

L'ETNOPSICHIATRIA TRA TECNICA, CULTURA E IMPEGNO POLITICO

Françoise Sironi*

Introduzione

Anna Rotondo. Iniziamo il terzo corso di *Etnopsichiatria e psicoterapie transculturali*

Il primo corso, inaugurato nell'autunno 1999, anche allora con Françoise Sironi, ci portava ad interrogarci sui presupposti teorici e sulle pratiche effettive delle etnopsichiatricie e sui loro risultati.

Nel secondo corso, tra il 2000 e il 2001, ci siamo confrontati sui temi relativi ai rifugiati politici, alle vittime di tortura e di traumi intenzionali ai possibili interventi.

In quello stesso 2001, nel novembre, in occasione della traduzione italiana del testo di François Sironi *Bourreaux et victimes*, edito da Feltrinelli con il titolo *Persecutori e vittime. Strategie di violenza*, abbiamo organizzato alla Casa della Cultura di Milano un incontro sul tema *Dopo la tortura. Psicologia clinica*, che ha visto numerosissima la partecipazione di professionisti della salute (psichiatri, psicologi, psicoterapeuti, counsellors) del pubblico e del privato sociale.

A gennaio 2002, apriamo il terzo corso di *Etnopsichiatria e psicoterapie transculturali* con l'intervento di Françoise Sironi *L'etnopsichiatria tra tecnica, cultura e impegno politico*: ci poniamo l'obiettivo di confrontarci sui servizi di accoglienza attivi sostanzialmente sul nostro territorio, e su come avviene il passaggio da un servizio di accoglienza ad un intervento specialistico, quale quello realizzato dal *Servizio di consulenza psicologica ed etnopsichiatrica* di Terrenuove, a Milano.

Dunque questo terzo corso viene aperto da un intervento di Françoise Sironi: ci parlerà dell'etnopsichiatria dal punto di vista delle tecniche, della clinica ma anche del significato più strettamente politico del lavoro che svolge al Centro Devereux di Parigi.

Françoise Sironi insegna Psicologia clinica e Psicopatologia all'Università di Parigi, dirige il Centro Devereux ed ha una pratica clinica molto ampia; è anche autrice di numerosi tra articoli e libri. Quale modo migliore per dare avvio ai lavori?

Premessa

Oggi non parlerò precisamente delle tecniche o della definizione dell'etnopsichiatria perché sono argomenti già noti a molti di voi; avevo piuttosto l'idea di discutere di come l'etnopsichiatria, che è comunque una pratica, un approccio con i pazienti, una metodologia, diciamo, possa anche essere applicata a tipi di pazienti diversi da quelli suoi tradizionali. Abbiamo proposto, al Centro Devereux, di studiare se è possibile adattare elementi di etnopsichiatria alla pratica clinica di ogni giorno.

Prima di continuare, vorrei dire, però, che questa mia non vuole essere una lezione ma un'occasione per condividere le nostre esperienze, anche se, magari, in questo modo sarà minore l'aspetto di novità.

Partiamo dal titolo originario del mio intervento, che poi ho un po' cambiato nel programma degli incontri: *Manifesto per il "restauro" della dimensione politica nella pratica psicologica*. Non intendo, naturalmente, dimensione politica nel senso di un partito

* Françoise Sironi, psicologa, professore associato di Psicologia clinica e Psicopatologia, Università Paris VIII, direttore del Centro George Devereux, Parigi.

politico ma in quello di una possibile proposta che la clinica e la psicologia possono fare nella pólis, in una città: in questo senso politica. Cercherò di mostrarvi come certe abitudini di pratica psicologica e clinica agiscano sui pazienti e potenzialmente sulla società intera, e vorrei anche dimostrare come il “restauro” della dimensione politica nella pratica psicologica e psicoterapeutica ci permetta di praticare in conformità con un’autentica deontologia professionale e con un vero rispetto dei diritti umani.

Il primo punto è dunque *recuperare la dimensione politica della psicologia* e chiederci perché dobbiamo farlo. Trent’anni fa, questa dimensione politica era centrale per i professionisti della salute: c’era una riflessione aperta sull’impatto politico della psicologia e della psichiatria, riflessione che ha avuto come conseguenza l’organizzazione di pratiche cliniche e terapeutiche alternative da parte del movimento dell’antipsichiatria, in Inghilterra o in Francia o con Basaglia in Italia. Dove è finita questa dinamica? Dicendo questo non faccio politica. Faccio solo il mio lavoro di psicologa clinica che non smette di pensare che la sua pratica è collegata con l’ambiente collettivo. Non voglio generalizzare, perché sia in Italia che in Francia vi sono terapeuti, psicologi, psicoanalisti, psichiatri, operatori sociali, educatori che non hanno mai smesso di percorrere questa strada. Nel lavoro di Anna Rotondo e di Dela Ranci, per esempio, è sempre viva la necessità metodologica di non dimenticare di lavorare clinicamente con la dimensione collettiva rispetto a ogni paziente.

