

Il lavoro coi migranti

Umberta Telfener
umberta.telfener@uniroma1.it

Nel 1994 un manifesto attaccato sui muri di Berlino:

Il tuo Cristo è un ebreo, la tua
macchina è giapponese, la tua pizza
è italiana, la tua democrazia greca, il
tuo caffè brasiliano, la tua vacanza
turca, i tuoi numeri arabi, il tuo
alfabeto latino.

Solo il tuo vicino è uno straniero

“Stranamente, lo straniero ci abita: è la faccia nascosta della nostra identità, lo spazio che rovina la nostra dimora, il tempo in cui sprofondano l'intesa e la simpatia. Riconoscendolo in noi ci risparmiamo di detestarlo in lui. Sintomo che rende appunto il "noi" problematico, forse impossibile, lo straniero comincia quando sorge la coscienza della mia differenza e finisce quando ci riconosciamo tutti stranieri, ribelli ai legami e alle comunità”

Julia Kristeva, Stranieri a se stessi.

Perché ci occupiamo di migranti?

- Bisogno e necessità del contesto
- Sfida ai propri pregiudizi
- Siamo al sicuro qui: senso di colpa?
- Si tratta di un nuovo inizio lavorativo (una sfida per i Servizi)
- Curiosità, desiderio di novità e differenze
- Per autocurarsi rispetto all'etnocentrismo
- Moda esotica
- Esterno a noi
- Accedere ai nostri dubbi, decostruire certezze
- Perché attenti e sensibili agli aspetti etici
- Perché tutta la psicologia è culturale
- Per fantasia di rinnovamento, per entrare in nuovi mondi
- Per affinare le modalità di comunicazione
-

Convivenza con la diversità

- Novellara, 15% abitanti sono immigrati (erano meno del 3% nel 1997). Il 36% dei nuovi nati è figlio di immigrati. Sono presenti 65 nazionalità
- Luzzara, il 20% dei bambini nelle classi elementari è figlio di immigrati
- San Vendemiano, il secondo maggior contribuente è il sig. Aiquin Hu, nato in Cina, titolare di un'azienda tessile. Reddito dichiarato annuo 419.184 euro
- Così a Villorba, Treviso, tra i più ricchi contribuenti ci sono due cinesi
- “L'associazione industriali del Veneto cerca sinergie con gli stranieri....”
- L'esempio della California, uno su tre/quattro è straniero

Posizione universalista

Considera i problemi psichici uguali in tutto il mondo per cui una psicosi o una depressione mostrano tratti simili che vanno “scremati” dalle differenze culturali che sono solo una sovrastruttura. Presuppone l’esistenza di prove rispetto a caratteristiche umane universali.
(totale perdita della complessità)

Posizione relativista

Ritiene l'etnia e la provenienza la priorità per cui si sente l'esigenza di un clinico della cultura di provenienza, perché solo una conoscenza approfondita della cultura permette di decodificare le situazioni.

L'etnopsichiatria

E' stata definita dall'etnologo e psicoanalista di origine ungherese George Devereux (1973) come il punto d'incontro fra la cultura e il binomio normalità-patologia. In realtà si è trattato di un tentativo di raggruppare i disturbi psichici delle popolazioni diverse da quella occidentale per etnia e per cultura per considerarne analogie e differenze.
(attenzione al sistema osservato)

La psichiatria transculturale

Propone un percorso che può essere rappresentato attraverso la metafora del viaggio, dello spostamento attraverso che l'esploratore/ricercatore/clinico può compiere.

“Si tratta di un atteggiamento attento all'osservatore e alla necessità da parte dell'osservatore di osare di più, riuscire a 'smembrarsi' per poi ri-comporsi, trans-itare, ritornare, trasformarsi, per poter costruire.”

Ancora 2003.

(attenzione all'osservatore)

La **psicologia interculturale** si apre al dialogo culturale: anziché focalizzare l'attenzione sull'altro o sul l'osservatore, presta attenzione alla relazione tra i due.

