

# Pensiero etno-sistemico- narrativo

Affonda le sue radici nella  
psicologia e psichiatria  
transculturale e si sviluppa  
attorno alla figura di Devereux,  
che si interrogava sull'origine e  
la funzione della cultura nei  
rapporti tra psicoanalisi e  
antropologia

Tobie Nathan, allievo di Devereux, nel 1993 fonda il Centro “Georges Devereux”

Parte dal presupposto di valorizzare l’esperienza dei migranti descritti non come persone marginali, ma ricche di appartenenze e legami

Il dispositivo tecnico di Nathan si caratterizza per alcuni elementi: la presenza di un gruppo interattivo e multidisciplinare, multietnico e multiculturale che permette anche che la consultazione avvenga in lingua originale

# ETNO:

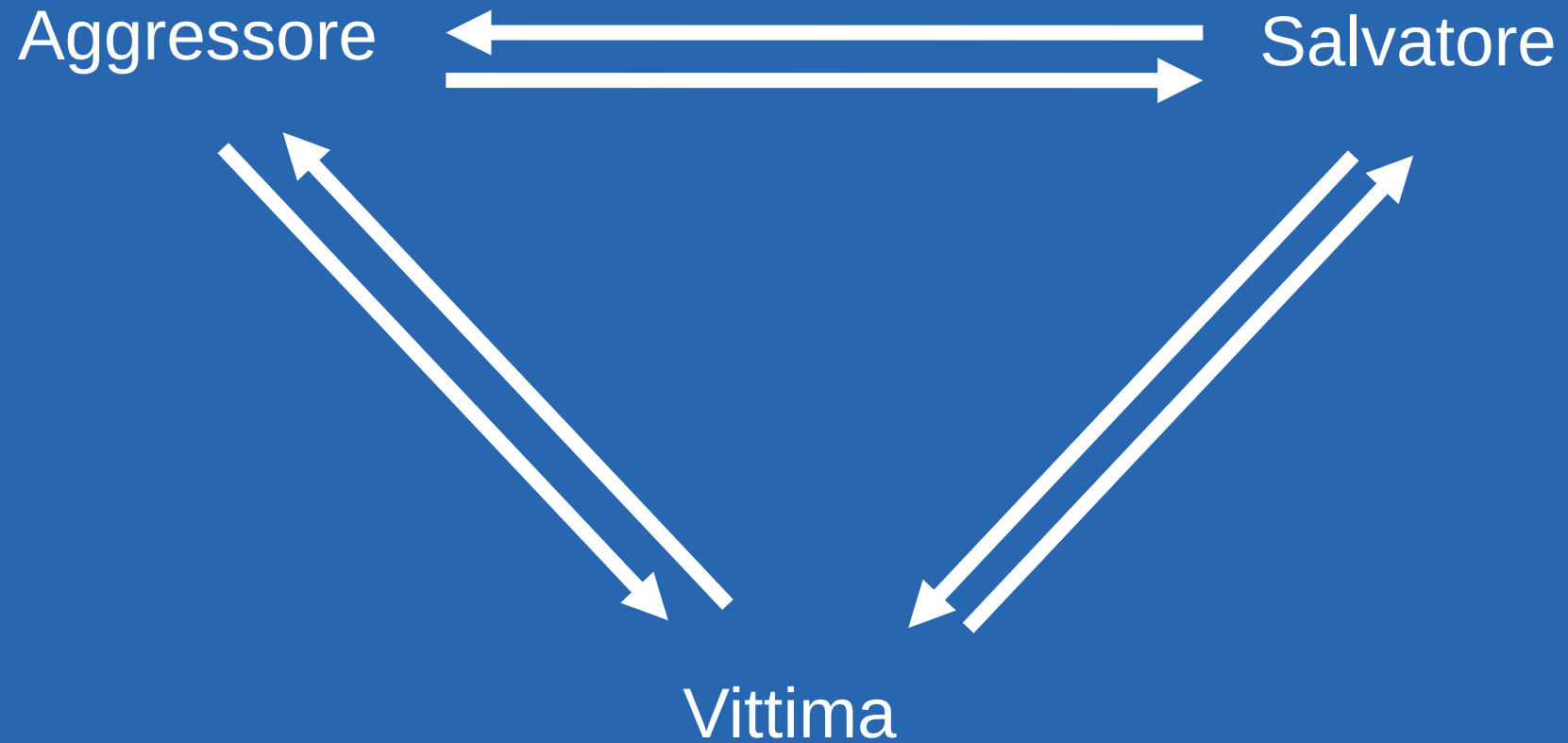
La necessità di  
mettere in primo  
piano la cultura del  
soggetto