La dimensione politica è “sfumata” nella pratica clinica a causa della teoria soggiacente, cioè la teoria psicoanalitica. La mia critica si appunta non sulla psicoanalisi in toto (io stessa ho una formazione psicoanalitica), ma su certe sue pratiche, su certi modi di praticarla. Mi sembra che la psicoanalisi non sia riuscita a pensare a questa articolazione tra storia collettiva e storia individuale anche se, per altro, è efficace in molti domini. I conflitti dell’infanzia in relazione ai disturbi umani della sessualità non sono più centrali per capire e trattare una persona, non bastano; se la sessualità era nascosta all’epoca di Freud, oggi, in una società borghese, i tabù sono anche altrove. L’impatto diretto e distruttivo della guerra, delle torture, della globalizzazione, dell’obbligo per gli immigrati di integrarsi (o perlomeno in Francia vige questo obbligo di integrazione, di adesione a un modello unico di società) sono fatti che permeano l’individuo contemporaneo e che sono all’origine di numerosi disturbi neurologici. Freud ha messo in guardia gli utilizzatori della psicoanalisi dal rischio di irrigidirsi e di irrigidire questo mezzo che è la psicoanalisi. Nella sua conferenza, pronunciata al quinto congresso di psicoanalisi e intitolata *Le vie nuove della terapia psicoanalitica*, Freud diceva: «Come quando abbiamo iniziato l’analisi, siamo sempre disposti ad ammettere le imperfezioni del nostro modo di vedere, a integrare nuove nozioni e a modificare la nostra tecnica per perfezionarla». E oltre: «Le diverse forme di malattia trattate da noi non possono essere guarite da una sola e unica tecnica». Freud lo diceva chiaramente: la psicoanalisi non era ancora compiuta, era da considerarsi solo all’inizio di una lunga ricerca.

La prima guerra mondiale poteva essere l’occasione per modificare la tecnica, data l’insorgenza, in quel contesto, di numerose patologie. Freud stesso è stato impegnato nei casi di nevrosi di guerra, ma è stato molto prudente, non ha riconosciuto l’impatto traumatico dell’avvenimento reale e di conseguenza non ha colto la trasformazione di questo impatto nella fantasia. Non ha dato cioè peso alla possibilità di elementi correttivi sulla psicologia dell’individuo, come cercherà di fare più tardi Ferenczi.

All'alba del Terzo millennio, la psicologia clinica esce da una lunga epoca di dominazione assoluta della concezione unica del funzionamento sia normale che patologico dell'essere umano, quello che assegna il primo posto agli eventi intrapsichici. Eppure è una banalità ricordare che la vita di un individuo è determinata da una serie di fattori, avvenimenti legati all'infanzia, fatti e esperienze di vita, storie familiari, l'impatto della società, dell'educazione, della cultura, l'impatto della storia collettiva. Questi ultimi due fattori sono troppo sovente sottostimati nella pratica clinica contemporanea.

Desidero oggi portare un contributo al lavoro di "restauro" del posto che devono occupare l'impatto della storia collettiva e l'impatto della normatività della cultura sullo sviluppo di una persona. Con avvenimenti collettivi intendo le guerre, le immigrazioni, la politica, i movimenti sociali, le rivoluzioni culturali, il posto della spiritualità, i cambiamenti tecnologici, quelli della scienza, delle abitudini morali e culturali di una società. E questo è un punto di vista non ancora teorizzato, poiché di teorizzato abbiamo solo il "resoconto" dell'intrapsichico. Quello che compone la psicologia umana è un aggregato di tre tipi di esperienza osservabili: gli avvenimenti singolari, individuali nel senso di normale o "patologico", gli eventi collettivi e le teorie che fanno parte della vita dei nostri contemporanei e che influenzano il modo di pensare, il ruolo di questi eventi sugli uomini.