Si tratta della capacità di porre attenzione alla conoscenza reciproca che si è creata già nell'incontro, partendo da un rapporto che tenta di rispettare le differenze e di osservarle nella dinamica della relazione.

Rispettare le differenze culturali significa accettare l'eterogeneità delle logiche che si incontrano, senza alterarne la loro coerenza.

La cultura di cui ci occupiamo

La cultura di cui propongo ci occupiamo si riferisce ai simboli e ai significati che emergono nella relazione clinica, nel qui e ora della definizione del contesto, del problema e delle possibili soluzioni. La cultura diventa un costrutto operativo che emerge dall'incontro e si gioca nella relazione tra le rappresentazioni reciproche di coloro che condividono temporaneamente uno stesso contesto

La cultura

Definisco cultura l'insieme degli assunti e dei valori condivisi, spesso taciti, a volte inconsapevoli, che organizzano uno specifico gruppo, definendone le azioni e le scelte. Quella serie di pratiche che all'interno di una comunità sono disponibili a tutti, profondamente sentite e parte delle interazioni e dei rapporti che si svolgono momento per momento nella vita di tutti i giorni. I modi di pensare, gli stili comunicativi, i pensieri, i modelli condivisi che acquistano un valore definitivo, quelli che si sottraggono alla riflessione e alla critica e diventano proprietà immutabili del modo di essere di un certo gruppo. È come se i membri di una cultura si abituassero a fare certe distinzioni e le utilizzassero poi per mantenere stabile la realtà (legge dell'omeostasi cognitiva). Ogni sistema (famiglia, servizio, individuo, azienda, comunità, gruppo etnico, nazione...) ha una sua cultura, che possiamo far emergere dalle storie che vengono raccontate sul sistema stesso e sulle relazioni delle persone che vi abitano.

Le culture implicate

Cultura dell'utente

Cultura del singolo operatore

Cultura del Servizio

Cultura della nazione in cui viviamo



La danza che emerge dall'embricazione di questi elementi

Cultura dell'utente

- La mente è la qualità emergente del rapporto tra corpo e mondo
- Le esperienze traumatiche non sono verbalizzabili perché gestite a livello vegetativo, fanno parte del cervello rettiliano
- Per trasformarle in una narrazione occorre il clinico che fa delle ipotesi per farla diventare una costruzione collaborativa: fare un'ipotesi nella relazione e chiedi all'altro di confermare o meno le sensazioni conseguenti all'ipotesi.

Cultura dell'utente

Arriva da noi come ultima spiaggia:

- Ricordiamoci che prima non ci davano l'anima e se avevano problemi psichici tornavano a casa, ora invece vengono ai Servizi, spesso con problemi della seconda generazione che è nata in Italia e che è oberata di responsabilità
- Ci sono migranti alfabetizzati al linguaggio "psi" e altri totalmente distanti. Tale linguaggio è un'invenzione dell'occidente e non va venduto come fosse la panacea di ogni male
- Il migrante proviene da una cultura che l'occidente "deprezza" ma che ha una lunga tradizione, distante dalla nostra. Nell'operazione inevitabile di occidentalizzazione (se vuole integrarsi) deve dimenticare la propria cultura, ma nel fare questo si indebolisce. Non dobbiamo colludere con questa sua fantasia/operazione ma domandare, chiedere, indagare
- Il migrante è preso tra due alleanze e se noi non prendiamo in considerazione ambedue (quella scienziata dell'occidente in cui si vuole integrare e quella animista del paese di provenienza che non può permettersi di abbandonare) rischiamo di appellarci solo ad una delle più forze uguali e contrarie presenti e favorire le resistenze
-

Cultura del singolo operatore

- mettersi in gioco in prima persona: quali sono i miei pregiudizi?
- mettere in gioco il Servizio: qual è il mandato e come rischia di essere iatrogeno? (interventi ortopedici o evolutivi)
- credere di dover sapere anziché partire da due posizioni fondamentali
 - sapere di non sapere /
 - non sapere di non sapere, zone cieche
-

E' necessario riflettere sui concetti che
utilizziamo

Il concetto di famiglia, di coppia, di ciclo di
vita e di eventi critici, anche lo stesso
termine “genitorialità” che cosa vi fanno
venire in mente?

