

Natale Losi*

L'uovo bianco della gallina bianca. Ovvero: la terapia delle coppie miste nell'approccio etno-sistemico-narrativo.

*“La vita è breve, l'arte è complessa,
l'esperienza ingannevole, il giudizio difficile”*

Ippocrate

COPPIE E COPPIE MISTE

Il detto “mogli e buoi dei paesi tuoi” trova ormai, per fortuna, scarse adesioni. In qualche modo, considerando che il detto si riferiva al significato di “paesi” come sinonimo di villaggi, tutte le coppie, o quasi, sono miste. Per certi versi quindi, le osservazioni e i punti di vista che esprimo in questo scritto, possono valere per il lavoro terapeutico con tutte le coppie, non solo con quelle, come nella vicenda che qui porterò come esempio, in cui la coppia è costituita da un membro immigrato (lui) e da un'autoctona (lei).

Nel caso in questione la definizione di “coppia mista” è evidente: lui africano ivoriano, lei italiana; lui, come vedremo, molto radicato ed aderente alle concezioni ivoriane tradizionali nella spiegazione dei problemi, spesso insormontabili, con i quali si scontra nella vita; lei in parte affascinata dall'adesione del marito alla sua cultura tradizionale, in parte incredula. La prima domanda che lei si pone è dove si collochi il terapeuta, in riferimento a questi punti di vista ed espressioni culturali così diversi.

Questo primo argomento, richiama una tematica teorica generale, e non riguarda solo il caso di Ali e Claudia, così si chiamano i membri della coppia in questione.

* Direttore Scuola di Psicoterapia Etno-Sistemico-Narrativa, Roma (www.etnopsi.it)

Per chiarire dove mi colloco e dove mi collocavo all'epoca del trattamento di questa coppia, rispetto alla tematica appena esposta, credo sia utile fornire alcuni elementi della mia biografia.

Sono laureato in Sociologia, disciplina in cui ho anche, dopo la laurea, ottenuto un dottorato, e che ho sempre coltivato intrecciandola con l'antropologia medica, campo in cui mi sono specializzato lavorando in Italia e in Africa sui sistemi non convenzionali di cura, con particolare riferimento alla cura della "follia". Lavorando in questo campo dall'inizio degli anni '80 ho maturato una crescente insofferenza verso i medici e gli psichiatri occidentali che spesso ho incontrato anche in Africa, sul terreno del lavoro interdisciplinare, per la loro "doppia arroganza", sia nei confronti dei loro omologhi locali, sia di noi colleghi "complementari", antropologi, non medici, non terapeuti, impossibilitati, comunque non abilitati ad esprimere un parere, e ancor meno un intervento terapeutico, se non legittimati da loro.

È stata questa esperienza, preceduta dal coinvolgimento affettivo in un lungo processo di "mis-trattamento" psichiatrico di una persona a me molto vicina, che mi ha spinto sin da molto giovane a riflettere sull'inadeguatezza della psichiatria e infine ad intraprendere una nuova ulteriore formazione come terapeuta. La lunga e sofferta consuetudine al coinvolgimento nella psichiatrizzazione di un mio familiare, mi aveva reso avvezzo alla vicinanza con la follia e a non temerla, sin da prima di aver letto Basaglia.

Molto più tardi, nel 1994, ho iniziato a lavorare a Ginevra con un gruppo specializzato nell'approccio etnopsichiatrico alle terapie con immigrati. Il gruppo seguiva in modo piuttosto rigido l'approccio di Tobie Nathan. Da quasi 10 anni quindi ho avuto modo di sperimentare questo modello, al quale ho man mano apportato modifiche significative, sia sul piano teorico che su quello clinico.

L'APPROCCIO ETNOPSI-COANALITICO DI NATHAN

L'etnopsi-eccetera (chiatria-coanalisi), o psichiatria transculturale, è una disciplina che combina psichiatria (ecc.) e antropologia. Questa modalità di affrontare le problematiche psicologiche degli immigrati si è diffusa ovunque si sia consolidata una popolazione consistente di immigrati. In Nord America (USA e Canada) è stata chiamata "psichiatria transculturale" e in Europa, in particolare in Francia, è stato prevalentemente adottato il termine "etnopsichiatria". A coniarlo è stato tra i primi George Devereux. Tobie Nathan, suo allievo, l'ha invece approfondita

e applicata sul piano clinico. In Italia Ernesto De Martino utilizza questo termine nelle sue opere, e tra queste, un particolare approfondimento è riscontrabile nell'opera postuma "La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali".

L'etnopsichiatria di Nathan è fortemente condizionata dalla sua formazione psicoanalitica. In effetti, in particolare nelle prime opere, le sue riflessioni sul lavoro psicoterapeutico con i migranti erano fortemente improntate ad un taglio di questo genere. Nella "Follia degli altri" (1986), ad esempio, Nathan utilizza categorie psicoanalitiche, e il suo discorso può essere riassunto così: la scomparsa dello spazio esterno familiare deve rinviare alla scomparsa di uno spazio interno psichico. L'angoscia proviene forse dal sentimento di scomparsa dello spazio interno. Così come lo spazio interno dei genitori deve rappresentare per il bambino uno spazio "interno-esterno".

La rottura del rapporto tra spazio interno – la psiche – e spazio esterno – l'ambiente culturale – sono ben illustrati nelle psicopatologie degli emigranti.

In questa prospettiva, si può osservare che, mentre la psicoanalisi dei contenuti ha lavorato a partire da ragionamenti a struttura ternaria (inconscio/preconscio/conscio; es/io/super-io; immaginario/simbolico/reale), mentre gli psicoanalisti che si sono occupati più dei contenenti (Klein, Winnicot) hanno sviluppato soprattutto dei ragionamenti di tipo binario. (buono-cattivo; oggetto interno/esterno, ecc.). I concetti sviluppati da questi ultimi, seguendo il ragionamento di Nathan ne "La follia degli altri", sarebbero più utili alla comprensione della clinica etnopsichiatrica, che si può porre ai margini di un campo delimitato dalla clinica psicoanalitica.

Il quadro (dispositivo terapeutico) "inventato" da Nathan, e sperimentato anche da me, prima a Ginevra per diversi anni, poi a Milano ed ora a Roma, è molto diverso dal *setting* degli approcci terapeutici occidentali, e mi sembra fornire scenari di intervento molto ampi, proprio in virtù della moltiplicazione dei limiti che in esso si possono realizzare e analizzare. I terapeuti sono seduti in cerchio, e il paziente immigrato viene ricevuto solo, o accompagnato da familiari o da amici, come desidera. Quando è reperibile, è presente anche un mediatore culturale, che conosca e appartenga alla cultura del paziente, e che sappia parlargli

nella sua lingua madre. Quest'ultimo è un elemento estremamente importante per creare un rapporto ed un legame con lui e con il gruppo.

Le questioni fondamentali, per la comprensione degli effetti del cambiamento del setting, riguardano, secondo l'attuale visione di Nathan, l'introduzione della lingua (traduttore), che avrebbe portato a uno sconvolgimento di alcuni presupposti comuni alle psicoterapie occidentali. Le parole dei pazienti non sono più interpretabili secondo criteri psicoanalitici. L'esigenza primaria diviene quella di comprendere letteralmente il significato delle parole del paziente. Il traduttore si emancipa, diviene quindi un rappresentante di quella lingua (di quella cultura), non più solo un interprete verbale. A questo punto non è più sufficiente la sua sola presenza, occorre anche un "traduttore del traduttore". E in qualche modo è all'interno di questa dinamica che si situa la funzione del gruppo e del suo argomentare. Il traduttore, e il gruppo, e il paziente, non hanno più il problema di comunicare in una lingua, ma di parlare "della/sulla" lingua. La lingua diventa un oggetto di discussione.

