comunicazione. E se tutte queste trasformazioni implicano un maggior tempo da dedicare ai pazienti, ne consegue però una maggior *compliance*, minori *drop out* e maggiore soddisfazione nei trattamenti (Rosenbaum, 2013).

Il dispositivo di clinica transculturale

A partire da queste premesse e dallo studio della casistica di famiglie straniere che afferisce ai servizi, dal 2003 stiamo utilizzando dispositivi di psicoterapia transculturale per le famiglie migranti di tipo gruppale (Cattaneo e Dal Verme, 2009), ispirati alla clinica transculturale di Marie-Rose Moro a Parigi², ma modificati nella collocazione istituzionale e nella composizione, in funzione della realtà italiana. Si tratta di presidi di secondo livello, che non hanno cioè un accesso diretto ma lavorano su invio dei servizi che hanno in carico le famiglie; sono gratuiti per l'utenza e gestiti con finanziamento pubblico³.

Il gruppo terapeutico è composto generalmente da sette/otto curanti: una terapeuta principale che conduce la seduta, due o tre coterapeute, un'interprete, due mediatrici in funzione di "testimoni dell'alterità", tirocinanti psicologhe di cui una con funzioni di *recorder* della seduta.

L'accoglienza in gruppo costituisce una modalità culturalmente consona a persone cresciute in società tradizionali, nelle quali gli individui sono pensati in una costante interazione con il loro gruppo di appartenenza e nelle

² Marie-Rose Moro, allieva di Serge Lebovici, gli è succeduta nella direzione del servizio all'Ospedale Avicenne di Bobigny; è attualmente primaria del Servizio di psichiatria dell'adolescente all'Ospedale Cochin a Parigi.

³ Attualmente sono attive due sedi, una presso un consultorio familiare e una presso il centro di salute e ascolto per le donne migranti e le loro famiglie all'Ospedale San Paolo. Una terza sede nell'hinterland milanese ha dovuto essere chiusa per mancanza di fondi. Negli anni sono state seguite circa 350 famiglie.

quali la famiglia allargata, il vicinato o il villaggio hanno funzioni di cura, di mediazione e di consiglio negli eventi importanti della vita. Inoltre, il gruppo così composto è per sua natura multiculturale ed evoca in maniera immediata la compresenza di mondi, lingue e immagini diverse.

La decisione dell'invio viene discussa in una équipe congiunta fra gli operatori che hanno in carico la famiglia e l'équipe della clinica transculturale e gli invianti sono sempre invitati a partecipare alle sedute, ma la loro presenza è indispensabile nel primo incontro. Il lavoro transculturale non sostituisce le prese in carico degli altri operatori, né le terapie dei singoli membri della famiglia eventualmente in corso. La presenza del terapeuta individuale nella seduta di clinica transculturale permette poi in altre sedi una ulteriore elaborazione di temi eventualmente emersi, e offre la possibilità, comunque, di conoscere elementi non altrimenti evidenziabili. La copresenza delle équipe mostra inoltre alla famiglia una coerenza nella presa in carico e una strategia di costruzione di connessioni, particolarmente importante quando la migrazione e gli eventi traumatici tendono a provocare rotture e scissioni nella vita e nella mente delle persone.

Naturalmente il gruppo deve seguire alcune regole: il terapeuta principale è quello che gestisce la seduta, è il solo che si rivolge direttamente ai membri della famiglia, dà la parola agli altri per i loro interventi e autorizza la traduzione o l'eventuale riformulazione degli interventi stessi. Questa modalità di lavoro protegge la famiglia da elementi controtransferali del gruppo o di singoli, ma nello stesso tempo arricchisce la seduta di immagini, rappresentazioni e punti di vista diversi. Gli interventi non sono interpretazioni, ma metafore, modi di dire, immagini che costruiscono gradualmente un contenitore insaturo nel quale sono possibili nuovi modi di vedere le cose.

Il gruppo si posiziona in un cerchio, con la famiglia, l'interprete fra la famiglia e il terapeuta principale, gli altri coterapeuti. Se sono presenti dei bambini viene predisposto per loro uno spazio al centro del cerchio con giochi e materiale per disegnare, dove possono essere attivi e nello stesso tempo ascoltare i discorsi e i racconti che via via si sviluppano. Recentemente, su modello del dispositivo francese, si è designata una coterapeuta per affiancare i bambini, con l'obiettivo di aiutarli a sviluppare i loro interventi di gioco o di disegno e di farli arrivare al gruppo, una sorta di accompagnamento nella lettura dei reciproci messaggi.