Più che una disciplina, l'etnopsichiatria è il metodo che ci permette di restaurare la parte non intrapsichica pura della persona, permette di dialettizzare il rapporto tra individuo e società politica e cultura, tra cultura e individuo. Infatti questa disciplina si è data la possibilità di praticare clinicamente senza dimenticare le ricchezze della psicologia e allo stesso tempo di includere vari tipi di eziologia dei disturbi, in uno sforzo continuo di soppesarne l'interesse e l'importanza. Allora mi sembra pertinente, se incontriamo in psicoterapia pazienti italiani o francesi, sapere come un soggetto, un individuo e la sua famiglia, ha attraversato per esempio la seconda guerra mondiale. Io ho lavorato e lavoro così, e ho potuto rendermi conto della ricchezza che porta l'attenzione anche a questi eventi, la loro sistematizzazione nell'approccio con il paziente. Dunque, se riprendiamo l'esempio della seconda guerra mondiale, tutti hanno vissuto questa storia collettiva: erano collaborazionisti? erano partigiani? Poniamo il caso di un padre collaborazionista e il figlio partigiano: si comprenderà quanto questo sia importante per spiegare certi conflitti familiari. Oppure: erano recalcitranti a prendere una posizione che li avrebbe esposti in un modo o nell'altro?

Sempre durante la psicoterapia si può domandare, per esempio, come una persona abbia attraversato gli avvenimenti del maggio '68; o a un francese come abbia vissuto la guerra di Algeria. Tutto questo ha un forte impatto e delle conseguenze sulla psicologia e sulla psicopatologia.

L'impatto più riconoscibile della storia collettiva sulla storia individuale è il traumatismo psichico: incubo, angoscia, insonnia, riviviscenza degli avvenimenti traumatici, cambiamento della possibilità di personalità. La traccia traumatica può persistere, anche sessant'anni dopo gli avvenimenti, nel sintomo, per esempio, di un incubo o un sogno ripetitivo della persona traumatizzata, oppure nell'attualizzarsi dell'avversione per un cibo o altro, o ancora nell'assumere un preciso atteggiamento. Potremmo, per esempio, riscontrare avidità o ingordigia in una persona che ha vissuto la Seconda guerra mondiale, e questo potrebbe essere l'indicatore dell'esperienza del campo di concentramento. Nel libro *Du côté des vainqueurs. Au crépuscule des crématoires* (Tiresias, Paris 1999) Jean Claude Dumoulin,

raccontando della propria deportazione in quanto comunista francese, narra in particolare che qualsiasi eccedenza di cibo ottenuta in qualche modo nel campo era immediatamente e totalmente ingerita non solo per la fame e la paura, ma anche perché una migliore condizione fisica proteggeva dalla selezione regolare e settimanale per la camera a gas. A distanza di sessant'anni rimane solo un atteggiamento particolare, che deve essere analizzato al fine di capire se ha un legame con la storia collettiva.

Quindi non c'è solo una psicologia, ci sono delle psicologie; la situazione, l'avvenimento "fabbrica" la psicologia di una persona. C'è un funzionamento psichico in tempo di guerra e un funzionamento psichico in tempo di pace, c'è una psicologia legata all'assoggettamento come c'è una psicologia determinata dalla resistenza contro l'autorità, il pensare sotto tortura non è della stessa natura del pensare in un momento di normalità. Scrive Marcello Vignar nel suo libro: *Exil et torture* (Denoel, 1898) «l'esilio, il dolore intenso, la confusione, la paura, la voglia di morire, la vergogna, l'umiliazione sono le uniche esperienze immediate che fa il soggetto, la persona sotto tortura; a volte c'è anche un legame tra causa ed effetto, tra l'utilizzazione di un certo tipo di tortura e la traccia psicologica che lascia su chi è stato torturato».

Vorrei fare un esempio concreto. Mi scuso di illustrare un metodo di tortura ma è molto importante conoscerlo nella pratica clinica per persone che ne sono state vittime. Il metodo consiste nel torturare per sospensione: da questa coercizione sul corpo può essere indotto un atteggiamento autodistruttivo. Questo tipo di tortura viene effettivamente utilizzato in molti paesi e ho constatato che le vittime hanno un atteggiamento autodistruttivo e autosvalutativo a volte più marcato delle vittime di altre torture. Dopo qualche ora di sospensione si genera una sofferenza insopportabile causata dal peso degli organi sui propri organi, il fegato pesa sul cuore, e le persone patiscono nei propri organi interni. Da qui il legame: infatti, quando chiediamo a questi pazienti che cosa hanno pensato in quei momenti, rispondono di non aver pensato niente e di aver avuto solo la sensazione quasi tecnica della sofferenza, del peso dei propri organi, dello stomaco che fa male perché c'è qualcos'altro che lo preme. Questo tipo di pensiero, quando è stato deliberatamente indotto sotto tortura, non scompare da solo e può avere delle conseguenze anche anni dopo. Non sempre, non voglio generalizzare, ma bisogna sapere che può succedere.