La possibilità di accordo tra tutti i protagonisti del dispositivo clinico avviene attraverso una discussione aperta che, rispetto al tradizionale rapporto paziente-terapeuta delle psicoterapie occidentali, estende il contesto ad un mondo più reale e globale, rappresentato dai pareri espressi dai co-terapeuti, che a loro volta rafforzano e stimolano la possibilità del paziente di "dire la sua". La lingua è qualcosa che ha la funzione di mettere d'accordo la gente. Parlare della lingua vuol dire parlare di qualcosa che può mettere d'accordo i partecipanti su una determinata questione.

In altri termini la lingua è un oggetto "fabbricato" da un gruppo, che poi a sua volta "fabbrica" gli individui del gruppo, uno per uno. Il gruppo fabbrica la lingua e la lingua fabbrica l'individuo.

Da questa prima constatazione sulla lingua come "oggetto" costruito dal gruppo (terapeutico), che a sua volta costruisce gli individui, Nathan estrapola che la differenza tra gli umani sta negli oggetti (tra cui la lingua) che essi stessi fabbricano. Ma esistono anche altri "oggetti" fabbricati dagli umani, in particolare Nathan si riferisce agli oggetti terapeutici, ai feticci, alle "cose" costruite nel corso delle sedute, come complemento essenziale delle prescrizioni date al paziente. "Cose" che hanno una funzione di mediazione essenziale per stimolare la comunicazione del paziente sia con le persone, gli affetti, le regole, la cultura materiale del proprio paese, sia con i mondi "altri" dall'umano che fanno concretamente parte di quelle culture.

Queste "cose" sono parte di prescrizioni che a fine seduta, come spesso avviene in terapia familiare, vengono assegnate al paziente.

Quali effetti hanno e come possono essere lette le prescrizioni? Qui l'interpretazione di Nathan e la mia non coincidono. Mentre per lui, ma soprattutto per i suoi più acritici "allievi", l'efficacia delle

prescrizioni viene fatta risalire alla loro presunta corrispondenza con le tecniche terapeutiche tradizionali utilizzate nella cultura originaria del paziente; io ritengo che si tratti essenzialmente di una capacità di influenza esercitata dal terapeuta, attraverso prescrizioni compatibili con la cultura del paziente, ma non necessariamente “filologicamente, o etnograficamente” risalenti a quella cultura. Credo piuttosto che le prescrizioni, fatta salva la loro compatibilità culturale, debbano essere inserite in una prospettiva che abbia senso per il paziente. E questo “senso” è possibile se fanno parte di una strategia di cambiamento assimilabile ad un rituale di passaggio. Vedremo meglio più avanti l’approfondimento di questo discorso.

L’interpretazione del mondo e della malattia implica l’esistenza di più realtà. Molti immigrati - ma anche chi appartiene a “culture subalterne”, quindi in buona parte anche noi -, non vivono/viviamo in società monolitiche, bensì in società in cui esistono ed interagiscono più universi: degli uomini viventi; dei morti (antenati) e, a seconda delle culture, da universi abitati da diversi tipi di forze, di spiriti del bene e del male che contribuiscono alla costruzione di spiegazioni del disagio. Il riconoscimento della possibilità di una tale realtà esistenziale da parte del gruppo di etnopsichiatria, stimola fortemente l’apertura del paziente, che quasi sempre, in tempi molto brevi, si sente legittimato a raccontare la “sua” storia, i suoi problemi e, quando ce l’ha, la sua interpretazione, anche se “profana”, delle cause del suo malessere. Nello stesso tempo, la dinamica comunicativa creata dalla situazione del setting, introduce il paziente in un ambiente a lui familiare, che ri-costituisce “l’involucro psichico” lacerato nel corso dell’esperienza migratoria.

Un aiuto al mantenimento di questo legame e di questa nuova appartenenza ed identità tra paziente e gruppo terapeutico, nonché tra paziente e suo mondo originario, viene proprio dall’uso delle prescrizioni. In estrema sintesi, mentre l’etnopsichiatria di Nathan, è riconoscibile per la sua formazione (ed interpretazione) psicoanalitica, il mio percorso formativo ed esperienziale, mi ha portato, ad un’interpretazione del lavoro etnopsichiatrico molto più vicina ad un costruzionismo etnonarrativo.

Il mio modo di lavorare, pur utilizzando ove possibile il setting etnopsichiatrico, nonché la costruzione di oggetti terapeutici, si colloca in una direzione che ho definito sistemico narrativa. Ovviamente per soddisfare attraverso una definizione tutta la complessità di un approccio occorrerebbe ben altro che un'etichetta, ma occorre convenire che è un nostro limite doverne fare uso.

Gli incontri tra persone, compresi quelli organizzati all'interno di un setting terapeutico, non sono mai riducibili all'incontro tra individui, ma, anche, tra rappresentanti di più mondi, culture, storie familiari. Quest'affermazione, sempre valida, assume valenza e pregnanza particolari nel caso delle coppie miste. Sin qui nulla di nuovo, i terapeuti familiari e di coppia sono ben consapevoli che i nodi e i garbugli dei loro pazienti non possono essere sgarbugliati senza considerarne le storie familiari, le biografie, i genogrammi, magari risalendo a più generazioni indietro. Credo si possa considerare condizione universale quella per cui noi agiamo non solo per e a causa di noi stessi, ma come rappresentanti di un gruppo. E questo nostro agire sociale (per conto di) si coniuga diversamente in rapporto alla cultura (ma anche alla classe sociale o alla "razza") di appartenenza. Soprattutto, e questa è un'altra sottolineatura che differenzia il mio modo di lavorare in termini significativi, rispetto a quello di Nathan, credo che l'agire e l'essere di chi è migrante si coniughi in rapporto ad una condizione esistenziale, molto speciale, che potremmo dire di "cultura del movimento". In altri termini, la "mente del migrante" si costruisce diversamente da quella di chi è stanziale, sia esso della stessa cultura originaria del migrante, o della cultura del paese che lo ospita, o di una cultura "altra". È per questo che si dice che i migranti vivono tra due mondi, perché si muovono tra due mondi (considerati) stanziali, mentre loro – e la loro mente – sono in movimento (Losi, 2003). Questo movimento non è riducibile ad un segmento di linea retta agli estremi del quale collocare due visioni altrettanto ingessate e folkloriche, totemiche, rispettivamente del paziente migrante e del terapeuta stanziale. Visione riduttiva e inconcludente questa, in cui sono caduti non pochi apprendisti "etnopsi" nostrani e d'oltralpe. Si tratta invece di un movimento estremamente più complesso, per la cui comprensione la stessa definizione metaforica della circolarità appare riduttiva. Nel gruppo etnopsichiatrico la posta in gioco va ben oltre le relazioni visibili e negoziabili tra paziente, terapeuta e gruppo. Queste relazioni e negoziazioni, di cui la costruzione degli oggetti terapeutici non è che un particolare aspetto, hanno ricadute e mettono in atto dinamiche ben più complesse all'interno dei sottosistemi di appartenenza del paziente. Trattandosi di un paziente migrante, tali sottosistemi non possono essere genericamente ricondotti ad una non meglio precisata e rigida "cultura di appartenenza", ma sono costituiti da persone in carne ed ossa, figure di riferimento significative per i pazienti, che sempre vivono anche altrove, in particolare nel paese di origine. È perciò indubbio, che la complessità del sistema in cui si muovono le relazioni tra terapeuta, o gruppo etnopsichiatrico, e paziente, vanno ben oltre la costruzione di un linguaggio comune al gruppo. Ho insistito altrove (Losi, 2000; Losi, Schellenbaum, 2003) sulla fondamentale e formidabile opportunità che ci viene offerta dalla ricca produzione di fiabe popolari, per rappresentarci un modello di riferimento, un percorso flessibile ma strutturato, attraverso il quale aiutare il paziente a percorrere la sua fiaba spogliandosi dei panni della vittima per indossare quelli dell'Eroe.