## SISTEMICO:

- la scelta di indirizzare lo sguardo verso il contesto relazionale nel quale si manifestano le sofferenze, nel tentativo di comprenderle, superando interpretazioni lineari causa-effetto
- è tratto dal pensiero sistemico che guida l'ipotesi che le cause dei sintomi/malesseri portati dal paziente, siano parte del suo sistema di appartenenza, delle sue relazioni con gli "altri importanti"

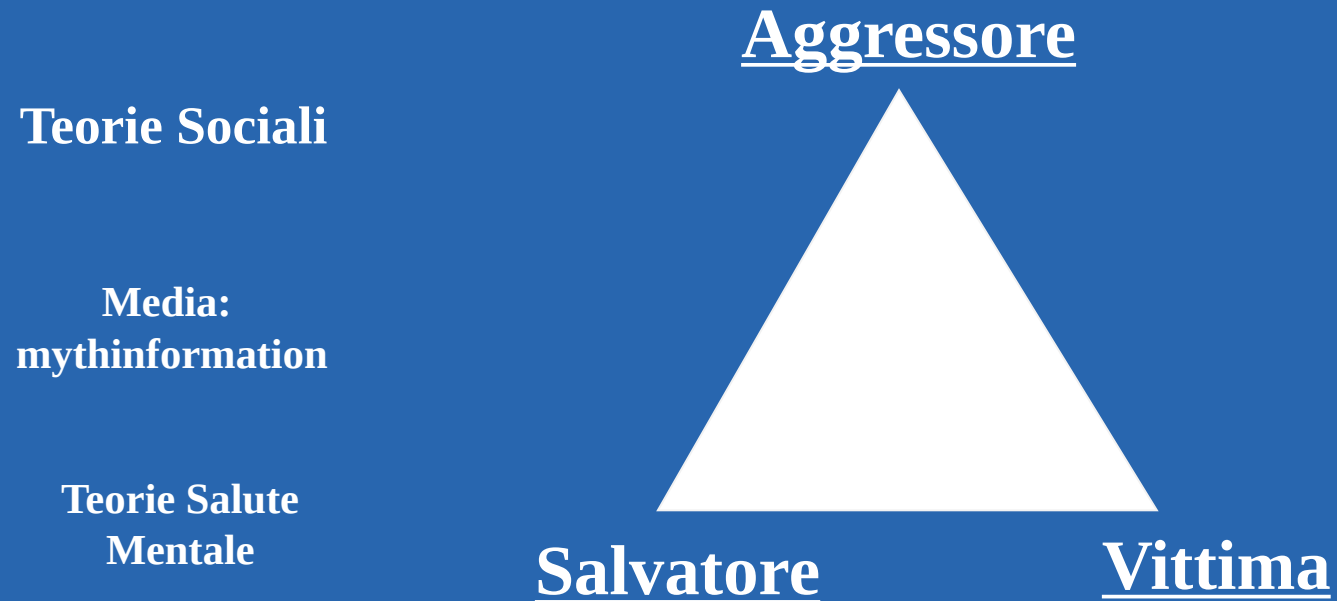
## NARRATIVO:

- La necessità di dare spazio, nella costruzione delle storie, alle esperienze soggettive dei protagonisti, attraverso il loro modo di narrare, evitando di inscatolare le diverse vite in un mortifero triangolo in cui i persecutori, vittime e salvatori rischiano di recitare a turno parti invariabili e prestabilite
- Proviene dalla consapevolezza che siamo fatti di storie e che “storie che ammalano”, possono essere trasformate, nel corso di un’interazione significativa, in “storie che