L'impatto del dispositivo sui bambini è di grande importanza. Si tratta sempre di un'esperienza mai vissuta prima, nella quale sperimentano situazioni nuove e a volte illuminanti. Ne indicherò alcune a titolo di esempio. Il gruppo è bilingue: nel gruppo cioè si può passare da una lingua all'altra, dalla lingua di casa a quella di fuori, e non ci sono gerarchie linguistiche; genitori che sanno poco l'italiano possono esprimersi nella loro madre lingua ed

essere ascoltati e capiti; non ci si deve sentire umiliati, non ci si deve vergognare, c'è un adulto che svolge la funzione di interprete e si possono cercare le giuste espressioni per capirsi davvero. La mediatrice/traduttrice che passa da una lingua all'altra è per molti bambini che hanno problemi di inibizione o difficoltà ad esporre la propria diversa appartenenza, un esempio vivente della possibilità di transitare da un mondo all'altro con tranquillità. Spesso la guardano con occhi interessati e stupiti, le pongono domande sulle sue origini o chiedono chiarimenti ai genitori su di sé. Un esempio è una bambina nata in Libia da genitori etiopi, venuta in Italia con il padre, accolta in comunità dove è ormai da alcuni anni; padre e figlia non hanno più una lingua comune perché lei parla solo italiano e lui non l'ha imparato abbastanza per poter avere una vera comunicazione. Ad un certo punto della ricostruzione della loro storia, che la bambina ascolta con grande attenzione, chiede: "Ma io in che lingua sono nata?" e ovviamente questa domanda apre una possibilità di narrazione più vicina alle sue emozioni e alla sua possibilità di comprensione di una storia molto dolorosa.

Un altro esempio è quello dei bambini con mutismo elettivo, che spesso per vari motivi non riescono a conciliare i diversi mondi e le lingue diverse; a volte perché si vergognano della propria differenza o di quella dei genitori, oppure perché inibire la comunicazione verbale li protegge dall'esporsi in contesti estranei vissuti come ostili o pericolosi. Anche per loro la contemporaneità delle due lingue e la naturalezza con la quale si può passare da una all'altra in seduta, costituiscono un modello che non riscontrano nella loro esperienza quotidiana e che può contribuire ad abbassare il livello di ansia o di vergogna.

Gli adolescenti sono a volte molto controllanti rispetto alla qualità della traduzione, ma quando vivono problemi di identificazione fra i diversi mondi possono percepire nella mediazione una delle soluzioni possibili, cioè la capacità di transitare fra i mondi costruendo legami anziché fratture o opposizioni.

Inoltre, il gruppo terapeutico costituisce un contenitore per il racconto della storia della famiglia, sia quella che vive qui sia quella che è rimasta altrove, e quasi sempre la ricostruzione permette di illuminare parti sconosciute, di dare senso agli eventi e ai comportamenti, di venire a sapere cose mai raccontate prima, di conoscere aspetti della personalità dei genitori che non avevano potuto esprimersi nella migrazione. Il racconto del Paese d'origine e della collocazione nella famiglia restituisce dignità alle persone che hanno effettuato la migrazione; emerge la loro competenza nei ruoli che hanno dovuto lasciare, il coraggio delle decisioni prese, le difficoltà dei percorsi compiuti. Molti di questi passaggi non sono mai stati raccontati e poterli conoscere permette anche di attribuire significati più pertinenti a emozioni e

comportamenti altrimenti poco comprensibili. In particolare, eventi tristi e dolorosi hanno necessità di essere accolti da un contenitore capace di reggere le emozioni e condividerle in modo da renderle elaborabili. Quando la storia contiene elementi eccessivamente traumatici per essere affrontati in presenza di tutti, si provvede a mettere a disposizione altre risorse terapeutiche individuali o per una parte della famiglia, ad esempio la coppia dei genitori o uno di loro.

La partecipazione dei bambini è sempre molto significativa e in questo contesto il dialogo fra le generazioni, presenti o rappresentate nel racconto, può svilupparsi e superare le cesure, le distanze e le difese di tipo scissionale che spesso sono in atto in queste famiglie, come esito di eventi traumatici.

Uno strumento di grande aiuto da questo punto di vista è il genogramma, o genosociogramma⁴, che viene utilizzato proprio con lo scopo di ricostruire la storia e i legami, i conflitti e le perdite, di rappresentare gli spostamenti, i luoghi, i tempi e gli esiti della migrazione sulle relazioni di tutta la famiglia con le sue diverse generazioni.