Quindi per rispondere al quesito dal quale è scaturita questa lunga conversazione, cioè dove mi colloco io tra Claudia e Ali, ovvero a quale mondo aderisco, mi sembra evidente che non posso rispondere che dicendo di aderire ad entrambi.

Claudia e Ali

Ho trattato il caso di Claudia e Ali a Milano, tra la primavera del 2000 e quella del 2001, mentre vivevo ancora a Ginevra e avevo consultazioni regolari, due volte il mese a Milano. Fino all'estate 2001 ho tenuto a Milano anche consultazioni in etnopsichiatria, con un gruppo di colleghi in formazione. Dopo il mio trasferimento a Roma non ho più tenuto il gruppo di Milano e Claudia e Ali sono stati gli ultimi pazienti da me trattati con questi colleghi.

Mi sono volutamente dilungato, oltre che sulla mia posizione teorica, sui miei dati biografici e professionali, per offrire al lettore alcuni elementi che ritengo importanti per comprendere la mia posizione, o interpretazione del modo di essere terapeuta, non solo per la mia formazione teorica e professionale, ma, forse soprattutto per l'esperienza diretta di essere parte, sin da molto giovane, di un "sistema malato" o definito/stigmatizzato come tale. Aggiungerò che all'epoca del trattamento di questa coppia, ero io stesso un immigrato.

Il caso di Claudia e Ali si pone per molti versi in modo parzialmente profano anche rispetto all'etnopsichiatria, già di per sé considerata da molti una disciplina, un'arte, profana per eccellenza. In particolare perché le prime sedute in cui ho visto questa coppia sono state gestite individualmente, utilizzando un formato variabile del setting: coppia, singoli (Claudia e Ali), coppia + amici, ecc., e attribuendo nella gestione della relazione terapeutica, ai diversi partecipanti, volta per volta una funzione co-terapeutica.

In questo modo, pur in mancanza dei co-terapeuti (che appariranno nel setting solo successivamente), è stato comunque impostato sin dall'inizio un approccio etnopsichiatrico.

Claudia è una donna di circa 40 anni che entra in contatto con me in occasione della presentazione di un mio libro in una libreria Feltrinelli a Milano (Losi, 2000). Mi dice di essere sposata con "un africano", e che vorrebbe assolutamente che io lo ricevessi perché ha sicuramente bisogno di una psicoterapia. Dopo un contatto telefonico, la coppia si presenterà, qualche settimana dopo, all'appuntamento.

Il quadro in cui vengono ricevuti è assolutamente “convenzionale”. Sono solo, dietro una scrivania, in un piccolo studio abbastanza intimo e accogliente, ma che non ha nulla a che vedere con un setting etnopsichiatrico. Claudia e Ali fanno immediatamente degli accostamenti tra lo studio e l’Africa. Raccontano dei loro problemi, o meglio, è soprattutto Claudia che racconta dei problemi di Ali. Sono sposati da dieci anni, e lui è perennemente in una situazione di instabilità lavorativa. E’ arrivato a Milano dalla Costa d’Avorio, perché sua sorella l’ha convinto ad andarsene per “proteggersi”.

Suo padre, infatti, ha due mogli, e tutti i figli della seconda, di cui Ali è il penultimo, sono colpiti da una cattiva sorte. C’è qualcosa di male che succede nei loro confronti. Proprio questa sorella, così cara a Ali, è morta due anni fa in un incidente stradale.

“Si tratta di un caso di sorcellerie (stregoneria)?” chiedo.

La reazione del paziente è affermativa.

Claudia non sa più cosa credere. L’amore e la fiducia per Ali la sostengono, ma nello stesso tempo non capisce come queste cose possano esistere, e soprattutto come il terapeuta possa crederci.

Li congedo con la prescrizione che trovino un uovo bianco di una gallina bianca che dovranno mettere sotto il loro letto, dalla parte dove dorme Ali, il quale riferirà, al prossimo incontro (dopo circa tre settimane), i suoi sogni. Uscendo chiedono il conto, rispondo che non è il caso, che si vedrà più avanti.

Nonostante l’attrazione che l’esotismo africano di Ali esercita su Claudia quel che succede in prima seduta è veramente provocatorio per lei. Non è così facile credere alle stregonerie ed ai loro effetti a distanza. Come è possibile che la ragione per cui suo marito in 10 anni non sia riuscito ad inserirsi decentemente in nessun lavoro sia dovuto a questo e non piuttosto all’impossibilità di adeguarsi ad una situazione svalutante, soprattutto per un uomo fiero come Ali che difficilmente si adatta a contesti anche vagamente discriminatori?

D’accordo che il terapeuta che ha contattato è un “etno”, ma queste convinzioni e prescrizioni sono eccessive. Sembra traspirare questo tipo di pensiero dalla mente di Claudia.

Altro elemento importante della seduta, che come spesso accade riguarda la fase di chiusura, è la decisione di non chiedere un pagamento. Potremmo dedicare pagine intere a questo aspetto della relazione con i pazienti ed in particolare con le coppie miste come quella in questione. Per ragioni di spazio sottolineerò brevemente i due elementi principali: da un lato il messaggio implicito in questa decisione è che, come nella cultura di appartenenza di Ali, si paga ad obiettivo raggiunto; dall’altro occorre considerare che, avendo sin dalla prima seduta pensato che ad un certo punto avrei ricevuto Claudia e Ali nel contesto del gruppo etnopsichiatrico, i costi reali del trattamento non potevano essere sostenuti da loro direttamente. Questo discorso vale in generale per tutti i trattamenti con questo tipo di setting e non vedo, almeno per ora, soluzione diversa da quella che praticavo, cioè la convenzione con un

servizio pubblico o con un'università, oppure, come in questo specifico caso, con una scuola riconosciuta di formazione per psicoterapeuti che sosteneva economicamente l'esperienza in cambio della partecipazione dei co-terapeuti in formazione al trattamento stesso. In altri termini, i co-terapeuti, pur essendo tutti psicoterapeuti, erano in formazione per questo specifico approccio, e in tal modo ricevevano una formazione contribuendo nel contempo al trattamento.