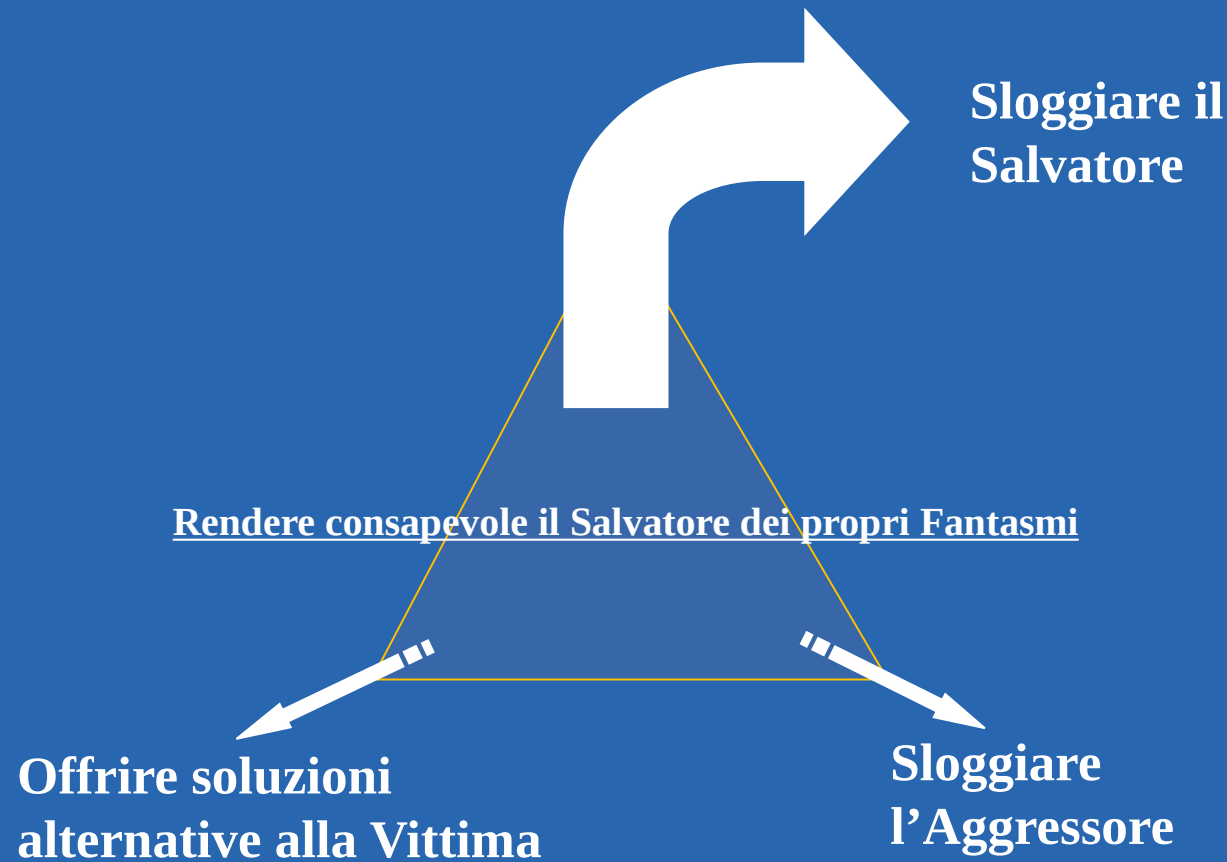


Stephen Karpman's 'Location Triangle' in  
'Fairy Tales and Script Drama Analysis'  
*Transactional Analysis Bulletin*, 1968, vol. 7, no. 26, pp. 39-43

# Costellazione della Violenza



# Salvare il Salvatore



# I FANTASMI DEL SALVATORE

- Formatore
- Terapeuta
- Maieuta (Midwife)
- Riparatore
- Interprete
- Militante
- Trasgressore
- Distruttore

# II Formatore



- Si considera un modello da seguire
- Interviene per ri-formare, tras-formare
- Depriva gli interlocutori dalle loro esperienze
- Le sostituisce con una propria “buona forma”

# Il Terapeuta

- Ripara e ripristina
- Assume la possibilità/necessità di una “Restitutio ad integrum”
- Si basa sulla polarità patologia-salute

# Il Maieuta (Midwife)

- Dà vita, favorisce lo sviluppo
- Idealizza la natura umana
- Condivide vincoli di fiducia con i propri interlocutori
- Li aiuta a liberarsi dagli elementi opprimenti
- Idealizza la figura di operatore umanitario

# Il riparatore

- Dedicato a “Ripristinare”
- Promuove attività di recupero comunitario
- Si Sacrifica
- Sacrifica gli altri “divorandoli” con il proprio affetto?