Esplorare le tracce lasciate dalla storia collettiva sulla psicologia individuale permette di far luce su situazioni fino adesso inesplorate. Il mio proposito è di definire i soggetti che hanno questo vissuto e che soffrono ancora oggi perché non hanno trovato chi ascoltasse questa specificità della sofferenza. Il mio proposito è di chiamare queste persone i "reietti della storia collettiva". I reietti della storia collettiva sono tutti questi "non adottati", tutti questi "scarti", questi "resti" delle mutazioni forzate che sono di natura politica, economica, sociale e culturale. I reietti della storia collettiva sono tutte queste persone che non possono "formattarsi" a quelle che dobbiamo chiamare le assurdità della storia collettiva, come le annessioni di territori, gli spostamenti forzati di popolazioni per soddisfare l'ambizione di leader paranoici, di chi vuole cambiare una società. Il mondo politico generale della storia collettiva cerca sempre e innanzitutto di cambiare la psicologia degli individui; alcuni rivoluzionari l'hanno capito bene, come per esempio i kmer in Cambogia, che hanno prodotto adattamenti di cultura, cosa che accade in tutti i posti in cui si cerca di rendere servili le persone, di creare persone schiave. Il cambiamento in se stesso è tutto un'altra cosa: è il cambiare per essere liberato dalla teoria, dal modo di pensare di un altro, cosa che mi sembra essere l'obiettivo della psicoterapia. Allora restaurare significa integrare attraverso il lavoro terapeutico diversi aspetti che vorrei presentarvi, e darsi la possibilità tecnicamente di

restaurare la dimensione collettiva. Non è una proposta “politica”, ma una necessità, perché tutto è politico nel mondo e i professionisti della salute e gli psicoterapeuti devono saperlo. Allora come si approccia tecnicamente il “restauro della dimensione politica” nella psicoterapia? La mia proposta si articola in alcuni punti che vorrei analizzare con voi.

Primo punto: sistematizzare l’analisi dell’impatto degli avvenimenti politici sull’individuo e sulla famiglia. Sistematizzare non in senso normativo ma come tentativo di comprensione. Vedrete che è molto interessante: a volte si può arrivare a capire, nel caso in cui la terapia non progredisce, il perché dello stallo. Sistematizzando la ricerca dell’impatto degli avvenimenti politici, si può arrivare a ciò che possiamo chiamare l’albero genealogico politico e sociale di una famiglia, da cui si possono trarre molte indicazioni. Vorrei parlarvi di una persona che si chiama G., oggi pensionata, un tempo professoressa nella funzione pubblica francese. G. ha poco più di sessant’anni, è molto attiva, dà anima e corpo nell’azione militante di *Amnesty International*, in una città nel Sud della Francia. G. vive da sola, ha due figli grandi, due nipoti e un marito che non vede più da vent’anni. La cosa che mi ha colpito quando G. mi raccontava la sua storia è che la donna non coniuga i verbi al presente e nel suo narrato c’è una netta preminenza del passato di trent’anni prima. Il maggio ’68 ha sconvolto totalmente la sua vita. G. racconta con foga delle manifestazioni a Parigi e nella sua città di provincia in quell’anno. Poi, trasferitasi a Ibiza, si dedica a un allevamento di capre, alla maglia, ai lavori manuali, all’artigianato, in una cornice di vita comunitaria. Si sposa e ha un bambino che i due coniugi decidono di allevare in comunità. La droga non interessa G.; aveva cercato di fumare *hashish* di cucinare funghi allucinogeni, di preparare pasticceria confezionata con l’*hashish*, non c’era stato niente da fare, lei non amava tutto questo. Ecco la prima incrinatura: G. si distingue su questo punto dagli altri membri della comunità. Una seconda incrinatura si aggiunge poi, in particolare in relazione al concetto di amiche. In nome della liberazione individuale dove si ha tutto condiviso – la proprietà privata non deve più esistere in quanto borghese – G. ha uno *shock* per la prima infedeltà aperta del marito. Lui non comprende, non capisce la reazione di G. Anche lei avrebbe potuto, avrebbe dovuto vivere come lui, vivere liberamente la sua sessualità e avere degli amici. G. non poteva, lei era fedele, non costretta ma per sua natura. Era come il pesce che non ha coscienza dell’acqua, diceva G. Gli altri le ripetevano che era borghese essere fedele, ma lei non cede, non rinuncia al suo sentire, e il suo unico desiderio rimane il marito. Ma non può parlarne con gli altri, che la trattano da reazionaria. G. soffriva molto, avrebbe voluto tanto cambiare, liberarsi, ma non le era possibile. Qualcosa in lei si rompe, si sente un nulla, piange di nascosto aspettando il ritorno di A. quando porta in giro con la sua Renault 4 le amiche del momento. Gli anni passano, la comunità si divide e si svuota, alcuni partono, altri rimangono, tra cui A. G. è andata via, ha portato con sé i due figli che alleva da sola, oggi è con l’iperattività che lotta contro la depressione. Oggi ripara gli urti della storia collettiva con il suo impegno militante in *Amnesty International*. A lei rincesce di avere avuto tanti dubbi in quell’epoca e di non aver provato a cambiare identità; il suo problema di depressione e di lotta contro la depressione attuale ha un legame con il cambiare identità e con la normatività di quell’epoca. Guardiamoci dal discreditarci l’Io che esprime G. attraverso uno spostamento difensivo; possiamo pensare come uno spostamento difensivo la sua iperattività militante. L’origine della ferita è la perdita del quadro culturale interno, che è stato attaccato dal più potente oggetto della storia collettiva, cioè l’ideologia. La categoria depressione è in realtà simile a una borsa che contiene molte cose; ma la categoria depressione mi sembra essere troppo restrittiva, e possiamo avanzare nell’analisi di questo concetto.