Si riflette troppo poco su quanto incida la compresenza di più generazioni nella costruzione della propria appartenenza, della propria identità e della continuità delle proprie affiliazioni. Per molte famiglie migranti l'assenza della generazione dei nonni e della famiglia allargata rende fluida e senza radici una trasmissione che non si basa più su esperienze vissute insieme ma su racconti e ricordi, il cui contenuto affettivo non corrisponde a esperienze condivise. Il rischio è che le diverse generazioni faticino a riconoscersi e che le inevitabili differenze diventino causa di conflitti profondi, perché oltre agli aspetti comportamentali si è di fronte a sentimenti di abbandono e di perdita. Poter evocare la famiglia, i suoi diversi membri, i loro ruoli, le caratteristiche e le posizioni reciproche in un ascolto empatico e rispettoso all'interno del gruppo terapeutico, ha una funzione molto importante per tutti. Per i genitori che possono raccontare le cose di là in un contesto che valorizza i significati culturali oltre che quelli affettivi, per i figli che possono dare significato ad aspetti per loro poco conosciuti o comunque poco valorizzati nel mondo nel quale vivono abitualmente. Il gruppo diventa quindi un luogo nel quale i meccanismi di scissione che la vita impone nella quotidianità, vengono superati attraverso un racconto che collega i mondi e attribuisce significato alle emozioni e ai comportamenti di ciascuno. La costruzione del genogramma è anche l'occasione per fare confronti fra tradizioni diverse, fra modelli culturali e familiari dei vari Paesi. Il genogramma è uno degli strumenti che favoriscono questo processo, collocando la famiglia e la sua

⁴ Il termine genosociogramma è utilizzato da Anne Ancelin Schützenberger in *La sindrome degli antenati*, 1998.

storia nei due mondi di appartenenza. Nel processo di costruzione, che può durare per varie sedute, vengono definiti i tempi e i luoghi, i significati dei nomi e chi li ha decisi, i matrimoni, gli spostamenti, i tempi dei viaggi, delle separazioni e dei ricongiungimenti. La mappa così costruita rimane come un'immagine che aiuta a concretizzare le relazioni, le distanze e i legami.

I coterapeuti

Mentre la terapeuta principale ha il compito di regia della seduta, può porre domande, fare interpretazioni, dare la parola, coordinare l'andamento e orientare gli interventi, i coterapeuti hanno una funzione particolare in questo dispositivo. La loro presenza eterogenea rappresenta in modo immediato la possibile compresenza delle differenze e quindi in maniera quasi implicita, la possibilità che la diversità sia accolta nel gruppo senza stigmatizzazioni. Il fatto che le mediatrici coterapeute provengano da altri paesi, attiva immediatamente processi di identificazione e l'emergere di materiale connesso all'altrove e al percorso migratorio. Ciascun partecipante al gruppo viene presentato infatti con il nome, il ruolo, la provenienza, la lingua, già nel momento dell'accoglienza; le funzioni del gruppo vengono illustrate nei termini della competenza a occuparsi di chi proviene da altri Paesi e culture. L'alterità è la competenza specifica del gruppo. Gli operatori che accompagnano la famiglia la presentano al gruppo e chiariscono da subito il motivo dell'invio; poiché le indicazioni per ricorrere al dispositivo di clinica transculturale sono in particolare legate alla presenza di rappresentazioni culturali importanti e/o di elementi di malessere determinati dal trauma migratorio nelle sue diverse declinazioni, si è immediatamente in una situazione di chiarezza del contesto e di facilitazione alla costruzione dell'alleanza. Questa prima parte del lavoro richiede cura e attenzione. L'offerta di usare la madrelingua costituisce una possibilità che a volte non è immediatamente accolta; ci sono ovviamente dei passaggi che devono avvenire per attivare fiducia e sperimentare la possibilità di aprire parti sofferenti e difese, però la cosa importante è presentare il dispositivo come un luogo che conosce le differenze culturali, le accoglie senza costruire gerarchie, è disponibile a un ascolto rispettoso che sappia valorizzare le diverse posizioni e lavora per la ricerca di soluzioni non precostituite a situazioni di malessere complesso.