# L'interprete

- Interpreta ogni cosa
- Trova cause e giustificazioni per ogni comportamento



# Il militante

- Aiuta, Agisce, Cambia, Muove
- Assume che il “Male” venga da fuori
- Distingue con chiarezza aggressore/vittima

# Il Trasgressore

- Libero da taboo
- Favorisce l'emergere della spontaneità

# Il Distruttore

- Favorisce conflitti affettivi
- Porta gli altri alla “follia”

### ● Stili di Coping

### ● Naufraghi

### ● Ibernati

### ● Combattenti

### ● Esploratori

● Nessun potere nell'influencare il mondo esterno

● Percepiscono la loro situazione come temporanea e sono orientati al passato

● Positivi solo se attivi su obiettivi specifici e concreti

● Aperti a più soluzioni e opportunità

### ● Tre Dicotomie

● +++++

● +

● +

● Piena coerenza

● Significati/  
Domini

● Esterno  
● Basso

● Esterno  
● Basso

● Interno  
● Alto

● Interno  
● Molto alto

### ● Immagine di sé

● Devastata

● Ibernata verso il passato

● Positiva se orientata al mondo esterno

● Positiva

### ● Contatti Sociali

● No

● Essenziali, con i pari

● Orientati a raggiungere risultati pratici

● Numerosi e ricchi di interesse

### ● Attività

● No

● Legate alle tradizioni

● Orientate ai risultati

● Ricche

### ● Prospettive

● No

● In attesa di una nuova situazione

● Ottenere il raggiungimento dei diritti

● Aperta a nuove esperienze

### ● Bilancio

● Disperato

● Neutrale

● Positivo (ma)

● Positivo

Tre dicotomie:

● chaos versus coerenza;

● locus di controllo interno versus esterno;

● grado di flessibilità basso versus alto.

I significanti culturali sono rimasti nel loro luogo di provenienza, lo strappo, la rottura è a volte così forte da lasciare nel soggetto straniero un vissuto di non appartenenza totale. La conseguenza di questa rottura è un'insicurezza, un sentimento di precarietà che può durare nel tempo.

Lo straniero è un “soggetto esposto” (Moro), la posizione che gli operatori devono prendere è quella di mediatori fra lui e il mondo esterno

Il riconoscimento del livello culturale, la sospensione del giudizio di fronte alle rappresentazioni culturali del soggetto, non ci aiutano solo a costruire un'alleanza, ma anche a capire i bisogni del paziente e a curarlo

Quella del rifugiato non rappresenta in sé una condizione patologica, lo può diventare se le difficoltà sul territorio straniero si dimostrano più dure da affrontare delle possibilità del profugo di gestirle, come gli operatori dei progetti ben sanno.

L'idea è che l'assistenza diventi essa stessa terapeutica

Una assistenza terapeutica nelle sue molteplici forme: legale, scolastica, medica, di organizzazione comunitaria, che aumenti le opportunità dei rifugiati di guarire e imparare a convivere con le loro incredibili perdite, ripristinando contemporaneamente un senso di coerenza e di significatività della loro vita.

Una passeggiata nella diversità è un immenso regalo che abbiamo a portata di mano.

... si tratta nel rispetto dell'universalità dell'umano, di considerare che la differenza è costitutiva e che è il nostro sguardo che ha bisogno di cambiare ... ciò implica una effettiva confidenza, un vero scambio. Se il lontano diventa vicino, ci si sentirà allora meno minacciati da ciò che vivremo come più familiare, in uno scambio di reciprocità”

*Marie-Rose Moro*

Il controtransfert è una reazione al discorso del paziente che può produrre degli effetti di risonanza e di rifiuto spingendoci a comprendere in modo parziale e parcellare – in breve, distorto – quanto cerca di trasmetterci.

# Devereaux: il controtransfert culturale

- Ne distingue una componente affettiva e una culturale.
- Il controtransfert culturale riguarda il modo in cui il terapeuta si pone in rapporto all'alterità del paziente, ai suoi modi di fare, di pensare la malattia, in rapporto a tutto ciò che rende il paziente un essere culturale



Secondo Devereux, esiste un controtransfert culturale ineludibile legato alla nostra reazione conscia e inconscia, implicita ed esplicita all'alterità culturale, alla differenza, allo scarto fra me e l'altro, fra le mie appartenenze e le sue. Queste reazioni dipendono dalla nostra identità culturale di terapeuti e di persone, dalla nostra identità di genere, storica e sociale, ma anche da ciò che l'altro proietta su di me, cioè dal suo transfert.