Utilizziamo costantemente modelli di
riferimento impliciti senza accorgerci che i
modelli che utilizziamo non sono più adatti
per affrontare il lavoro con i migranti.

La cultura evolve

La cultura ha spesso aspettative obsolete e questo favorisce il processo di costruzione della patologia in quanto le famiglie, che pur mettono in atto strategie di coping molto interessanti e innovative, sentono il gap tra le loro azioni e le aspettative generali e mettono in discussione il proprio modo di operare anziché le premesse socialmente condivise. I loro normali processi di coping, anche molto creativi, rischiano di venir patologizzati, per primi da loro stessi poi dagli operatori.”

Cultura della nazione in cui viviamo

- Cultura scienziata e medico/curativa
- Quando dico nelle supervisioni che non dobbiamo curare ma prenderci cura molti operatori si ribellano
- Complementariamente a quanto detto sopra viviamo in un contesto che manifesta in ogni occasione il primato scienziata della medicina
- L'altro da sé come nemico “esterno”
- Il sapere come mito

Cultura del Servizio

- rischio di operare seguendo l'urgenza
- di credere alla patologia del singolo (lui malato noi sani) (virgolette che si perdono strada facendo)
- di cadere nell'obbligatorietà della risposta e nel mito della cura anziché del prendersi cura
- di non favorire interventi di rete e lavoro collegiale
- non compiere l'inevitabile scelta di lavorare ad un I° o a un II° livello di intervento
- presenza di un paradosso costitutivo che va tenuto in considerazione
- manca una riflessione costante sulle operazioni messe in atto, si rischia di intervenire in maniera ortopedica

E' necessario che pensiamo almeno a
tre unità

La relazione a due produce un contagio
emotivo, le relazioni triadiche
permettono la nascita della
cognizione sociale concreta: la forma
di cognizione primaria che diventa
cognizione sociale astratta quando si
incista con il linguaggio e con il
simbolico (modello della mente bio-psico-
sociale di M. Caccarelli)

Dobbiamo cambiare i nostri modelli

- “Nuove famiglie”, “nuove patologie” è un termine frequentemente utilizzato per richiamare la discontinuità. Le famiglie non sono “nuove” – sostiene Fruggeri 2009 - è nuovo lo sguardo che abbiamo adottato noi: prima la diversità era considerata devianza. Dobbiamo fare i conti con le discontinuità culturali presenti ovunque, che attivano compiti di sviluppo che sono inusuali e ci propongono modelli alternativi: plurinuclearità, plurigenitorialità, intreccio tra dinamiche sociali e familiari, multiculturalità.....

Quali soluzioni (1)

Il cambiamento emerge da una coordinazione di una coordinazione tra persone all'interno di uno spazio di discorso condiviso. Non ci sono procedure oggettive nel lavoro clinico, e quello che sarà chiaro ed auto-evidente alla fine – sostiene Goudsmit – non è prevedibile prima dell'incontro terapeutico.



Operazioni di secondo ordine e doppie descrizioni

Quali soluzioni (2)

- L'analisi della domanda
 - Analisi delle modalità di invio
 - Analisi aspettative
 - Connotazione positiva delle mosse fatte fin ora
 - Introduzione del tempo: allora, ora, futuro
 - Ampliamento della domanda di tipo medico-farmacologico
- Sporcare il setting (invitare le persone significative)
- Fare e far fare, usare altro oltre al verbale (gli oggetti transazionali)
- Il rispetto. Il contesto deve essere marcato in modo da assicurare l'utente che non è un pesante fardello da sbrigare. Cordialità, minuziosa osservanza degli appuntamenti, ascolto attento, sono elementi non abbastanza ovvi per un inizio corretto del lavoro
 - attenzione al non verbale
 - affiliare l'utente, definizione del contesto come collaborativo
 - esplicitazioni su genere, razza, religione proprie

