

Abbiamo un'eredità ma non un testamento

L'etnopsichiatria, tessitura del legame e della molteplicità

di Gaia Petraglia*

[Ricevuto il 25/05/2024
Accettato il 01/10/2025]

Riassunto

L'autrice prende le mosse dagli autori che hanno pensato e costruito il dispositivo etnopsichiatrico gruppale il quale, a partire dalla sua costituzione verso la fine degli anni '70, fornisce un aiuto psicologico specialistico alle famiglie migranti. A seguire è presentata una vignetta clinica di una famiglia seguita all'interno del Centro Etno-clinico "L'Albero delle Parole" presso la cooperativa Rifornimento in Volo di Roma.

Parole chiave: Dispositivo etnopsichiatrico, Tobie Nathan, Marie-Rose Moro, Henri Collomb, Famiglie migranti.

Abstract. *We have a legacy, but no will. Ethnopsychiatry: weaving together bonds and diversity*

The author draws inspiration from the authors who conceived and developed the group ethnopsychiatric device which, since its establishment in the late 1970s, has been providing specialist psychological support to migrant families. This is followed

* Psicologa psicoterapeuta. Responsabile dell'area migranti e del centro Etnoclinico "L'Albero delle Parole" presso la cooperativa Rifornimento in volo. Docente di Etnopsicologia presso Arpad, presso la scuola di specializzazione in psicologia clinica dell'Università degli Studi "La Sapienza" e presso Sagara, scuola di specializzazione in etnopsicoterapia (via Sebastiano Veniero, 31 – 00192 Roma); gaiapetraglia@gmail.com

Gruppi/Groups (ISSNe 1972-4837), 1/2024
DOI: 10.3280/GRUOA1-2024OA22686

DAL MONDO COIRAG

by a clinical vignette of a family treated at the “L’Albero delle Parole” Ethnoclinical Centre at the Rifornimento in Volo cooperative in Rome.

Keywords: Ethnopsychiatric approach, Tobie Nathan, Marie-Rose Moro, Henri Collob, Migrant families.

Da vent’anni, tutti i giorni, mi vedo nell’atto di mettere in scena spazi attraversati da lingue multiple, di evocare con i miei pazienti pratiche, costumi e religioni provenienti da paesi dove senza dubbio non andrò mai. Mi ha sempre guidato uno stesso atteggiamento che considero sia regola di ospitalità sia dispositivo tecnico: lo straniero, anche il più bisognoso, è ricco delle lingue che porta in sé, ricco di odori e sensazioni, ricco soprattutto di spiegazioni, di esseri, di oggetti di cui diviene, per la magia del viaggio, il rappresentante presso di noi, suoi ospiti.
(Tobie Nathan, 2001).

«La nostra eredità non è preceduta da alcun testamento» (Char, 1948, p. 29). È con questo aforisma che:

«René Char, scrittore e poeta francese, condensò il significato che quattro anni di Resistenza avevano assunto per un’intera generazione europea di scrittori e uomini di lettere» (Arendt, 1954, p. 25).

Nella sua raccolta *Fogli d’Ipnos*, Char parla della perdita di quel *tesoro* che era stata la rivoluzione e la possibilità per un’intera generazione di combattere insieme contro il totalitarismo. Char sembrava amaramente consapevole che le sue esperienze di guerra, tramandate a noi attraverso il suo diario, sarebbero state incomprensibili ai più, appena una generazione dopo di lui. (Dal Lago, 2017).

È da questa suggestione, diversa per epoca e intenzionalità, che nasce la mia riflessione sul difficile legame che condividono, oggi, i genitori stranieri e i loro figli, stretti come sono nell’evidenza frequente che non si riesca a stabilire alcun dialogo all’insorgere dell’adolescenza, che ciò che i genitori avrebbero da offrire non sia accettabile, digeribile e assimilabile per i loro figli. Come clinici che lavorano con le alterità culturali, il nostro impegno oggi mi sembra quello di essere *mediatori del dialogo* e *tessitori del filo*

spezzato della tradizione. Se il genitore sa di avere un'eredità che vorrebbe tramandare ai propri figli ma vive nel tormento di non saper trovare le parole giuste per redigere un testamento, la connessione tra le generazioni vacilla.

Nel bellissimo spettacolo teatrale recitato da operatori che lavorano nel soccorso dei migranti in mare, *A Place of Safety*, José Ricardo Peña, figlio di genitori messicani migrati negli Stati Uniti e imbarcato come volontario sulla nave Sea-Watch di salvataggio nel Mediterraneo Centrale, telefona alla madre che vive in Texas e condensa in poche pennellate – come spesso l'arte sa fare – i temi che esplorerò in questo articolo: il legame intenso e profondo che unisce i genitori stranieri e i loro figli, la riconoscenza per i sacrifici fatti dai genitori, le solitudini che, sia gli uni che gli altri, vanno ad abitare all'insorgere dell'adolescenza, la paura di non adempiere al mandato migratorio (studiare e avere un buon lavoro), la difficoltà di non riuscire a condividere i propri desideri profondi¹.