Seconda seduta

Alla seduta successiva la coppia si presenta senza l'uovo bianco della gallina bianca, che non erano riusciti a trovare. Lo porto invece io: questo evento sembra impressionarli, quantomeno immagino, da un lato perché ho mostrato di aver continuato ad interessarmi di loro anche al di fuori della seduta, dall'altro perché non è affatto semplice trovare un uovo bianco di una gallina bianca. Oltretutto, a parte la verificabilità del colore dell'uovo, bisogna poi essere sicuri del colore della sua fattrice!

Si succederanno altre cinque sedute, ad intervalli di due o tre settimane, in "formati" differenti: in coppia, individualmente prima lei poi lui, con un amico ivoriano di Ali, di nuovo in coppia. Nella vita di Ali e Claudia, nel periodo in cui si sono svolte queste sessioni (marzo-luglio 2000) sono avvenuti alcuni cambiamenti importanti. Tra tutti il più evidente riguarda Ali, che immediatamente dopo la seconda seduta, quella in cui portando l'uovo li ho sostituiti nella prescrizione, per la prima volta in dieci anni trova un lavoro stabile, di cui è contento e soddisfatto.

La definizione del problema della coppia si sposta ora da Ali verso Claudia. Se inizialmente la loro richiesta di aiuto riguardava lui, ora è Claudia che sembra improvvisamente disorientata e depressa. Ma prima di passare alla nuova definizione dei loro problemi, che verranno trattati nel setting etnopsichiatrico – come descritto indietro -, sono necessarie alcune brevi note sull'interpretazione offerta ai motivi di questo cambiamento.

La buona notizia del lavoro di Ali mi viene data da lui stesso per telefono. Più precisamente, mi chiede se sia possibile spostare il giorno dell'appuntamento perché ha appunto trovato lavoro,

e non può assentarsi proprio all'inizio del contratto. Non potendo spostare l'appuntamento, gli dico che riceverò Claudia da sola. All'inizio della seduta, pur portando questa notizia così importante, Claudia appare di tono e umore depressi. La invito a riflettere su questo suo stato d'animo, e per la prima volta emerge il problema del contrasto nella coppia sulla maternità/paternità, che verrà approfondito più avanti. Ma, sia in questa seduta con la sola Claudia, sia in una successiva con il solo Ali, emergerà una loro sostanziale omogeneità nell'interpretazione delle cause o circostanze che hanno favorito il buon esito della ricerca di lavoro di Ali. Entrambi ritengono che sia essenzialmente merito del terapeuta.

Occorre a questo punto spiegare, per rendere possibile la comprensione al lettore, che al termine di ogni seduta avevo assegnato, o alla coppia o ad uno dei coniugi, alcune prescrizioni che avevano seguito quella iniziale dell'uovo bianco della gallina bianca. Le prescrizioni erano le seguenti: farsi inviare un sacchetto di terra dalla tomba della sorella di Ali, morta in un incidente stradale, dal cimitero in Costa d'Avorio dove è sepolta; conservare il sacchetto insieme all'uovo; successivamente è stato loro richiesto di bollire l'uovo fino a renderlo sodo, di trituarlo e di mescolarlo a del terriccio per fiori e a un poco della terra della tomba, di riempire un vaso, interrareci un geranio ed avere cura della piantina. In particolare, sarebbe stata Claudia a doverne aver cura e a metterla in un luogo della casa dove avrebbe potuto passare quotidianamente qualche minuto in meditazione.

Ali dal canto suo, in occasione della successiva consultazione (la quarta) è raggiante per il nuovo lavoro, dirà che non può "scientificamente" affermare che siano state le mie prescrizioni ad aiutarlo, perché altri interventi svolti precedentemente da persone con poteri magici in Costa d'Avorio possono essersi sovrapposti. Egli ritiene però che il mio contributo sia stato essenziale, perché comunque, anche se non avesse avuto la fortuna di trovare questo lavoro, le prescrizioni date, gli "oggetti" costruiti, gli avevano consentito di avere quotidianamente qualcosa di vicino, di palpabile, che costituisse un riferimento, una presenza. (Si riferiva alla piantina, che curerà lui, perché Claudia, innaffiandola troppo, rischiava di soffocarla).

Prima di continuare con la narrazione degli eventi terapeutici, vorrei riprendere alcuni aspetti peculiari del triangolo relazionale costituito dai due membri della coppia e dal terapeuta accennati all'inizio. È evidente come questo triangolo si complessifichi una volta modificato il setting, da individuale ad etnopsichiatrico. Nel setting individuale, laddove per individuale mi riferisco alle sedute in cui ho visto da solo la coppia, i due membri della coppia portavano in seduta due mondi diversi. Il terapeuta portava la sua esperienza diretta di compatibilità esistenziale di questi due mondi fungendo per la coppia come dimostrazione tangibile di poter “credere” tanto alle interpretazioni dell'uno, che a quelle dell'altro. Nel setting grupale etnopsichiatrico, la realtà relazionale e gli ambiti da considerare si sono moltiplicati. Oltre alla cultura creola, creata dalla coppia al suo interno, ed al suo modo di interagire con il terapeuta, si è aggiunta una “cultura di gruppo” costituita dalla realtà del setting, e costruita congiuntamente dal terapeuta, dal gruppo dei co-terapeuti e dai pazienti. In questo contesto, la costruzione di scenari terapeutici è moltiplicata in misura esponenziale, così come, del resto, il rischio di confondere i pazienti se il terapeuta non riesce a reggere con autorevolezza l'incremento di complessità relazionale, fallendo così l'obiettivo della costruzione della “nuova storia che cura”. Se le regole comunicative del setting etnopsichiatrico vengono rispettate, questo ci consente di prendere in considerazione e di valorizzare più realtà, senza che si escludano a vicenda, ma lasciandole libere di intrecciarsi e “creolizzarsi”.

Per esemplificare questo intreccio utilizzerò alcuni “spezzoni” della seduta immediatamente successiva a quella appena descritta.

Fino a questo momento della terapia, mi ero mosso nella prospettiva della cultura di Ali: avevo legittimato le ipotesi eziologiche “africane” del suo malessere, avevo agito su di esse (gli oggetti/prescrizioni di “protezione” contro gli attacchi di “stregoneria”), avevo predisposto strumenti per garantire la salvaguardia della coppia dai malefici perpetrati.

Come abbiamo visto, questo approccio è stato inizialmente spiazzante per Claudia, che non aveva parametri credibili per muoversi nella realtà della *sorcellerie*; tuttavia la piena legittimazione data dal terapeuta al nuovo contesto ha fatto sì che anch'essa ben presto accettasse di accoglierla.

Ma veniamo all'approccio con il nuovo *setting*: quando la seduta inizia, i due coniugi relazionano sugli straordinari benefici ottenuti da Ali, che, come si è detto, ha trovato un ottimo

lavoro da cui si sente gratificato, gode di un umore eccellente, ha ripreso a fare sport, ed è, per dirla con le parole di Claudia, *“diventato proprio un'altra persona!”*.

A questo punto prende rilievo il problema squisitamente relazionale che era stato messo in ombra dal prolungato malessere di Ali: egli vuole a ogni costo un figlio, mentre Claudia mostra delle palesi resistenze. Ci sono discussioni e incomprensioni a questo proposito. Ali esplicita che pur amando Claudia con tutto il cuore, se lei non gli darà un figlio, lui comunque sarà costretto a farlo con un'altra donna. Il gruppo si interroga sulle origini del “blocco” che Claudia dichiara di avvertire.