Il controtransfert culturale è costituito dalle emozioni che l'operatore sperimenta nel contesto clinico e che sono sollecitate dall'incontro/scontro con dimensioni culturali "altre": esse riguardano la propria identità sociale, professionale e culturale; derivano non solo dalla storia personale ma anche dalla storia della società di appartenenza, dalla politica, dai rapporti di forza, dai pregiudizi.

Il transfert e il controtransfert culturale prendono in prestito, quindi, anche dalla storia, dalla politica, dalla geografia ecc. Il paziente, così come il terapeuta, hanno delle appartenenze e sono iscritti dentro alle storie collettive che impregnano le loro reazioni e di cui devono essere consapevoli. Senza l'analisi di questo controtransfert culturale si rischiano dei passaggi all'atto aggressivi, affettivi, razzisti.

Come operatori del sociale dobbiamo conoscere il controtransfert quale strumento principe della pratica clinica: le emozioni dei nostri pazienti/beneficiari suscitano in noi emozioni chiave, la cui lettura indica possibili vie di comprensione.

In un contesto culturale “Altro”, non abituale, siamo costantemente sollecitati, incuriositi, spesso infastiditi da situazioni che a noi paiono incongruenti, stravaganti, prive di significato o addirittura dannose.

Facile nei consultori registrare il fastidio che generalmente dicono di sperimentare le operatrici donne di fronte alla più rigida separazione di ruolo sessuale presente in alcune famiglie migranti: vorrebbero, perché abituate, interloquire più liberamente con la donna, se è lei l'interessata, e invece il referente della comunicazione è il marito, che sembra tradurre in poche parole un ben più lungo intervento della moglie nella lingua madre. Lo sconcerto che si può provare è il segnale che stiamo impattando con aspetti insoliti: se riusciamo a sostenerlo, senza contro-reagire, esso ci fa compiere un ulteriore passo nel mondo di chi ci sta di fronte.

L'analisi del controtransfert favorisce l'evitamento di interventi etnocentrici.

La questione è riuscire a riconoscere il controtransfert, spesso misconosciuto e a volte negato, elaborarlo e trasformarlo in una potenzialità di legame piuttosto che in qualcosa da scartare, disprezzare, fraintendere, oppure in un'impossibilità di incontro o in un influsso da esercitare sull'altro. La difficoltà consiste quindi nel riconoscimento di questi sentimenti negativi o esotizzanti suscitati dalle situazioni transculturali e dalla loro elaborazione.

Riconoscere e leggere il proprio controtransfert culturale permette di evitare giudizi troppo etnocentrati e atteggiamenti interiori eccessivamente sbilanciati, di arroccamento o di iperadattamento.

- Il controtransfert come strumento prezioso per capire il mondo emotivo della persona unica e irripetibile che si ha di fronte: esame dei pregiudizi culturali del terapeuta nell'approcciarsi all'Altro.

- Questa consapevolezza permette la creazione di una più profonda alleanza terapeutica e una lettura più chiara del disagio che stiamo trattando

Le possibili reazioni vanno dalla fascinazione che trasforma l'altro in un oggetto culturale esotizzante, al rigetto razzista: fra questi due estremi ci sono moltissime altre possibilità di reazioni controtransferali.

Senza un'analisi di questo controtransfert culturale si rischiano dei passaggi all'atto aggressivi, affettivi, razzisti. Come quella giovane ragazza maghrebina che riesce a convincere l'assistente sociale del suo liceo di allontanarla dalla famiglia perché suo padre le impedisce di truccarsi. E l'assistente sociale, interrogata su questa urgenza, dirà in buona fede: “Cominciano così e non si sa dove si fermano”.

# Il lavoro in équipe nel dispositivo

Le consultazioni etnopsi si svolgono in gruppo, il mezzo più efficace per analizzare questo controtransfert culturale (Moro e Nathan, 1989).

Concretamente, alla fine di ogni seduta, il gruppo si sforza di esplicitare il controtransfert di ognuno degli operatori attraverso una discussione sugli affetti provati da ciascuno, sugli impliciti, sulle teorie che ci hanno condotto a pensare una certa cosa (inferenza) o a formulare un certo intervento.

La funzione del terapeuta esn, in qualsiasi posto si trovi a operare, consiste nell'indicare, per ognuno, un percorso singolare che non rimanda a nessun assoluto, per quanto buono.