Gli interventi dei coterapeuti, che devono chiedere la parola al terapeuta principale, hanno l'obiettivo di aprire il racconto ad altre possibili rappresentazioni, a partire da una posizione di sostegno di base alla famiglia e alle sue difficoltà. Questa apertura, che avviene attraverso immagini, proverbi, racconti di altri luoghi o rappresentazioni di modi di fare di altri Paesi, permette

di mettere in movimento le rappresentazioni della famiglia e di attivare altre risorse o di individuare strade diverse da percorrere. Uno dei processi, come abbiamo visto con l'esempio del genogramma, è la riconnessione con parti scisse o dolorose del legame con la famiglia e il Paese. Alcune volte succede che processi di cura tradizionale che qui non possono essere realizzati, vengano richiesti dalla famiglia al Paese e che in questo modo venga riattivato un canale di sostegno familiare che la distanza e a volte l'orgoglio avevano interrotto. Un altro elemento importante è quello di fornire un contesto nel quale i punti di vista dei genitori, culturalmente determinati, possano essere espressi e sostenuti senza il timore di un giudizio di valore. Pensiamo ad esempio a modelli educativi che non sono capiti e condivisi e che non possono essere riconosciuti dalle nostre istituzioni, come ad esempio la partecipazione dei genitori alla scuola, richiesta dalla nostra cultura, e che non ha riscontro in molti Paesi nei quali sono i maestri i responsabili della scuola stessa e ai genitori non è richiesta alcuna partecipazione. Piuttosto che temi riguardanti i ruoli di genere nella famiglia, o le età alle quali sono richiesti determinati comportamenti ai figli. Il gruppo permette l'espressione dei diversi modelli, il riconoscimento delle differenze ma anche l'apertura a rappresentazioni altre che possano diminuire irrigidimenti difensivi e aprire a una ricerca di soluzioni meno conflittuali.

In molte culture la spiegazione di difficoltà e malattia è attribuita a eventi esterni o comunque alla relazione fra i soggetti e il mondo esterno, visibile e invisibile; mentre la cultura occidentale tende a cercare le cause del malessere all'interno dei soggetti o delle famiglie. Anche queste diverse posizioni possono essere rappresentate nel gruppo e l'esplicitazione di eziologie tradizionali e la loro mobilitazione, permette oltre alla ricerca di cure al Paese, una maggiore flessibilità rispetto alla possibilità di accettare altre letture e possibilità di cura disponibili qui.

Gli interventi delle coterapeute sono quindi orientati a creare delle differenziazioni nelle rappresentazioni, in modo da mobilitare e aprire la possibilità di negoziare diverse soluzioni o comunque diversi modi di pensare e pensarsi nel contesto attuale.

Le sedute, che durano circa un'ora e mezza o due, hanno una cadenza normalmente mensile. Tutta la famiglia è invitata a essere presente, ma si accoglie comunque chi viene. Succede che qualcuno a volte lasci, poi torni; il gruppo può mandare messaggi a chi non viene, o scrivere, o aspettare. Spesso qualche membro della famiglia è più costante, altri meno. Si accoglie chi c'è e si elaborano ipotesi, associazioni, vissuti, sogni.

Negli anni abbiamo raccolto questionari di gradimento e cercato di seguire famiglie con dei *follow up*. Mentre il gradimento è sempre molto alto, in particolare per l'accoglienza, la comprensione e il setting, il follow up è

difficile da realizzare perché non sempre si riesce a ritrovare persone che spesso cambiano residenza o telefono. Con alcune famiglie diamo un appuntamento a distanza di qualche mese dalla conclusione per monitorare l'andamento della situazione, o facciamo aggiornamenti tramite i servizi invianti.

Siamo consapevoli che un dispositivo di questo tipo è molto impegnativo, perché richiede operatori specializzati e numerosi; va tenuto presente che il gruppo stesso costituisce luogo di tirocinio e di formazione per numerosi psicologi e specializzandi, che possono partecipare come osservatori e successivamente come coterapeuti volontari. Nonostante la durata ormai molto lunga e costante del lavoro che svolgiamo, la stabilizzazione del dispositivo costituisce per noi una sfida permanente per la precarietà dei finanziamenti che devono essere periodicamente rinnovati. Pensiamo che la diffusione della formazione al lavoro secondo i principi della clinica transculturale presso gli operatori possa permettere, nel tempo, di pensare e sperimentare dispositivi simili all'interno dell'organizzazione dei servizi.

Riferimenti bibliografici

- Cattaneo M.L. e Dal Verme S., a cura di (2009). *Terapia transculturale per le famiglie migranti*. Milano: FrancoAngeli.
- Devereux G. (1967). *Dall'angoscia al metodo*. Roma: Istituto della Enciclopedia Italiana, 1984.
- Rosenbaum F. (2013). *Le umiliazioni dell'esilio. Le patologie della vergogna dei figli dei migranti*. Milano: FrancoAngeli.
- Schützenberger A. (1998). *La sindrome degli antenati*. Roma: Di Renzo, 2019.