Le premesse metodologiche del dispositivo clinico dell'etnopsichiatria

La storia del pensiero etnopsichiatrico prende le mosse dagli scritti di George Devereux, studioso poliedrico che fu antropologo, etnologo e psicoanalista, la cui personale storia di migrante – nacque in Ungheria, fu scolarizzato in rumeno, studiò a Parigi, si trasferì negli Stati Uniti e volle che le sue

¹ «Mamma, ciao, sì, lo so che non ti ho chiamato, perdonami (...). Ti avviso che stiamo lasciando il porto, non posso tornare a casa. Che? Sì, certo che tornerò, semplicemente non adesso, resterò ancora sei settimane a bordo. (...) So che non sono a Houston, però è per una cosa importante, andiamo a salvare i migranti. (...) Io sono in mezzo al mare, non è una crociera, non ero felice prima e almeno qui non ho tempo per pensarci.

Andiamo in Libia. Mi senti? Voglio che tu sappia una cosa molto importante. La gente che sta attraversando il Mediterraneo per arrivare in Europa è la stessa che attraversa il Rio Grande per arrivare dal Messico agli Stati Uniti d'America. C'è morte, la gente muore per avere una vita migliore! Come fece mio padre. So che vi dispiace che io abbia fallito, che abbia lasciato la scuola, che lavoro con le mani, che non sia diventato un ingegnere o uno scienziato o un dottore, però questo lavoro che mi insegnò mio padre, è un lavoro onesto e lo sto usando per adattarmi a questa vita. Non è un fallimento. Mi senti? (Cade la linea ma José continua a parlare). Voglio che sappiate una cosa, che non ero felice con la vita che stavo facendo, con il lavoro che avevo, e tu che eri migrante, tu che non avevi niente, tu che volevi una vita migliore, eri come mi sento io ora. Anch'io mi sento così, voglio una vita migliore, una vita migliore per me. So che non è il sogno americano, avere una casa, diventare ricchi... l'ho capito, ma non mi rendeva felice. E sai perché sono venuto qui?

Perché è più facile venire dall'altra parte del mondo che parlare con voi, per capirvi, per aiutare gente come voi. Spero che siate fieri di me. Non è un fallimento.

(Suona il telefono) Sì... era caduta la linea, non c'è rete qui, saluta le mie sorelle, e papà. Ci vediamo a casa. Ti voglio bene mamma, ciao» (traduzione dallo spagnolo dell'autore).

ceneri riposassero tra i Mohave dell'Arizona, popolo a cui si sentì strenuamente legato – ha reso l'identità il fulcro delle proprie costruzioni teoriche². I numerosissimi scritti di Devereux:

«ricoprono di fatto l'intero campo dell'antropologia e della psichiatria, e il suo particolare percorso formativo (esperto in lingue orientali, etnologo allievo di Kroeber e profondo conoscitore della cultura mohave, poi psicoanalista alle prese con i problemi della psicoterapia transculturale, studioso della storia greca in grado di interrogare in modo originale miti e figure del passato, secondo una prospettiva etnostorica) incrocia alcuni dei nodi più complessi dell'etnopsichiatria clinica contemporanea» (Beneduce, 2019, p. 117).

A lui dobbiamo l'ideazione della metodologia complementarista che costituisce il fulcro da cui si è dipanato il pensiero etnoclinico.

Il complementarismo, che ha il pregio di essere un metodo piuttosto che una teoria, prevede l'utilizzo di una doppia lettura dei fatti psichici attraverso le differenti lenti della psicologia e dell'antropologia, facendo in modo che le due analisi si articolino in modo parallelo e complementare.

«Il complementarismo» – come afferma lo stesso Devereux – «non esclude nessun metodo, nessuna teoria valida – le coordina» (Devereux, 1972, p. 50).

«È inutile integrare forzatamente nel campo della psicoanalisi o in quello dell'antropologia esclusivamente certi fenomeni umani. La specificità di questi dati risiede proprio nel fatto che necessitano di un doppio discorso, obbligatorio e non simultaneo: una pluridisciplinarietà (...) che non tende a delle fusioni» (Moro, 1994, pp. 18-19).

Prendendo spunto dalle concettualizzazioni del suo maestro, Tobie Nathan ideò un dispositivo tecnico di cura per i pazienti migranti di prima generazione che vedrà la luce, nel 1979, presso il servizio di Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza dell'Ospedale Avicenne di Bobigny (Parigi), allora diretto da Serge Lebovici. Il dispositivo prevede la presenza di un gruppo di

² Una storia personale di migrazione appartiene anche agli altri due pionieri del dispositivo etnopsichiatrico clinico. Tobie Nathan, di famiglia ebraica, figlio di un profumiere del Cairo, si è rifugiato con la famiglia in Francia ai tempi della guerra tra Egitto e Israele. Ha lavorato in molti paesi stranieri. Ha diretto un gruppo di lavoro in Burundi, è stato consigliere culturale dell'ambasciata francese in Israele e in Guinea Conakry. Marie-Rose Moro, nata in Spagna sotto il regime franchista, emigrata in un paese della Francia, trasferitasi poi a Parigi. Ha lavorato in Pakistan, in Armenia, in Medio Oriente, in Guatemala, in Afghanistan, consulente di MSF in zone di crisi e di guerra dal 1989.

terapeuti (terapeuta principale e co-terapeuti³) che riceve il paziente e la sua famiglia. Il gruppo costituito da co-terapeuti afferenti a diverse discipline e da mediatori culturali aiuta nel complesso compito di assumere posizioni differenti e complementari in rapporto agli stessi oggetti di studio, grazie alla possibilità di *decentramento* quale posizione interna, che sostiene il clinico nel non ricondurre lo sconosciuto e lo spaesante a qualcosa di culturalmente e nosograficamente noto.