Il primo indirizzo percorso dal terapeuta è quello di andare a ricercare un'eziologia nella stessa logica delle sedute precedenti - una spiegazione “tradizionale” -, ipotizzando interventi legati alla stregoneria:

Terapeuta - Chi ha fatto qualcosa a sua moglie, che non le fa fare un figlio?

Ali - Nessuno, credo che sia un fatto culturale...

T. - Non sono mica convinto che non ci sia nessuno...

A. - No, perché da quando la conosco ha sempre portato la spirale.

T. - Può essere qualcuno che l'ha fatto prima, questo lavoro... secondo me lei lo sa.

Come si vede da questi turni verbali, il terapeuta ipotizza senz'altro un intervento malefico. Tuttavia, per due volte Ali rifiuta la possibilità che vi possa essere qualcosa del genere, e chiama esplicitamente in causa differenze culturali tra i due *partners*: su questo punto, e sui significati che può assumere, tornerò più avanti.

Dopo la terza volta che ipotizzo la presenza di un maleficio, Ali accetta comunque di parlare dell'Africa, per dire che, durante un suo viaggio al paese d'origine, aveva consultato un'indovina secondo la quale la moglie gli nascondeva qualcosa; un segreto che però non sembra avere nulla a che fare con supposti malefici. In altre parole, il rifiuto di ammettere un'eziologia connessa alla *sorcellerie*, almeno per il momento, in questa seduta, è evidente. Vedremo più avanti il significato profondo di questo rifiuto.

Il gruppo a questo punto decide di non insistere nel tentativo di contestualizzare all'interno del piano di realtà seguito fino a ora il nuovo malessere, e rapidamente contribuisce a creare uno scenario affatto differente, che tuttavia non appare mai in contraddizione con il precedente.

Si raccolgono informazioni su come si sono svolti i litigi, e sui contenuti psichici che possono essere alla base del rifiuto di Claudia di avere bambini.

Emergono così alcuni elementi:

- Claudia dichiara di temere che Ali non accudisca un eventuale figlio e la lasci da sola a farsi carico del piccolo: il marito tuttavia risulta essere una persona già abituata a curare bambini (*“io ho curato i miei nipoti e i miei fratelli”*) ed è molto attento e fedele nel prendersi cura delle “cose” vive della famiglia: è particolarmente accurato nella cura delle piante, soprattutto del geranio con funzioni protettive messo a dimora secondo le prescrizioni di cui abbiamo parlato in precedenza, e che Claudia trascurava; non emerge nulla che possa far pensare a una sua scarsa affidabilità. Ben presto Claudia riconosce che si tratta di proiezioni della sua personale sensazione di incapacità ad accudire la prole.
- Claudia dichiara di avere avuto un modello materno del tutto inadeguato: a suo dire, sua mamma non era in grado di accudire efficacemente né lei né la sorellina.
- Claudia ha un desiderio fortissimo di maternità, ma vissuto in modo conflittuale, nascosto dalla paura di non dimostrarsi all’altezza delle aspettative del marito (soprattutto nel concepire) e di poter quindi venire abbandonata.
- Claudia è ambivalente nei confronti dei risultati professionali di Ali: da un lato ne è orgogliosa, e il marito soddisfatto e realizzato le piace molto; dall’altro è dispiaciuta del suo successo, perché questo lo rende autonomo, e lei teme, quindi, di venire abbandonata.

Come si può vedere, abbiamo a che fare con contenuti del tutto coerenti con un’interpretazione “occidentale” della sofferenza psicologica: conflitti intrapsichici, proiezioni, sensi di colpa, eccetera.

Vi è stato quindi un passaggio rapido e logico da un territorio culturale all’altro, senza stonature e senza conflitti, legittimando entrambe le letture della realtà.

Questa situazione viene esplicitamente riconosciuta da un intervento nel gruppo dei terapeuti:

Co-Terapeuta - C’è una cosa che mi ha colpito. Quando Ali descriveva il periodo in cui stava male, ha utilizzato parole che sono le stesse che potrebbe usare adesso Claudia. Ali diceva: “mi sentivo ancora giovane, potevo fare tanto, realizzarmi nel lavoro, eppure sentivo dei blocchi”. E Claudia in

fondo ci sta dicendo: “mi sento ancora giovane, potrei realizzarmi con un figlio, eppure sento dei blocchi”. C’è una somiglianza tra loro.

A questo punto intervengo per dire che, effettivamente, è stato fatto un lavoro per togliere di mezzo i blocchi di Ali, sia pure solo ipotizzati. E che si può cercare di fare lo stesso con Claudia, anche se lei forse conosce la natura dei suoi.

Questo tipo di interventi legittimano le differenze, e riconoscono piena cittadinanza e pari dignità a entrambi gli scenari, che convivono e si intersecano, senza escludersi.

La sessione si conclude con Claudia sollevata e soddisfatta per essersi sentita compresa, e per aver colto di sé cose che forse sospettava, ma di cui non era ben consapevole; Ali, dal canto suo, è stupefatto dalla rivelazione che Claudia desidera tantissimo avere figli. E’ una situazione in fondo speculare alla soddisfazione di Ali nelle prime sedute, quando si è sentito compreso nella sua lettura della realtà, ed è stato aiutato a superare le difficoltà in un contesto a lui familiare, mentre Claudia si diceva stupefatta per l’irrompere del “soprannaturale” nella loro vita di coppia.

Nell’incontro successivo, Claudia esporrà sull’origine delle sue ambiguità: vi era una spiccata confusione nella sua immagine di “mamma”, dovuta al sovrapporsi di due figure. Una era la mamma naturale, che l’aveva procreata, e che lei riteneva del tutto inadatta ai compiti accuditivi della prole; l’altra era la governante che si era presa cura di lei e della sorella fino all’età adolescenziale, con grande competenza e affetto, e di cui lei parla con molta commozione. La confusione in cui si era bloccata era del tipo: *“le mamme che mettono al mondo non sanno crescere i bambini, le mamme che non procreano lo sanno fare”*.

Anche a Claudia verrà assegnata una prescrizione, quella di organizzare un incontro con la sua mamma putativa, quella che l’aveva affettivamente nutrita e cresciuta e che, ormai molto anziana, vive in un’altra regione. Prima della definizione della prescrizione naturalmente si intrecciano molte domande, risposte, descrizioni. Sappiamo tra l’altro che questa “mamma” prova un sentimento di grande affetto e accettazione anche per Ali e anche lei non vede l’ora di vederli genitori e di diventare “nonna”.

Nelle sedute successive si svilupperanno questi temi, essenzialmente legati alle paure dei componenti della coppia, all’interno di un clima però completamente modificato dalla comune consapevolezza di volere entrambi avere un figlio. Il terreno ora non è più quello di una

prospettiva e di un atteggiamento diverso e conflittuale rispetto alla genitorialità, ma quello di verificare insieme se ci si sente di farlo.

Come è avvenuto più volte nel corso di questa terapia, alcuni aspetti negati nel corso di sedute precedenti riaffiorano più tardi. Ho riportato più sopra come in riferimento alle spiegazioni della paura/rifiuto della moglie di fare un figlio, Ali negasse un'interpretazione "tradizionale" legata alla sua cultura. Ora, avendo sgombrato il campo dall'ostacolo posto dal rifiuto di Claudia della maternità, emerge invece, in forma quasi di terrore, la paura di Ali per il mondo ancora minaccioso rappresentato dal padre e da parte della famiglia estesa rimasta in Costa d'Avorio.