Ciò che rende esn l'intervento è porre al centro la questione del soggetto e del suo discorso, quindi non un intervento sulla patologia da eliminare o correggere, ma una costruzione, anzi una co-costruzione, di un progetto con un soggetto straniero in difficoltà.

Il modo di ammalarsi è legato alla cultura di appartenenza e, di conseguenza, anche la cura lo è.

Compito dell'etnopsichiatra non è proporre una o l'altra teoria come quella vera, ma cercare di leggere la dinamica in corso e, lavorando col paziente e il suo gruppo, capire quale, in quel momento sia la teoria da mettere alla prova.

Se il sintomo, i sintomi, per quanto strani, bizzarri, lontani da noi, a volte terribili, sono espressione della cultura del migrante, l'unica che ha trovato per dare forma alla sua disperazione, il trattamento non può mirare a una loro soppressione o riduzione, ma piuttosto a un diverso equilibrio, a un diverso assestamento.

## LO PSICOANALISTA SELVAGGIO

*Dottore, dottore ho sognato un leone.*

*“Sarà una proiezione dell'aggressività.”*

*Dottore, dottore ho sognato un serpente.*

*“E' un simbolo fallico di eros latente.”*

*Dottore dottore ho sognato una gazzella.*

*“Di certo è un transfert forse di sua sorella.”*

*Dottore dottore ho sognato dei negri dipinti.*

*“Sono i suoi conflitti mascherati e respinti.”*

*Dottore dottore ho sognato i caimani.*

*“Lei, invero, fa sogni fantastici e strani.”*

*Ma che strani, dottore lo vuole capire che son  
nato in Zaire?*

# Concetti base di Marie Rose Moro:

- Universalità psichica
- Decentramento
- Complementarismo

# UNIVERSALITA' PSICHICA

Tutte le rappresentazioni culturali hanno lo stesso valore.

Non si tratti di accettare o rispettare, perché quello che noi definiamo «credenze» non sono altro che le rappresentazioni che altri hanno della realtà e hanno lo stesso valore delle nostre rappresentazioni «scientifiche»

# DECENTRAMENTO

- Il decentramento è prendere distanza da sé, riflettendo su se stesso, come soggetto che si percepisce, in quanto oggetto, portatore di una cultura e di sotto-culture alle quali si integrano dei modelli professionali e delle norme istituzionali, ricollocate di volta in volta in una prospettiva personale.
- E' solo attraverso una migliore conoscenza di sé, della propria identità sociale e culturale, che si potrà far emergere la relatività dei propri punti di vista.

Importante, quindi, è avere la capacità di decentrarsi, di uscire dal proprio centro, di spostarlo, accettando che anche gli altri possano essere al centro.

Questo è difficile perché provoca una vertigine, non si può più contare sui propri punti di riferimento

Non è detto che ciò che considero importante per me, lo sia anche per una donna con una cultura diversa dalla mia.

Come comportarsi, come negoziare il nostro intervento in questa situazione?

Bisogna cercare di prendere in considerazione quello che siamo noi e quello che è il soggetto straniero. E questo, la persona in questione deve poterlo dire, deve essere autorizzato

«Lo stereotipo nega l'intimità,  
nega l'amore, nega la  
tenerezza. Lo stereotipo è  
violento e volgare. Al contrario,  
una storia può creare empatia  
e riflessioni.»

- *Igiaba*

«Bisogna saper accantonare la propria storia personale e mettersi in ascolto.....vent'anni di scuola e non una pagina che mi rispecchiasse, non un autore o un personaggio di origini africane a ispirarmi e a cui aggrapparmi. Ho proceduto a tentoni, nel buio. E invece di volare, precipitavo.»

- *Marilena Umuhoza*

*Delli -*

«Eppure, continuare a provare a esprimersi verso un mondo che non ascolta, sfianca... Alcuni hanno preferito essere tacciati di pigrizia, etichettati come lavativi, incapaci, lenti, stupidi ...»

- *Esperance Hakuzwimana* -

# COMPLEMENTARISMO

Per comprendere al meglio le persone di culture diverse abbiamo bisogno dell'utilizzo di diverse discipline (antropologia, clinica, storia, linguistica, educazione).

Il rischio: partire da una unica disciplina, la nostra e non uscirne.

Sensibilità e modestia: . Apprendere cose di un mondo che non si conosce.