Il dispositivo gruppale dell'etnopsichiatria è stato pensato da Nathan ispirandosi alla costruzione identitaria attiva nelle società tradizionali, laddove l'individuo è pensato in interazione costante con il suo gruppo d'appartenenza, e dove le decisioni importanti vengono perlopiù prese dalla comunità e non dal singolo; per questo, secondo Nathan, la psicoterapia individuale perderebbe gran parte del suo senso e soprattutto della sua efficacia, imponendo al paziente un modello culturale e diagnostico che non gli appartiene.

In molte delle società tradizionali, infatti, la malattia mentale non è considerata qualcosa che riguarda il singolo individuo, quanto un evento che ha sempre a che fare con la famiglia e il suo gruppo di riferimento⁴.

Il complementarismo metodologico postulato da Devereux diviene così con Nathan un complementarismo radicale in cui il decentramento del terapeuta è reso ancora più coinvolgente, un decentramento gruppale, linguistico e culturale, denominatore comune a tutta l'équipe e al paziente. Da questa posizione di soglia – che potremmo descrivere come maggiormente democratica – insieme alla comune esperienza di spaesamento si apre anche la possibilità della riduzione della conflittualità insita nella precedente disparità del setting psicoanalitico: si apre la possibilità di un incontro e di un accordo tra persone.

Marie-Rose Moro, formatasi alla clinica con il suo maestro Lebovici e co-terapeuta di Nathan per alcuni anni, ne ha proseguito il lavoro quando lui ha

³ I co-terapeuti, di diversa provenienza geografica, oltre a psicoterapeuti, psichiatri e psicologi, possono essere anche storici, linguisti, infermieri, sociologi. Essenziale anche la presenza dell'antropologo/a.

⁴ «Nelle culture africane si dà per scontato, quasi fosse un'evidenza, che ognuno può essere vittima di un'aggressione, simbolicamente o immaginariamente (immaginario collettivo) operata da un umano vivente (lo stregone antropofago) o da uno spirito (spiriti di antenati o spiriti della religione). (...) Questa messa in forma, che situa l'aggressore fuori dalla famiglia o dal gruppo, decolpevolizza il malato e, nello stesso tempo, coinvolge la famiglia e la comunità. La malattia dell'individuo non è allora altro che la conseguenza di un disordine sociale o, per essere più precisi, il risultato di forze aggressive sviluppatesi nella comunità. La malattia diviene allora un fatto sociale; il suo trattamento non può che essere sociale ossia deve coinvolgere la comunità in modi diversi, attraverso una partecipazione attiva o simbolica» (Columb, in Coppo, 2003, p. 57).

fondato il Centro Georges Devereux di aiuto Psicologico alle famiglie migranti presso l'Università Paris VIII.

Occupandosi di genitori e figli, bambini e adolescenti di seconda e terza generazione, la Moro ha costruito un dispositivo di lavoro che ha definito "a geometria variabile"; tale dispositivo, pur prendendo le mosse da quello di Nathan, se ne discosta nell'adattarsi alla posizione di:

«métissage dei figli di migranti, per i quali le rappresentazioni culturali dei propri genitori sono scomparse o sembrano esserlo (...) permettendo di lavorare, se necessario, su più livelli contemporaneamente, con luoghi di unione e di elaborazione comuni per genitori-figli e con altri spazi strettamente individuali» (Moro e Baubet, 2004, p. 69).

Come clinica formata all'etnopsichiatria e come psicoterapeuta dell'adolescenza a orientamento psicoanalitico, ho costruito la mia professionalità coniugando internamente questi strumenti.

Nell'incontro con le famiglie migranti e con gli adolescenti che da queste famiglie provengono, seppur nati e cresciuti in Italia, centrale mi appare quanto sostenuto da Nathan sul portato traumatico di ogni migrazione, che investe sia chi ha compiuto il transito migratorio in prima persona, sia i propri discendenti.

Accogliere le famiglie migranti

Accogliere nelle stanze di terapia persone che portano la loro alterità culturale vuol dire interrogarsi su cosa intendiamo per salute, malattia, modalità di accadimento, ruoli di genere, relazioni coniugali, schemi educativi, rapporti con l'invisibile e con il sacro. Il nostro più famoso etnologo, Ernesto De Martino, parlava di *etnocentrismo critico* per riassumere quella certa, obbligatoria dose di etnocentrismo che ciascuno porta dentro di sé ma che deve essere in grado di saper interrogare con onestà se si vuole pensare che il nostro non sia l'unico modo di interpretare gli eventi e, se si vuole esistere, ragionare e lavorare con la certezza di non *essere soli al mondo*, come titola un libro di Nathan.

Per questo, etnopsichiatria, oggi, è soprattutto un modo di pensare alla relazione e al poter rendere oggetto di mediazione le dinamiche di potere che, nelle dimensioni del colonizzatore/colonizzato che inevitabilmente ci portiamo dentro come occidentali, ci inducono nella posizione dominante di saperne di più, per cercare invece, insieme, la soluzione più idonea per quell'adolescente, per quei genitori, per quel minore straniero non accompagnato.