C'era una parte delle condizioni della depressione che possiamo qualificare come nostalgia, ma tenterei di valutare da un punto di vista clinico, nel corso del lavoro terapeutico, quali possono essere veramente i casi di nostalgie. Sono casi di persone che mettono in atto atteggiamenti culturalmente codificati e corrispondenti ad un mondo, ad una maniera di vivere che non esistono più. Hanno significato e coerenza in rapporto ad un mondo non più attuale, cosa, questa, che fa passare per pazzi o deprivati o malati. In clinica dobbiamo trattare questi tipi di situazioni, ma poi ci sono anche tanti altri casi. La proposta è dunque quella di affinare il concetto di depressione. Altri casi sono il risultato di tentativi falliti di costruzione su un mondo ideologico, come nell'esempio di G. Le ideologie fanno promesse, fanno costruzioni di persone, ma queste ricette ideologiche escludono tutti quelli che non possono cambiare, che non hanno un tipo di funzionamento alloplastico, cioè che non possono adattarsi ai momenti e ai cambiamenti del mondo contemporaneo. Questa condizione non causa necessariamente psicopatologia, piuttosto una sofferenza, un non adattamento o anche un iperadattamento.

In secondo luogo, il corporeo può essere il luogo che sottolinea un avvenimento della storia collettiva. Facciamo l'esempio di un altro tipo di reietti, i reietti alsaziani. Vorrei parlarvi di una persona, che si chiama D., un alsaziano che oggi ha ottantacinque anni, con frequenti soggiorni in ospedale psichiatrico. D. ha problemi di memoria e spesso di depressione: ha fatto le due guerre mondiali e ha perso tutto. La sua casa è stata requisita dai tedeschi durante la Seconda guerra; con la moglie era fuggito in una zona centrale della Francia ma al ritorno, alla fine del conflitto, non possedevano più nulla. D. ha ritrovato i suoi mobili in un negozio di antiquariato e, fatto per lui ancora più assurdo, racconta che, quando la figlia si è sposata a Parigi con un parigino, lui ha dovuto produrre un certificato di reintegrazione, come se non fosse stato più francese. Da quel momento si evidenzia un principio di demenza sotto forma di Alzheimer e può darsi anche una patologia di Parkinson. Sono, queste, patologie che hanno in comune il fatto di andare ad intaccare il tessuto neuronale, centrale o periferico, del sistema nervoso: un rallentamento, una disorganizzazione nel funzionamento dell'intelligenza degli organi non è senza rapporto con gli avvenimenti della vita. Per D. il certificato di reintegrazione che gli è stato richiesto è stato lo scacco della riviviscenza traumatica. Il caso di D. "rileva" una psicopatologia o una mobilità psichica singolare dell'Alsazia e sottolinea il legame con l'assurdità della storia, qui, in particolare, con i cambiamenti forzati di nazionalità. Nell'Alsazia ci sono tanti D. che hanno vissuto questi cambiamenti. D. è stato due volte francese e due volte tedesco senza cambiare casa e paese; ha vissuto l'obbligo di parlare tedesco o di parlare solo francese, perché c'è stato un tentativo attivo di sottomettere la lingua alsaziana. Inoltre, nonostante queste persone fossero francesi, hanno dovuto combattere al fianco dei tedeschi all'epoca della guerra, senza contare la presenza di collaborazionisti. Anche questo è parte della storia collettiva di D. Da qui la proposta della seduta di psicoterapia come spazio di accoglienza, di testimonianza.