Ancora una volta, il senso dell'intervento terapeutico è stato quello di ripercorrere con Ali e Claudia, in presenza coreutica del gruppo di co-terapeuti, l'incredibile percorso compiuto da Ali e la presenza e vicinanza costante esercitata da Claudia e viceversa. Ho posto in altri termini Ali nella posizione dell'Eroe, maturo ormai per poter tornare a casa e mostrare al padre, ormai vecchio e bisognoso di tenerezze filiali più che di affronti, come la via da lui percorsa sia comunque rispettosa della sua autorità. Il timore di Ali per le maledizioni del padre, che in gran parte erano causate dal ritardo protratto nel dargli un nipote da parte di Claudia, si ridimensionano e solo quando si sentirà abbastanza forte da affrontare il padre il terapeuta acconsentirà a fargli fare un viaggio di ritorno a casa. Prima della sua partenza il terapeuta farà circolare un foglio bianco e chiederà a ciascun co-terapeuta di scrivere qualcosa per accompagnare Ali nel suo lungo viaggio. Il foglio verrà poi arrotolato dopo che anche il terapeuta avrà scritto, per ultimo, il suo messaggio, e verrà consegnato ad Ali, che lo porterà con sé.

Ultima seduta e rituale finale

Dopo il lungo viaggio Ali torna e il gruppo lo accoglie con grande attenzione. Ali parlerà ininterrottamente per circa un'ora, mostrando una "mente colorata". Il viaggio gli ha consentito di vedere con occhi diversi ciò che fino allora aveva visto e vissuto in bianco e nero, senza sfumature. Il padre è ormai una persona anziana, per cui provare rispetto, tenerezza e forse compassione più che timore. Il villaggio è un luogo della memoria, importante, fondamentale, ma la vita ha le sue prospettive e una sua continuità qui. Non è qui possibile riportare tutto il materiale riportato da Ali in seduta. Fondamentale è che il terapeuta e il gruppo gli riconoscano e

gli confermino di aver portato a termine con successo questa prova. La terapia si concluderà con un ultimo incontro in cui verrà elaborato un rituale finale. Ali e Claudia porteranno cibi e bevande. Io porterò dell'incenso, che verrà bruciato in un vaso insieme con il foglio sul quale, prima della partenza di Ali, ciascuno di noi aveva scritto parole di accompagnamento. Al termine del rituale il vaso si spezzerà in tanti cocci e sarà Ali stesso ad affermare che ciò è di buon auspicio.

Effetti della terapia

Dopo poche settimane Ali mi chiamerà per dirmi che Claudia, rimasta incinta immediatamente, aveva perso il feto e si sentiva molto depressa, sconsolata. Li incoraggerò dicendo che questo avviene abbastanza di frequente e che presto tutto andrà per il meglio. In effetti dopo pochi mesi Claudia rimarrà di nuovo incinta e dopo una gravidanza normale darà alla luce un bellissimo bambino, creolo, figlio di due culture: Ousmane Andrea.

Conclusioni

È possibile individuare, nell'esperienza di un gruppo ad indirizzo etnopsichiatrico, alcuni valori e convinzioni di base che riguardano il disagio, la malattia e il benessere, la salute mentale e i possibili processi di guarigione. Da un lato le esperienze vissute dai singoli, le credenze che le sostengono vengono considerate esperienze reali, modi possibili di approcciarsi al mondo, mondi possibili, reali per il soggetto e quindi legittimi; dall'altro il processo terapeutico, la "guarigione, è un "viaggio " per riprendersi, riaversi, e in specifico "ricostruire" le lacerazioni dell'esperienza migratoria e, in tal modo, riconquistare benessere, autonomia, responsabilità di sé e nelle relazioni sociali.

Questo viaggio è un percorso di conoscenza di sé, di riaffermazione del proprio esistere che si sviluppa attraverso la relazione con altri sé, nell'interazione con altri soggetti e mondi possibili, in un ambito di gruppo.

Il gruppo etnopsichiatrico, quindi, come "ambiente familiare" dove ci si può affidare, confrontare, apprendere, crescere, "riprendersi", guarire.

Il ruolo del terapeuta in tale gruppo si configura attraverso funzioni specifiche di ascolto e di restituzione al gruppo degli eventi emergenti quali stimoli per proseguire, costituendosi ora come alleato dei soggetti richiedenti aiuto e impegnandosi a valorizzare le loro scelte e competenze; ora come catalizzatore e integratore delle conoscenze, delle risorse via via prodotte dagli altri soggetti presenti nel gruppo.

L'elemento saliente nel trattamento etnopsichiatrico di una coppia mista è quello di agire nell'ambito di differenti realtà culturali, senza che una ne escluda un'altra. Capacità che nel corso della terapia apprendono entrambi i coniugi, quasi per imitazione, seguendo l'andamento della discussione/conversazione tra i membri del gruppo.

Perché ciò avvenga è indispensabile che entrambi gli ambiti di riferimento dei due *partners* siano legittimati a esistere, e a esistere contemporaneamente. Questo obiettivo viene raggiunto seguendo alcune regole di base.

1. *Attenzione rispettosa e legittimazione di ogni riferimento culturale proposto*: intendo con questo l'accettazione di ogni materiale offerto dai pazienti, e dai membri del gruppo, sia riferito a ipotesi eziologiche del disturbo, a meccanismi patogenetici o a spunti interpretativi;
1. *Sottolineatura di parallelismi che portino a percepire come pari in dignità i diversi riferimenti*. Ho riportato ad esempio una sequenza verbale di una seduta in cui veniva evidenziato come il malessere di Ali, interpretato all'interno del suo sistema culturale, fosse molto simile, e quindi su un piano di pari dignità e legittimazione, a quello di Claudia.
1. *Disponibilità a passare continuamente da un sistema all'altro*.
4. *La discussione tra i co-terapeuti avviene soprattutto per "addizione" raramente per "contraddizione"*: il co-terapeuta che interviene dopo un collega, in genere non lo fa contestando quanto ha appena detto l'altro, ma aggiungendo il suo punto di vista, secondo una modalità "e...e", piuttosto che "o...o". Laddove l'intervento sia invece contraddittorio rispetto al senso del precedente, questo non produce conflitto tra i membri del gruppo, viceversa ascolto e rispetto reciproco. Questa modalità consente convivenza senza negazione, producendo una situazione di multi-realtà, di creolizzazione delle idee, che è speculare a quanto avviene tra i due membri della coppia.

Attraverso questo processo interattivo si arricchisce, si approfondisce la definizione della realtà (del problema affrontato); si costruisce nel gruppo una realtà “creola” a più livelli che prevede di costruire “vie d’uscita” pure “creolizzate”, di individuare strumenti terapeutici innovativi, vie originali di guarigione.