# Quale è il nostro compito?

Decostruire storie rigide d'impotenza  
e aprire possibilità narrative che  
favoriscano lo sviluppo di “storie che  
curano”

Natale Losi

Un ascolto attivo e trasversale consente l'emergere di storie rimosse, dimenticate e non dette, ma anche di storie alle quali le persone semplicemente non avevano pensato prima. Storie che spesso nessuno aveva chiesto di raccontare, storie che facevano parte di altre storie, storie inimmaginabili. Storie che possono causare dolore e storie che creano sollievo e possono curare in profondità le ferite dell'anima.

*NKALI*: è un termine igbo che significa «essere più grandi di un altro»; dipende tutto dal potere, sottolinea la scrittrice nigeriana Chimamanda Ngozi Adichie: il potere è la possibilità non solo di raccontare la storia di un' altra persona, ma di farla diventare la storia definitiva di quella persona.

Il dolore è sempre  
declinato al singolare,  
con sfumature e tonalità  
uniche, anche quando  
esprime un disagio o un  
malessere

La scienza vive nell'illusione di dominare e regolare questo “singolare” anziché fargli posto, perché questo implicherebbe mettere in scacco i calcoli più sofisticati che pretendono di spiegare, valutare e prevedere tutto

Con le diagnosi si tende a isolare, misurare, confrontare, calcolare, vivisezionare il disturbo, nella speranza di trovare la soluzione nell'universale del dato statistico.

La formulazione di una diagnosi ha un effetto omologante, è un tentativo di cancellare le differenze soggettive, quelle singolarità che in una etichetta possono essere generalizzate, dall'altro lato non è possibile prescindere da essa, nelle istituzioni, per esempio, non si può prendere in carico un paziente se non c'è una diagnosi di ingresso.

Ci sono diagnosi che  
salvano la vita e  
diagnosi che  
condannano a  
morte

“Ci sono sempre falsi profeti. Ma nel caso della psichiatria è la profezia stessa a essere falsa, nel suo impedire, con lo schema delle definizioni e classificazioni dei comportamenti e con la violenza con cui li reprime, la comprensione della sofferenza, delle sue origini, del suo rapporto con la realtà della vita e con la possibilità di espressione che l'uomo in essa trova o non trova”

- *Franco Basaglia*

Quando la violenza, l'espropriazione, la vessazione, l'oltraggio, la tortura, l'umiliazione e la morte sono i caratteri costituenti delle situazioni in cui emergono le difficoltà, i diversi «disturbi psichici», è richiesto uno sguardo di profondità diversa da quella che caratterizza la normale attività psicoterapeutica.

La psichiatria andrebbe considerata non come rappresentante di una verità universale perché scientifica, ma come uno dei tanti sistemi culturali di interpretazione e presa in carico della sofferenza immateriale degli umani, frutto di una specifica storia: quella degli ultimi tre secoli in Europa.

L'uso di diagnosi rischia di violentare e compromettere la possibilità di esprimere una propria narrazione alle persone che hanno sperimentato traumi, sulle origini del proprio malessere, del proprio dolore

- *Natale*

*Losi -*

Per la scienza medica psichiatrica la follia è una malattia da curare, eliminare, reprimere, isolare in luoghi adatti secondo i momenti e la gravità delle situazioni. Per l'etnopsi l'essere umano è "abitato" da un ignoto con cui deve fare i conti e il disturbo mentale non è più un deficit da colmare o da togliere, ma è un tentativo soggettivo di gestire questo ignoto

***Etimologicamente:***  
***DIA – attraverso,***  
***GIGNOSKEIN –***  
***conoscere.***

La diagnosi è una definizione che esiste nel momento stesso in cui si dice: dirla è farla esistere.

La diagnosi come una etichetta: imporre un nome a ciò che fa soffrire, al mal-essere, è illudersi di trovare la cura risolutiva

Diversamente il diagnosticare implica un fare, un tempo, una scelta, una responsabilità.

L'uso che possiamo farne noi è evitare che diventi un tappo che soffoca le differenze soggettive. Il terapeuta esn mette in logica ogni narrazione personale, estraendone qualcosa che permetta al paziente di costruire assieme un sapere e le prescrizioni per “saperci fare con il suo sintomo”

Oltre alla malattia c'è il malato con la sua storia personale e sociale, le sue metafore e le sue rappresentazioni.