Come ci si occupa usualmente di migranti

- Si offrono contesti in cui ci siano mediatori culturali
- Si offrono spiegazioni in lingue diverse dall'italiano
- Si offre terapia e contesti di cura ad hoc
- Si opera secondo assunti universalistici propri della nostra cultura
- Si mantiene un occidentalismo occulto
- Si elabora una clinica della migrazione
- Si propongono descrizioni dell'altro, dei suoi bisogni, dei suoi modelli
-

Come, secondo me, dovremmo occuparcene

- Chiedere cosa farebbero fossero al loro Paese
- Rinunciare a sapere, ad essere gli esperti
- Mettere in atto una strategia autoriflessiva e un ripensamento delle nostre categorie
- Riflettere sull'incontro tra diversi ordini simbolici e culturali
- Esplicitare il luogo, il tempo e gli eventi che determinano l'incontro
- Analizzare i contesti storico-culturali in cui ha avuto origine la domanda
- Ipotizzare nuovi modelli interpretativi e terapeutici
-

Dialogo culturale

Operare tenendo conto delle ineludibili differenze e della contaminazione culturale che permea ogni incontro

Abbandonare regole a priori

Accettare la molteplicità dei saperi possibili tra i quali si deve imparare a destreggiarsi con coraggio

Prestare attenzione alla relazione tra i partecipanti

Passaggio da una tecnica prescrittiva all'ascolto inteso come la capacità di riconoscere e apprezzare la narrazione portata

Mettersi in gioco personalmente

Prendere una posizione definita e assumersene la responsabilità

Prendersi cura come analisi della domanda

L'analisi della domanda come intervento psicologico clinico

- **Si tratta di una prassi che focalizza sul rapporto tra evento e contesto di significazione (simile alla dissociazione tra sintomo e persona di Tobie Nathan);**
- **Presta attenzione al percorso che ha condotto ad un sintomo e alla conseguente richiesta di aiuto**
- **Permette di rimanere ad un primo livello di intervento;**
- **Permette di mettere in piedi un'esperienza multivocale, di costruire un pluriverso;**
- **Analizza il problema anziché proporsi di risolverlo;**
- **Propone la messa tra parentesi di categorie diagnostiche occidentali e mediche utilizzate come a priori;**
- **Favorisce una soggettività precipua e partecipata;**
- **Evita di separare il soggetto dai suoi universi, il clinico dal suo paziente;**
- **Propone all'operatore di entrare nell'universo dell'altro;**
- **Ricerca/costruisce una coerenza tra le mappe in campo.**

modalità di intervento I° e II° ordine

- **I livello di intervento**
- è dipendente dal contesto,
- è di rete,
- è una consulenza,
- è un intervento aspecifico nel senso che si fa un intervento che non è di psicoterapia e il committente può essere diverso dall'utente.
- La vera sfida di un operatore sistemico è rimanere a questo livello. Il secondo livello è un intervento di psicoterapia.

- **II livello di intervento**
- è un intervento specialistico,
- c'è una domanda specifica (esplicita e necessaria),
- la motivazione al cambiamento va esplicitata,
- possibilità di scelta da parte dell'utente del modello e della persona con cui lavorare,
- contratto esplicito
- committente è uguale all'utente,
- intervento mirato alla cura,
- percorso determinato dal modello.

Ci sono aspetti privilegiati che vanno presi in considerazione?