In tutti questi contesti, la presenza della mediatrice e del mediatore culturale è essenziale. La lingua dominante è già per se stessa un elemento di potere, tutti gli uomini e tutte le donne straniere che vengono convocati presso servizi nei quali è impossibile attivare una mediazione, subiscono ogni giorno una violenza istituzionale. Esprimersi nella propria lingua madre, infatti, vuol dire poter accedere alla complessità dei propri pensieri, e alla profondità delle proprie emozioni. Per questo, aspetto imprescindibile del dispositivo etnoclinico, in tutti i Paesi in cui esso si declina, consiste sempre nello svolgimento dell'intera consultazione nella lingua madre dei pazienti.

«Passare per la propria lingua permette di appoggiarsi alla propria strutturazione cognitiva. Anche l'apparato intellettuale è strutturato dall'involucro culturale. La lingua non è quindi semplicemente questione di una trascrizione parola per parola da un dialetto all'altro. L'interprete ha un compito complesso: deve restare il più possibile vicino alle parole del paziente, cercando allo stesso tempo di far passare le idee contenute in metafore o immagini che rinviano di per se stesse al sistema simbolico del paziente» (Réal e Moro, 2004, p. 116).

Perché, se è vero che molti migranti hanno subito violenze, alcuni come nel caso della maggior parte dei minori che arrivano soli, vere e proprie torture fisiche e psicologiche, è vero anche che lo stato effrattivo che domina la gran parte degli adulti genitori che incontriamo non va sottovalutato perché il vissuto di effrazione psichica ostacola *sempre* la possibilità di pensare. Per questo Françoise Sironi in quel capolavoro sui torturatori e le proprie vittime che si chiama *Persecutori e vittime*, definisce “strategia camaleontica” quella che induce la persona a modellarsi sull'ambiente esterno, nella speranza che rinunciando a pezzetti della propria identità si possa essere maggiormente accolti (Sironi, 1999).

Ed è ancora per questo che molti genitori si rinchiudono nella propria comunità d'origine e vengono definiti come “incapaci di integrarsi”. Si tratta di uomini e donne che provano a preservare un elemento vivo dentro di sé, che provano a proteggersi dall'effrazione dello sradicamento che sempre si incontra quando si perdono le proprie appartenenze e ci si allontana dalle proprie radici, dalla propria famiglia, dai propri cibi, dai propri odori, dai suoni che emette la propria terra.

Partiamo innanzitutto dal meticcicare noi stessi e il nostro metodo di lavoro, a cominciare da cose semplici come sedersi in cerchio, per posizionarci in un ascolto non dominante, per pensare che tener conto del sistema culturale dell'altro è sempre un atto che interseca la dimensione politica della psicoterapia. Dobbiamo essere pronti ad ascoltare quale sia l'ipotesi eziologica sul disturbo che uno dei componenti della famiglia porta con sé, giacché ogni famiglia arriva da noi con un'ipotesi di ciò che sta accadendo, con quella che

già Novelletto definiva la *diagnosi segreta* che l'adolescente custodisce in sé (Novelletto, 1986). La differenza risiede nel fatto che lavorare con le persone straniere implica che l'eziologia proposta talvolta può avere a che fare con l'invisibile, con mondi non ordinari, con alterità radicali che sarà difficile non ricondurre subito a quadri diagnostici noti nella nostra psichiatria. Il terapeuta dovrà quindi addestrarsi a:

«resistere alla tentazione di interpretare la stregoneria in termini di proiezione o le manifestazioni di possessione in termini di sintomi isterici, poiché in questi casi “il teatro” non è il soggetto bensì la sua cultura» (Caselli, 2011, p. 3).

Interpretare queste categorie di senso secondo la nosografia psichiatrica occidentale, comporterebbe l'inevitabile rischio di bloccare il processo terapeutico mettendo in scacco le modalità codificate culturalmente per esprimere la propria sofferenza. (Nathan, 1986).

Quando oggetti della seduta diventano *Djinn*, atti di stregoneria, culti di possessione e pratiche curative da mettere in atto “al paese”, è richiesta sia al terapeuta che al mediatore, non solo un'operazione di *decentramento* ma anche un lavoro incessante sul proprio controtransfert culturale.

Essenziale mi sembra condividere la lettura di Françoise Sironi sul senso attuale di quella che definisce la *psicologia geopolitica clinica*.

«Non tenere conto del ruolo delle logiche culturali locali significa negare una dimensione fondamentale dell'espressione della sofferenza psicologica del paziente, applicando in modo automatico interpretazioni di matrice occidentale a disturbi che sono invece codificati culturalmente. Questo non vuol dire che dobbiamo credere alla stregoneria, alle entità non umane, al ritorno dei morti... Ai fini dell'efficacia terapeutica bisogna tener conto allo stesso tempo del mondo di riferimento dei pazienti, del nostro e del sistema culturale circostante.

Analogamente, non si tratta di discutere del grado di “veridicità” dell'interpretazione del malessere, ma di osservare e di capire le conseguenze della sua operatività in un sistema culturale dato, cioè quello del mondo di origine dei pazienti che trattiamo, articolato con il nostro. Così facendo tocchiamo la dimensione politica della psicoterapia (...). Non viene esclusa nessuna pista, tutte vengono esplorate e rese operative nel corso della psicoterapia. È così che si costruisce la molteplicità, la complessità tecnica, da cui deriverà l'efficacia terapeutica» (Sironi, 2007, p. 178).

Il Centro etnoclinico *L'Albero delle Parole*

Il materiale clinico che segue proviene dal Centro Etnoclinico “L'Albero delle Parole”, da me diretto, presso la Cooperativa *Rifornimento in Volo* di Roma. La scelta del nome non è casuale.