Se non è dal malato che dipende l'esito della malattia, da lui possono dipendere il percorso, la

Ciò che rende esn l'intervento è porre al centro la questione del soggetto e del suo discorso, quindi non un intervento sulla patologia da eliminare o correggere, ma una costruzione, anzi una co-costruzione, di un progetto con un soggetto straniero in difficoltà.

Il primo cambiamento si rende necessario da parte degli operatori stessi, della loro responsabilità, per configurare uno spazio per la narrazione del migrante, perché il “malato” passi da “assistito” a protagonista della sua storia, a portatore di una domanda, anche inespressa, anche agita nella violenza

Fondamentale è il posizionamento dell'operatore per permettere una ri-narrazione, ovvero pensare a interventi che, tenendo in grande considerazione la narrazione del paziente, la influenza e rimodella per offrire la prospettiva di una storia che cura

Se il sintomo, i sintomi, per quanto strani, bizzarri, lontani da noi, a volte terribili, sono espressione della cultura del migrante, l'unica che ha trovato per dare forma alla sua disperazione, il trattamento non può mirare a una loro soppressione o riduzione, ma piuttosto a un diverso equilibrio, a un diverso assestamento.

In un setting etnopsi la molteplicità è una ricchezza e il paziente e i rappresentanti del suo gruppo sono considerati i principali esperti del problema da risolvere, perché incarnano il mondo ibrido e complesso in cui esso si è generato. Il terapeuta è prima di tutto un testimone, non il traduttore.

La linearità della  
diagnosi diventa  
inconsistente rispetto  
alla realtà delle storie  
che ci portano i pazienti,  
storie che risultano  
offese dal DSM.

Quello che proviamo a fare è proprio partire da qui, dalla diagnosi, per proseguire la costruzione di queste storie, storie che a un certo punto hanno incontrato lo “sguardo occidentale” e hanno rischiato di ammalare.

Una delle diversità della scuola esn rispetto ad altri approcci è il pensare che la frase “ *il modo di ammalarsi è legato alla cultura di appartenenza*” e, di conseguenza, anche la cura lo è.

Saper mettere in campo i propri invisibili, i propri attaccamenti e saperli far interagire con quelli dell'altro, con diplomazia, mediando tra mondi. E' possibile seguire l'altro nel suo mondo senza abbandonare il proprio.

In più è fondamentale partire dalla frase di Bateson *“la relazione viene prima”*: ci rendiamo conto che il modo in cui io mi pongo nei confronti del paziente determina la cura

“La medicina ha messo a segno alcuni piccoli progressi nel campo della ricerca, ma nessuno nel campo del vocabolario”

- M.

*Proust -*

“..... ma uno che soffre, se cerca di descrivere il suo male alla testa a un dottore, il linguaggio d'improvviso si prosciuga.”

- J.

*Cocteau -*

Ippocrate, 25 secoli fa, ha detto che i medici spesso non riescono a guarire, a volte hanno l'opportunità di curare, ma che sempre siano in grado di portare conforto

«La differenza fra una cura e una medicina è la stessa fra chi ti cura e chi ti rapina»

- Coez -

*Neffa -*

Il terapeuta è chiamato a lavorare per uno sviluppo della narrazione del paziente, per saggiarne i punti di tenuta e di possibile apertura.

A fare, quindi, della diagnosi medica, psichiatrica, psicologica, che spesso accompagna già il paziente, non qualcosa da ignorare o rifiutare a priori, ma da trasformare piuttosto in una domanda che lo chiama ogni volta in causa

La diagnosi:  
farne a meno,  
servendosene

Sforzarsi senza tregua di pensare a chi ti sta davanti, prestargli un'attenzione reale, costante, non dimenticarsi un secondo che colui o colei con cui tu parli viene da un altro luogo, che i suoi gusti, le sue idee e i suoi gesti sono stati plasmati da una lunga storia, popolata di molte cose e di altre persone che tu non conoscerai mai.

Ricordarsi in continuazione che colui o colei che guardi non ti deve nulla, non è una parte del tuo mondo, non c'è nessuno nel tuo mondo, neppure tu. Questo esercizio mentale – che mobilita il pensiero e anche l'immaginazione – è un po' duro, ma ti conduce al più grande godimento che ci sia: amare colui o colei che ti sta davanti, amarlo per quello che è, un enigma – e non per quello che credi, per quello che temi, per quello che speri, per quello che ti aspetti, per quello che cerchi, per quello che vuoi.

Christian Bobin – Autoritratto al radiatore