Tali strumenti terapeutici innovativi sono gli oggetti “terapeutici” riconoscibili in cose concrete (es. l’uovo bianco della gallina bianca, la piantina, un filo rosso, un foglio di augurio e accompagnamento, ed altro), connettono mente e corpo, passato e presente, ovvero memorie diverse e diversi modi attraverso i quali le diverse culture ci abituaano e ci consentono di ri-evocare le esperienze. Mi sembra si possa dire che esse siano essenzialmente di tre tipi, correlati ma distinti: *rammentare*, *ricordare*, *rimembrare*. Come è facile constatare dai significati etimologici dei tre distinti verbi che utilizziamo, il primo ci riporta alla *mente*, il secondo al “*cordis*” all’affettività, il terzo alla memoria racchiusa nelle nostre *membra*. È qui solo di striscio che introduco una breve considerazione sull’uso estremamente diffuso di questa memoria profonda nel modo di esprimere il proprio malessere psichico da parte degli immigrati. Anche gli oggetti/prescrizioni utilizzate in questa terapia hanno attivato diversi strati e tipi principali di rievocazione della memoria. Oggetti, dunque, non solo come realtà materiali, ma neppure solo realtà psichiche, bensì come accompagnamento di una o più prescrizioni, che in ogni caso non avrebbero senso alcuno se non fossero inserite in una precisa strategia terapeutica. Ho già brevemente accennato, rinviando ad altri testi (cfr. in particolare Losi, 2000), all’efficacia terapeutica ottenuta nel posizionare il paziente nel ruolo strutturale e metaforico dell’Eroe delle fiabe. Ma una volta individuato il paziente in questa prospettiva, il lavoro terapeutico deve consistere nell’accompagnarlo in un percorso, un viaggio, in cui possa esperire alcuni passaggi strutturali che gli vengano riconosciuti e legittimati dal terapeuta e dal gruppo. In altri termini deve essere costruito insieme un rituale di passaggio che a sua volta costruisca una persona/una coppia nuova. I passaggi strutturali, fondamentali, di questo processo sono quattro :

1. la valutazione critica sulla possibilità/capacità/maturità ecc. del paziente ad affrontare la/le prove che il terapeuta gli/le prescriverà;
1. la definizione delle prove (prescrizioni);
1. l’attuazione delle prove;
1. il riconoscimento che le prove sono state effettuate e superate con successo.

Ho sperimentato l'efficacia di questo approccio, nei casi in cui, come nella storia di Alì e Claudia, uno dei due partners sia di un'origine geografico-culturale differente da quella dell'altro. Suppongo che un'efficacia analoga possa essere ottenuta utilizzando la stessa "filosofia" al trattamento di coppie all'apparenza culturalmente omogenee. Questa potrebbe costituire una strada innovativa e promettente nella ricerca sulla terapia della coppia. Ritengo però che il terapeuta interessato a questa prospettiva debba a sua volta essere accompagnato in un processo di formazione attraverso il quale, per poter posizionare il paziente nel ruolo dell'Eroe, debba lui/lei a sua volta rischiare le proprie certezze per trovare una propria posizione in questo ruolo. E, almeno nella nostra cultura, quale Eroe se non Ulisse può rappresentare un modello di riferimento? Cercherò di concludere discutendo su alcune caratteristiche "terapeutiche" che l'insegnamento di Ulisse ci offre. Credo che il terapeuta, come Ulisse, debba imparare ad affrontare la complessità della sua esperienza facendo propri tre strumenti strategici dell'agire, dell'essere nel mondo, di Odisseo: *la menzogna, l'astuzia, il vagabondare*.

Il lettore attento potrà trovare in questi riferimenti alcune chiavi di comprensione della posizione del terapeuta o dell'etnoterapeuta che dir si voglia.

Mentire significa assumersi la responsabilità di "accettare" di riconoscere la distanza che intercorre tra "apparenza" e "realtà", uscendo dall'ingenuità di quanti credono che le cose siano ciò che appaiono. Ulisse è il primo a utilizzare la doppia coscienza per cui, chi mente sapendo di mentire, si posiziona ad un grado più alto di veridicità, perché abbandona l'ingenuità per abitare la complessità dei due livelli: la realtà e la sua maschera (Losi, Schellenbaum, 2003). Non più verità assolute, ma probabilità plausibili. In questa prospettiva dunque, la *menzogna* è la radice dell'intelligenza. Per mentire dobbiamo metterci nei panni dell'altro, interpretando le sue attese, studiando i suoi comportamenti ed evitando di rendere troppo chiari i propri.

L'astuzia di Ulisse è la "phronesis" che non è sinonimo di furbizia, ma di saggezza, in altri termini della capacità di trovare di volta in volta il punto di equilibrio tra forze contrastanti. Corollario *dell'astuzia* è la *prudenza*, in quanto, trovandoci a decidere senza verità precostituite, dobbiamo anticipare gli eventi senza certezza per produrre risultati deducibili attraverso principi immutabili. In terapia non abbiamo a che fare con ciò che accade sempre, con risultati certi, come nella matematica, ma con ciò che accade "per lo più", con ciò che compare di volta in volta, in modo imprevisto. La *phronesis* è una sorta di etica del viandante, unica proponibile nell'età che viviamo, dove le scoperte a ritmo accelerato che la tecnica ci propone, non ci

consente di accomodarci su soluzioni immutabili. Dobbiamo prendere decisioni, come Ulisse tra Scilla e Cariddi, perché, come Ulisse, non disponiamo di mappe dove la rotta da percorrere sia già tracciata. La struttura delle fiabe, come ho più volte “*ri-cordato*”, costituisce una traccia, di volta in volta da re-inventare, non una soluzione pre-determinata. Dev’essere considerata più come un canovaccio della commedia dell’arte, che un’opera teatrale scritta a tavolino, magari filologicamente corretta e corrispondente alla versione originale dell’autore. Gli “etnopsy” inesperti spesso confondono questa attitudine del terapeuta e rivolgono i loro sforzi verso la vana ricerca di qualcosa, di una strada, di uno strumento terapeutico “originario”, che in quanto tale sarebbe per ciò stesso efficace per i pazienti immigrati di quella particolare “cultura originaria”. In questa prospettiva l’etnopsy dovrebbe essere una sorta di enciclopedia dell’antropologia psichiatrica applicata. Credo invece che la saggezza (in greco *phronesis*) dovrebbe essere il principio guida della prassi del terapeuta, visto che non disponiamo di una norma, né di un elenco enciclopedico di norme. Questo è il nostro limite e in questo limite dobbiamo muoverci, ma questa consapevolezza non ha nulla a che vedere con una sorta di elogio di un’anarchica erranza. Questo “nomadismo terapeutico” rappresenta il rifiuto del gioco fittizio delle illusioni (diagnosi, ancorché “cultural sensitive”) evocate come sfondo protettivo. Se siamo disposti a rinunciare alle nostre convinzioni, quando il loro radicamento non rappresenta che la ripetizione acritica di vecchie abitudini, l’etica del viandante ci offre un modello di cultura che scongiura l’illusione di poterci muovere seguendo le mappe di etiche antiche da riprodurre acriticamente.

Il *vagabondare*. Stiamo vivendo anni che, attraverso i processi migratori, confonderanno i confini dei territori su cui si orienta-va la nostra geografia. Usi e costumi si contaminano ed è possibile ipotizzare la fine delle nostre etiche basate sulle nozioni di proprietà, territorio, confine, a favore di un’etica che, dissolvendo recinti e certezze, vada configurandosi come etica del viandante che non si appella all’evidenza superficiale, ma all’esperienza. Ne dovrebbe essere consapevole anche il terapeuta, seguendo l’insegnamento di Ippocrate che apre questo contributo.