Nelle culture africane quando nasce un bambino si attua un processo che si chiama *nominazione*; poiché il bambino è uno straniero che appartiene ancora al mondo degli spiriti e degli antenati c'è sempre il rischio che egli o ella decidano di tornare nel mondo dal quale sono venuti; pertanto per “*fissare*” il neonato nel mondo degli umani è necessario capire chi sia, di quale messaggio sia portatore, a chi appartenga e quale sia il suo lignaggio, al fine di poter stabilire il nome *giusto* che lo proteggerà nella vita.

Il nome giusto per un centro clinico che si occupi di famiglie migranti mi è parso dunque quello che rendesse omaggio a uno dei pionieri del pensiero etnopsichiatrico, Henri Collomb, medico francese militare che, spedito in Senegal a gestire una struttura manicomiale, ebbe il coraggio di spostarsi dalla logica coloniale dominante che de-umanizzava i colonizzati, scegliendo di interloquire e apprendere dai *guaritori tradizionali*, coloro che erano in grado di curare qualsiasi malattia, compresa la follia.

Collomb studiò approfonditamente tutti i sistemi di funzionamento della società (dai metodi educativi, alle strutture familiari, al modo di concepire la nascita e la morte, ai rituali di cura, ai culti di possessione, alle forme e alle frequenze di alcuni quadri nosografici particolarmente presenti in Africa occidentale e sconosciuti al mondo dei bianchi) e fece due innovazioni rivoluzionarie nell'ospedale psichiatrico. Istituì la figura dell'accompagnatore del paziente ricoverato per evitare gli abbandoni di comodo e diede avvio alle riunioni che due volte a settimana si svolgevano sotto un albero frondoso (il *pénc* – l'albero delle parole, appunto) dove potevano dialogare medici africani formati alla clinica occidentale, medici occidentali, guaritori tradizionali, infermieri, pazienti e familiari.

Il dispositivo tecnico dell'etnopsichiatria di cui abbiamo parlato finora quindi, grupale e multidisciplinare, ha tra le sue ispirazioni fondative anche le esperienze di Collomb nell'ospedale psichiatrico senegalese, lavoro che fecondò e si innestò su quello che portava avanti in quegli stessi anni l'anti-psichiatria inglese, con quello che vedeva Basaglia a lottare per la chiusura dei manicomi, fino alle esperienze, a noi più vicine, del primo reparto degenza per adolescenti diretto da Marco Lombardo Radice presso l'istituto di Neuropsichiatria Infantile a Roma.

Tutti questi pezzetti di umanità psichiatrica, di contatto con la malattia grave e di presa in carico molteplice, sono raccolti nell'etnopsichiatria contemporanea e, nel nostro caso specifico, nel tentativo di continuare a mettere quotidianamente in tensione feconda le epistemologie della psicoterapia psicoanalitica dell'adolescenza con quelle dell'antropologia e della geopolitica.

È da queste intenzioni cliniche e metodologiche che nasce il lavoro del Centro Etnoclinico *L'Albero delle Parole*⁵.

La famiglia di Hasiba è composta da lei, suo marito e i loro tre figli, sono originari del Bangladesh. La coppia proviene da due ceti sociali e culturali diversi, lei da una famiglia benestante e cittadina nella quale anche le donne studiano e lavorano, lui da una famiglia più religiosa, che vive in un contesto rurale. Il matrimonio avviene perché Hasiba è molto incuriosita dall'Europa e il futuro marito risiede a Roma già da alcuni anni, il matrimonio pertanto le dà accesso a una migrazione scelta e non subita. La relazione tra i due coniugi appare, fin dal principio abbastanza disfunzionale, ciononostante nascono i primi due figli in Italia ma il progetto migratorio, per motivi all'inizio della terapia non chiari, naufraga presto e la famiglia torna nel paese d'origine.

È in un paese del Bangladesh, quindi, che i primi due figli crescono, a casa dei nonni paterni. Quando i due ragazzi sono già alla fine del ciclo scolastico primario, nasce una terza figlia. Dopo poco la famiglia torna di nuovo in Italia ed è durante l'adolescenza della figlia minore che noi li conosciamo. Fin dal primo incontro l'aspetto da lavorare appare subito la frattura interna alla fratria: due fratelli più grandi e rigorosi nell'applicazione delle regole religiose e identitarie della cultura musulmana e una terza figlia tutta "italiana" (nonostante sia l'unica dei tre a essere nata nel paese d'origine), che si presenta come una dura di periferia, trasgressiva, ipertruccata, provocante, aggressiva con le coetanee, senza regole nell'assunzione dell'alcol e nella gestione del sesso.

Se la domanda, che proviene dai servizi, è per un sostegno alla ragazza adolescente, noi attiviamo da subito un parallelo spazio genitoriale cui si recherà con regolarità solo la madre perché il padre non si dichiara disponibile per via degli impegni lavorativi.

Dopo alcuni mesi di setting parallelo, un evento irrompe sulla scena terapeutica: vengo contattata perché la figlia maggiore e il padre hanno chiuso fuori casa la madre e Amina e non permettono loro di tornare a casa a dormire. L'evento che ha condotto alla crisi è la scoperta, da parte della sorella maggiore, della sessualità di Amina, scoperta subito condivisa con il padre, il che fa temere a madre e figlia una sua reazione fortemente aggressiva.