- I sistemi di appartenenza
- I diversi contesti significativi
- Gli spazi
- I tempi
- La storia dell'adattamento
- La relazione con noi e con il contesto in cui operiamo
-

Relazionalità

I sistemi di appartenenza hanno spesso a che fare con:

- sistemi allargati di cui noi dovremmo evincere le regole del gioco per individuare le risorse, i limiti e per entrarvi in maniera rispettosa e propositiva.
- I rapporti sono con coloro che si sono lasciati in patria
- con coloro che si sono trovati nel presente, sia con i simili che con gli stranieri per gli stranieri; l'accoglienza e l'esclusione.
- Ci sono poi persone significative in quanto conoscono il contesto italiano (sporcare il setting, renderlo più complesso)
- Importante è la relazionalità con noi

Questo implica una maggiore attenzione a quello che si fa in seduta anziché quello che si dice (troppe parole, troppa razionalità)

Coi migranti le parole sembrano strumenti non sufficientemente potenti per innescare una perturbazione: Gli oggetti 'transizionali'

Contestualizzazione e spazio

un qua tutto da scoprire, fonte di potenziali pericoli

un la conosciuto, già esplorato, sicuro

Un luogo è quello di provenienza,

un altro è quello di insorgenza del problema stesso (quasi sempre l'Italia in quanto partono i sani),

un terzo è costituito dall'integrazione in Italia e coll'Italia (al S.G. ragazzo megrebino che si lavava prima di venire),

un altro è quello in cui si svolge la consulenza, fatto di regole diverse (siamo in uno studio privato o in un servizio?

Lavoriamo come consulenti di un ospedale o scuola oppure come clinici in un servizio specialistico? Facciamo interventi di I° o di II° livello?).

Gli spazi, parimenti, non sono quelli canonici (diventa terapeutico recarsi ad un funerale di un utente, mangiare con lui/lei qualcosa nell'incontro, accettare un invito, accompagnare da un medico) ed è necessario sporcarsi le mani e uscire dall'asetticità della propria stanza.

tempi

vivono un tempo sospeso, coabitano più tempi diacronici del presente e del passato:

- il tempo presente è quello su cui loro spendono molte energie,
- il tempo dell'insorgenza della prima crisi permette una narrazione differente (si chiede aiuto quando fallisce la collusione, quando i soliti giochi relazionali entrano in crisi e questo è l'impatto coll'Italia),
- tempo mitico corrisponde al momento in cui si è decisa la migrazione (si tratta di un periodo lungo, denso di particolari,
- tempo passato (che a mio parere non è altrettanto importante che con gli utenti italiani),
- noi sistemici lavoriamo molto con il futuro
- Ricerca spesso un tempo immobile, una specie di sospensione del tempo, (vite virtuali.
- Anche i tempi degli incontri (frequenza e durata) non sono scontati: tempi dilatati, rinuncia ad appuntamenti settimanali tipici del setting occidentale, il lavoro indietro nel tempo con gli antenati può risultare utile ma ancor più con personaggi distanti, assenti, fantasmatici, (l'interlocutore mentale).

Una clinica interculturale rispettosa :

Considera il contesto in cui si opera

Non appiattisce i diversi domini

Tiene a mente il mandato sociale

Lavora sui sistemi osservanti

Differenzia committenza e utenza

Riconosce le culture implicate

Non segue una modalità di cura ortopedica

Separa il dominio del controllo/azione da quello delle spiegazioni

Costruisce la domanda

Ridefinisce la domanda

Lavora sui concetti di secondo ordine

Per finire cosa vi ho proposto?

- **Un lavoro fatto di una progettualità molto minuziosa**
- **Un coordinamento serio tra operatori anche di agenzie diverse**
- **Lavoro sui sistemi osservanti**
- **Monitorizzazione stretta sulle premesse del gruppo di operatori**
- **Lavoro con più famiglie insieme**
- **Lavoro intenso anche giornaliero,**
- **La competenza ridata ai partecipanti al gruppo**
- **In cui si creano ad hoc crisi che possano far emergere interazioni significative**
- **In cui tutti condividono un atteggiamento di rispetto**
- **In cui gli operatori condividano una doppia posizione.**

Ottimismo delle risorse presenti

Realista della situazione in atto

Per concludere

Essere sistemici e usare un modello di salute significa continuare a pensare ai modelli e alle premesse che utilizziamo, alle categorie che impegniamo per fare emergere un mondo piuttosto che un altro. Significa interrogarci sui costrutti che utilizziamo e su come possano risultare evolutivi oppure omeostatici.