BIBLIOGRAFIA

1. Andolfi M., Angelo C., Tempo e mito in psicoterapia familiare, Torino, Bollati/Boringhieri, 1988.

2. Barth F., *Ethnic Groups and Boundaries*, Boston, Little, Brown & Cie, 1969.
3. Citati P., *La mente colorata, Ulisse e l'Odissea*, Milano, Mondadori, 2002.
4. de Martino E., *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, a cura di Clara Gallini e Marcello Massenzio, Torino, Einaudi, 2002, in particolare il capitolo su "Apocalissi culturali e apocalissi psicopatologiche".
5. Di Mitri G.L., *Mitografia, danza e dramma sacramentale alle origini del tarantismo*, in AA.VV. *Transe, guarigione, mito*, Nardò (LE), BESA, pp. 69-99.
6. Douglas M. (a cura di), *La stregoneria*. Torino, Einaudi, 1981.
7. Galimberti U., *Ulisse: i pensieri di uomo che cambiò l'occidente*, *La Repubblica*, 30 maggio 2001.
8. Losi N., "Doppio, riscatto e imbroglio: categorie per la comprensione della follia degli altri", Milano, *Rivista Italiana di Gruppoanalisi*, N. 20, 1996.
9. Losi N., "Migrazioni, disordini psichici, etnopsichiatrie", in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, Milano, N. 4-5, March 1999, pp.8-12.
10. Losi N.: *Vite altrove. Migrazione e disagio psichico*, Milano, Feltrinelli, 2000.
11. Losi N., *Riflessioni sulla costruzione di oggetti terapeutici nel lavoro etnopsichiatrico* in Rotondo A. - Mazzetti M. (a cura di), *Il carro dalle molte ruote*, Milano, Ed. di Terrenuove, 2001.
12. Losi N., "La mente del migrante", in *CIR Notizie*, Roma, Gennaio/Febbraio, 2003, pp. 20-22.
13. Losi N., Schellenbaum P., *Orientamento Psicosociale*, in *Guida per gli orientatori degli immigrati in Italia*, International Organization for Migration, Roma, 2003.
14. Nathan, T.: *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Dunod, Paris 1986 (tradotto in italiano e ampliato a cura di Mariella Pandolfi: *La follia degli altri. Saggi di etnopsichiatria*, Firenze, Ponte alle Grazie, 1990).
15. Nathan T., "On Ethnopsychiatry", in N. Losi (Ed.), "Psychosocial interventions in War Torn Societies. The case of Kosovo". *Psychosocial Notes*, N.1, International Organization for Migration, Geneva, 2000.
16. Piazza G., "Sulla 'possessione europea' ", in *AM*, 1-2, 1996, pp. 261-286.
17. Tamblé M.R., *Tarantismo e stregoneria: un legame possibile*, in AA.VV. *Transe, guarigione, mito*, Nardò (LE), BESA, pp. 101-117.

Postfazione

Come mi aveva chiamato tra i primi per annunciarmi felice la nascita di Ousmane Andrea, Ali mi chiamerà in un mattino tristissimo di inizio estate per farmi partecipe del suo incontenibile dolore perché il bambino è morto. Un intervento chirurgico “banale” che si è trasformato in una tragedia.

Riporto qui, con il suo permesso, la lettera che la mamma Claudia gli ha fatto leggere da un’amica durante la cerimonia funebre. Racchiude il dolore, la disperazione, la speranza, la volontà di continuare insieme, proprio così come questa coppia molto cara ci ha espresso nel corso di una seduta speciale che il gruppo che l’aveva seguita ha loro dedicato nei giorni immediatamente successivi ai funerali di Ousmane Andrea.

“Caro Ousmane Andrea,

il telefono continua a squillare, rispondo e spero sempre che dall’altra parte qualcuno mi dica che questo è stato solo un brutto sogno. Invece sono le tante persone che conoscono il tuo papà e la tua mamma che dichiarano il loro dolore, la loro costernazione. Piangono, urlano, non riescono a parlare si disperano, non ci credono!

Nel frattempo il tuo papà e la tua mamma hanno consumato tutte le lacrime che avevano e cominciano ad intessere la trama dei ricordi con la poca energia che hanno ancora in corpo.

Nel pancione della mamma distribuivi calci di giorno e di notte. Il papà si divertiva a contare i sobbalzi che si vedevano all’esterno, io mi lamentavo bonariamente e intanto immaginavo con quanta forza saresti arrivato su questa terra.

Solo tu e io sappiamo quanta fatica abbiamo fatto in quella sera di fine ottobre.

Eccoti Ousmane!

Hai cominciato già da piccolissimo a seguire la mamma nel suo peregrinare quotidiano: le code agli uffici postali, in banca, negli ambulatori medici... e tu con quell’”aplomb” che ti caratterizzava rispettabili i tempi di attesa senza lamentarti con lo stupore di chi ti stava vicino, regalando sorrisi a tutti, eri bellissimo e, spesso, non conoscendo il tuo papà mi dicevano che fortuna ha questo bimbo che è già stato al mare, ha un colore meraviglioso! Dentro di me mi divertivo e pensavo che non so in quale posto di mare ti avrei potuto portare in febbraio o in marzo per renderti così finemente colorito e con chi saresti potuto andare visto che la tua mamma aveva sempre il suo colore bianco latte. Avevi una passione sfrenata per il biberon e il suo contenuto. Ti dicevamo che eri un ingordo e che se qualcuno ti avesse visto pochi attimi prima della pappa avrebbe chiamato il “Telefono azzurro” perché non c’era nulla ma veramente nulla che placava le tue urla disperate.

Quando facevamo il consueto gioco delle somiglianze perdevi sempre. Eri la miniatura del tuo papà. Le persone a me più care cercavano di trovare qualche segnetto che facesse pensare a me, ma poi si arrendevano e per consolarmi mi dicevano che saresti cambiato ancora molto e che forse in futuro

La notte è lunga, non finisce mai, vorrei che questo profondo silenzio fosse spezzato da un tuo pianto.

Piccolo mio allungami la tua manina e dammi la forza di andare avanti!

Te lo chiedo soprattutto per il tuo papà che è straziato dal dolore, che è lontano dai suoi affetti e che non si dà pace per tutto ciò che è successo. So che avevi scelto noi come mamma e papà soprattutto perché questo papà così vivace, scherzoso e bello, nonostante i tanti dolori e le

ingiustizie subite, ti piaceva troppo. Quando giocavate insieme mi facevate anche un po' invidia perché riuscivate a divertirvi moltissimo escludendo il resto del mondo, ridevate senza tregua. So che quel luminoso sorriso non glielo restituirà più nessuno ma fa sì che riesca ad avere un po' di serenità interiore e che si plachi questo tormento che mi spezza l'ultima parte di cuore che mi è rimasta.

Ti chiedo scusa Ousmane per non essere riuscita a completare il mio difficile e meraviglioso compito di madre, ma qualcosa non me l'ha permesso.

Ti ringrazio, per avermi concesso, anche se per poco, di diventare mamma e di avermi confermato che su questa terra ci siamo solo di passaggio e che sarebbe meglio finirla di essere meschini, ma credimi che questo è il compito più difficile che mi hai lasciato da svolgere ma ti giuro che ce la metterò tutta per eseguirlo nel migliore dei modi.

Ti voglio bene Ousmane

La tua mamma”