Nella famiglia precipita il conflitto aperto, sul quale ciascuno comincia a prendere posizione, compreso il fratello maggiore che ormai vive all'estero ma che assume su di sé un importante versante paterno e direttivo.

Decidiamo così di attivare il dispositivo, invitando tutta la famiglia a partecipare. Il padre sarà il solo che si rifiuterà di venire e sarà sempre determinante nella sua assenza, attaccato dalla figlia minore, assolto da quelli maggiori ma in entrambi i

⁵ Le richieste di presa in carico dalla nascita del Centro, due anni fa, sono state circa 80, provenienti da più di 20 paesi del mondo: Egitto, Tunisia, Marocco, Guinea Conakry, Perù, Senegal, Filippine, Colombia, Ucraina, Kurdistan, Pakistan, Bangladesh, Afghanistan, Capoverde, Gambia, Repubblica Democratica del Congo, El Salvador, Nigeria, Camerun, Costa D'Avorio, Russia.

casi messo in discussione dalle nuove configurazioni che la famiglia in esilio veniva ad assumere.

Durante la seduta, che inizia con un clima acceso e conflittuale, prende la parola la figlia minore, Amina e, parlando perfettamente nella lingua madre, si *presenta* al gruppo così: “La notte in cui sono nata una civetta si è posata sulla nostra casa, nella nostra cultura è un simbolo di sventura, e di lì a poco in effetti la macchina con la quale mio padre sostentava l’intera famiglia è stata distrutta da un incidente. È per questo che siamo dovuti tornare in Italia”.

L’apertura di Amina che si mostra aperta al dialogo, instaura nella seduta un clima emotivo che permette alla madre di svelare il vero motivo delle andate e dei ritorni di questo nucleo dall’Italia al Bangladesh dichiarando, per la prima volta, i fallimenti lavorativi del padre che avevano fatto naufragare il primo progetto migratorio (verità segreta e negata per non intaccare l’immagine paterna che sconvolge particolarmente, nella seduta, il figlio maschio).

Come per il primo sogno che un paziente porta in terapia, il racconto d’esordio della nostra adolescente mette al centro della stanza il tema da lavorare e apre a noi clinici uno scenario di riflessioni nelle quali possiamo tenere a mente contemporaneamente le dimensioni psichiche, del singolo e del gruppo, e le componenti antropologiche.

Innanzitutto Amina, in aperto conflitto con i valori dell’identità musulmana, apre l’incontro parlando in *bangla* e facendo riferimento a una lettura profondamente tradizionale degli eventi, sulla quale gli altri familiari restano interdetti, mostrando incredulità rispetto alle conoscenze tradizionali da parte di Amina.

In secondo luogo, con il suo associare la sua nascita a un editto di sventura, si rappresenta e accoglie su di sé il destino di essere l’anello di frattura.

Infine, nel ripercorrere la complessa trama delle andate e dei ritorni di questa famiglia, Amina permette all’intero nucleo di giungere a una narrazione della storia familiare in modo, per la prima volta, univoco per tutti e non più frammentato secondo le esigenze psichiche di ciascuno.

Mostra come ci sia un prima e un dopo che non sembrano integrabili, e gli anelli concentrici dei prima e dei dopo sembrano ripetersi all’indietro nelle generazioni: il prima della migrazione del padre, il prima del matrimonio tra i genitori, il prima del ritorno al paese d’origine dei figli maggiori, il dopo la nascita della terza figlia, il dopo il rientro in Italia della famiglia, il dopo lo scandalo della sessualità esposta pubblicamente e provocatoriamente. I prima e i dopo sono sempre stati frammentati e ciascuno sembrava voler tenere per sé un pezzetto del mosaico che componeva l’identità familiare. Anche rispetto all’immagine materna che i tre figli custodiscono in sé, essa appare caleidoscopica e frammentata: criticata dai figli maggiori nel suo tentativo di raggiungere l’autonomia guidando la macchina, lavorando e scegliendo di non indossare il velo, criticata al contempo da Amina che ne rifiutava la passività e gridava al mondo, con la sua rabbia adolescente, che il modo paterno di affogare nell’alcool le proprie frustrazioni quotidianamente fosse un insulto all’Islam quanto il suo aver avuto rapporti sessuali prematrimoniali.

Qual era, dunque, la strada che Amina aveva davanti a sé nella sua ricerca di un femminile che potesse corrispondere al suo essere transitante, alla sua complessità e

alla sua duplice appartenenza, che non fosse quella già percorsa dalla madre e dalla sorella, donne che lei giudica sottomesse, umiliate e tradite dai propri mariti, ma che non fosse neppure quella della provocazione che la incatena e la condanna alla solitudine? Il fratello tanto amato, infatti, ne ripudia l'affetto, perché la sua audacia e la sua sfrontatezza sono un gesto di ribellione troppo forte e nessuno, nel suo ambiente, può accettarlo.

Il tema del femminile nell'Islam è troppo ampio e complesso per essere affrontato in questa sede, ci permette però di evidenziare le possibilità che il complementarismo ci offre, approfondendo l'aspetto antropologico della civetta nelle culture.

Animale femminile, notturno, lunare, spesso associato a sciagura e morte, porta le mie associazioni all'immagine che si trova sul *rilievo Burney* custodito al British Museum di Londra. Si tratta di un altorilievo di terracotta risalente all'epoca mesopotamica che raffigura una figura ibrida, disposta in piedi frontalmente, con le braccia aperte e un'espressione impenetrabile. I capelli sono costituiti da quattro serpenti sovrapposti e i seni si protendono prosperosi. Le gambe umane esitano in artigli di avvoltoio e dalla schiena spuntano ali di rapace. Ai lati di questa divinità, che viene associata a *Lilith*, sono raffigurate due civette.

La storia di Lilith viene narrata per la prima volta ne *L'alfabeto di Ben Sira*, testo anonimo di area babilonese tra l'VIII e il X secolo d.C., testo ebraico che risente di moltissime influenze arabo-islamiche con episodi che riprendono chiaramente ispirazione dal Corano. Si narra che Lilith, prima moglie di Adamo e nata anch'essa dalla polvere come lui, si rifiutò di giacere sotto al marito nell'atto sessuale richiedendo un accoppiamento paritario che, negatole, la spinse a fuggire nel Mar Rosso e a diventare un demone notturno.

«Lilith, proprio perché rifiutata, diventa cattiva, sfrenata, violenta e nemica degli uomini che volevano sottometterla; finisce nel mondo dei diavoli, in una sorta di inferno senza possibilità di redenzione» (Valcarengi, 2003, p. 41).

Lilith paga il suo rifiuto con la permanenza negli inferi, «dove diventa una potenza distruttrice che tutto rifiuta e tutto distrugge» (Sicuteri, 1980, p. 119).

D'altra parte, la civetta è, anche nella cultura occidentale, un animale potentemente rappresentato, giacché esso è associato ad Atena che nasce dalla testa del dio-padre Zeus. La parte meno conosciuta della storia di Atena è quella che narra le vicende di sua madre Meti, la più intelligente tra le dee greche che per sfuggire ai tentativi di stupro da parte di Zeus, cambia forma ogni volta che lui le si avvicina. Zeus, allora, non rassegnandosi al rifiuto e temendo la nascita di un figlio o di una figlia più intelligente di lui, si decide per un impossessamento totale del corpo femminile, ingoiando la dea

sapiente. Atena, quindi, privata del lignaggio materno, nasce, *spaccando* la testa del padre, già:

«luccicante di elmo e corazza, con gli occhi azzurri intelligenti e fieri. (...) Vergine e guerriera, la nuova dea della sapienza sarà però subordinata al padre e al servizio del mondo maschile: quella diversa intelligenza è stata finalmente addomesticata e si propone ormai in chiave difensiva, con elmo, scudo e corazza, chiusa nella sua verginità» (Valcarengi, 2003, p. 44).

L'epiteto che spesso si associa alla dea è quello di *glaucopeide* che deriva dal greco *γλαῦξ* (civetta) e che significa "dagli occhi scintillanti". Tale epiteto associa alle caratteristiche già note di forza e intelligenza, anche la capacità di vedere oltre, così come la civetta è capace di vedere nel buio, così Atena è capace di vedere la verità oltre ciò che appare.

La civetta di Amina che marchia la casa la notte della sua nascita, sembra portare dunque non solo sventura ma anche il dono della capacità di guardare al di là delle cose visibili.

Per questo nel proporre una lettura eziologica tradizionale ci sembra che Amina voglia chiedere alla madre un'alleanza alla ricerca di un femminile che possa avere il coraggio di non sottomettersi al dominio maschile, e prova a creare un ponte con la madre per dirle che, nonostante le sue tinte estreme e la sua aggressività, non è così estranea alla propria tradizione, conosce le storie antiche e le usa, parla la lingua madre perfettamente, sa cosa voglia dire essere una brava musulmana.

Gli aspetti che abbiamo analizzato in questa situazione clinica ci portano a riflettere sulla necessità di ricomporre le fratture tra i prima e i dopo, al fine di rendere la trasmissione transgenerazionale realmente trasmissibile, altrimenti:

«tutte le parole che non potranno esser dette, tutte le scene che non potranno esser ricordate, tutte le lacrime che non potranno esser versate saranno inghiottite, contemporaneamente al trauma» (Abraham e Torok, 1987, p. 258).

La presenza di questi elementi, dei *non detti* nella storia familiare trasmette un'assenza, e impedisce che il passato e il presente possano fondersi generando l'identità meticciosa cui l'adolescente avrebbe diritto. Il silenzio tra le generazioni impedisce di collegare i due mondi, il prima e il dopo, ma anche l'altrove e il qui.

La distanza che si crea tra i genitori che sperano di mantenere vive le proprie tradizioni, la propria religione, i propri riti, si scontra con la richiesta, nel caso di Amina gridata ed esplicita ma molto più spesso silenziosa e nascosta, che il genitore si sveli e presenti se stesso, che narri la storia del proprio percorso migratorio e che non si mostri deluso dal bisogno dei figli di

voler essere qualcosa di nuovo, di inedito, il frutto di un innesto tra più specie. I genitori, d'altra parte, portano sulle spalle il peso dello strappo migratorio e sempre quello delle frustrazioni e dei rifiuti che ricevono nel nostro Paese⁶. Quindi la nostra proposta terapeutica nell'accogliere i genitori è quella di un'iniziazione a sé stessi (Nathan, 2001), al potersi – attraverso il nostro ascolto – riconoscere e raccontare, impedendo che l'acculturazione forzata cui sono stati sottoposti impedisca loro di mostrarsi e raccontarsi ai propri figli. Il rischio che riscontriamo è che senza questo dialogo e questo svelamento reciproco, i figli si rinchiudano in un ostinato silenzio, fatto di passioni segrete e non condivisibili per non incorrere nella delusione genitoriale e nel fallimento del mandato migratorio. Tutto ciò che i genitori vorrebbero che i figli apprendessero, viene mantenuto svogliatamente e l'adolescente inizia a coltivare segretamente progetti di fuga, a volte fino a mettere in atto tentativi di tragiche uscite di scena.

Per questo, cogliamo l'apertura che ci “lancia” Amina, come una fune sottile la cui estremità dobbiamo prendere al volo per cominciare a costruire un ponte sospeso nel vuoto, una passerella che consenta di poter agevolmente camminare avanti e indietro per tutto il tempo necessario che servirà a costruire la propria storia femminile, in ascolto e in dialogo con gli altri componenti del nucleo familiare, in una negoziazione attiva sulla propria costruzione identitaria.

Riferimenti bibliografici

Abraham N. e Torok M. (1987). *La scorza e il nocciolo*. Roma: Borla, 1993.
A Place of Safety (2024). Spettacolo teatrale: Ideazione Kepler-452. Regia e drammaturgia di Enrico Baraldi e Nicola Borghesi. Con le parole di Flavio Catalano, Miguel Duarte, Giorgia Linardi, Floriana Pati, José Ricardo Peña (soccorritori e soccorritrici in missioni di ricerca e soccorso dei migranti in mare).

⁶ «Con il passare del tempo, mentre facevo a gara con le mie sorelle a chi arrivava prima da lui alla porta, diventava sempre più lento nel prenderci in braccio, e i baci sulle nostre fronti sembravano più leggeri di quelli del giorno prima. “Vostro padre è stanco, sì” diceva Mam mentre lui attraversava il salotto come se dei pesi gli tenessero bloccati i talloni e andava direttamente di sopra, rivolgendoci sempre meno la parola mentre i giorni e le notti si davano il turno nello scorrere nel nostro nuovo Paese. Gli occhi gli erano cambiati, a volte venati di sangue e incavati, come se la testa gli pendesse sul palmo della mano mentre restava intrappolato in sogni a occhi aperti aspettando le notizie del pomeriggio. E il suo sguardo, che un tempo sussurrava “andrà tutto bene” o “papà è qui” o un altro insieme di parole che ci convincevano a tornare tranquille, adesso sembrava dire “siamo perduti” e “qui non mi vogliono ma dobbiamo restare” e “papà non c'è più. Mi dispiace”» (Wayétu Moore, 2022, pp. 129-130).

- Arendt H. (1954). *Tra passato e futuro*. Milano: Garzanti, 1991.
- Beneduce R. (2019). *Etmopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*. Roma: Carocci.
- Caselli A. (2011). Il gruppo mediano come dispositivo interculturale nella cura e nella formazione: confronto fra il modello gruppoanalitico e il modello etnopsicoanalitico. *Funzione Gamma*, rivista telematica scientifica dell'Università La Sapienza, 25, 1. Testo disponibile al sito: www.funzionegamma.it
- Char R. (1948). *Fogli d'Ipnos*. Torino: Einaudi, 1968.
- Collomb H. (1978). "À propos du concept de psychiatrie sociale". Relazione letta al Congresso internazionale di psichiatria sociale. Lisbona, 8-14 ottobre (dattiloscritto). In: Coppo P. (2003). *Tra psiche e culture*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Coppo P. (2003). *Tra psiche e culture*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Dal Lago A. (2017). Introduzione. In: Arendt H., *Tra passato e futuro*. Milano: Garzanti, 2017.
- Devereux G. (1972). *Etmopsicoanalisi complementarista*. Milano: FrancoAngeli, 2014.
- Moore W. (2020). *I draghi, il gigante, le donne*. Roma: Edizioni e/o, 2022.
- Moro M.-R. (1994). *Genitori in esilio. Psicopatologia e migrazioni*. Milano: Raffaello Cortina, 2002.
- Moro M.-R e Baubet T. (2004). Basi della clinica transculturale. In: Moro M.-R., De La Noe Q. e Mouchenik Y. (2004). *Manuale di psichiatria transculturale. Dalla clinica alla società*. Milano: FrancoAngeli, 2009.
- Moro M.-R. e Real I. (2004). La consultazione transculturale di Avicenne (Bobigny, Francia). Un dispositivo meticcio a geometria variabile. In: Moro M.-R., De La Noe Q. e Mouchenik Y. (2004). *Manuale di psichiatria transculturale. Dalla clinica alla società*. Milano: FrancoAngeli, 2009.
- Nathan T. (1986). *La follia degli altri*. Firenze: Ponte alle Grazie, 1990.
- Nathan T. (2001). *Non siamo soli al mondo*, Torino: Bollati Boringhieri, 2003.
- Novelletto A. (1986). Nascita e sviluppo della diagnosi dalla mente del terapeuta a quella dell'adolescente. In: Novelletto A., *Psichiatria psicoanalitica dell'adolescenza*. Roma: Borla.
- Sicuteri R. (1980). *Lilith la luna nera*. Roma: Astrolabio.
- Sironi F. (1999). *Persecutori e vittime. Strategie di violenza*. Milano: Feltrinelli, 2001.
- Sironi F. (2007). *Violenze collettive. Saggio di psicologia geopolitica clinica*. Milano: Feltrinelli, 2010.
- Valcarenghi M. (2003). *L'aggressività femminile*. Milano: Bruno Mondadori.