Esistono molte altre categorie di reietti della storia, dell'assurdità della storia collettiva. Le mutazioni drastiche e la mondializzazione, per esempio, hanno avuto come conseguenza la chiusura dei bacini carboniferi in Francia, o in altre zone la chiusura dei cantieri navali di potassio e di carbone, e dunque hanno prodotto aree depresse. I reietti della storia collettiva sono anche alcuni partigiani, rappresentanti più emblematici dell'altra faccia della luna, di un mondo contemporaneo in piena mutazione. I barboni o senza fissa dimora sono altre figure di questi mondi persi, e sono numerosi, magari persone di famiglie che da generazioni fanno un certo tipo di mestiere che poi sparisce. Se il mestiere non esiste più appartiene a un mondo

perso. Allora la seduta può funzionare come uno spazio di accoglienza e di testimonianza perché a volte i pazienti non vogliono affrontare la terapia ma hanno bisogno di aiuto. Dicono: “Ho fatto la guerra, non sono malato, non sono mica pazzo; è la guerra che mi ha ridotto così, perché dovrei andare in terapia?”. La famiglia si rivolge a noi sperando di trovare risposte, ed è a questo punto che noi proponiamo la seduta di “accoglienza e di testimonianza”, che è un modo per non parlare direttamente, e allo stesso tempo non è altro che una dimensione della psicoterapia.

Vorrei illustrare tutto questo con un altro caso, che riguarda M., una persona che stavo incontrando per la sesta volta all’ospedale psichiatrico dove lavoravo all’epoca. M. è venuto in ospedale spinto dalla madre e dal fratello.

Faceva il meccanico di bordo nella marina mercantile, ma fu licenziato dopo una rissa con un ufficiale. M. aveva bevuto molto quel giorno. Il suo licenziamento l’aveva costretto a rimanere in porto dopo tanti anni passati a lavorare e viaggiare sulle navi. M. non è poi riuscito ad elaborare la fine, il lutto di questo universo così particolare che è la vita sul mare, che è la marina mercantile. Questa è anche la storia collettiva di una persona, storia sociale, diciamo. Alla fine M. ha accettato, ma senza troppa convinzione, di cercare lavoro al porto; però non ci credeva, il cuore non c’era più. La ristrutturazione dei cantieri navali e la chiusura definitiva gli hanno poi dato ragione. M. è adesso un uomo senza speranza di trovare lavoro. Ha passato i cinquant’anni, dunque il verdetto è: troppo vecchio. Vecchio lui, che aveva tante cose da insegnare, che aveva ancora tanto da fare? Nel frattempo tutta la regione era diventata zona depressa. M. era sposato ma la moglie non sopportava più il suo alcolismo e i suoi accessi di violenza. M. era arrivato a non condividere più niente con la gente che gli era vicina, passava ore e ore con la sua birra a pensare, a riguardarsi la pellicola degli scali, a ricordare l’odore dei motori. In seguito tornerà a vivere con la madre nella periferia di Parigi. La madre aveva accettato di accoglierlo, perché, come ci diceva, avrebbe voluto mettere un freno al suo decadimento. M. era molto aggressivo quando veniva in ospedale e viveva questi incontri come un’ingiustizia. La psicoterapia con M. non dava grandi soddisfazioni; io mi annoiavo con lui, perché diceva molte banalità e non c’era modo di progredire. Vedevo questo paziente a volte anche con la presenza degli infermieri del servizio, l’assistente sociale, lo psichiatra. Lavoravamo insieme e io cercavo un elemento che potesse rivelarsi fondamentale e che spiegasse il suo attuale atteggiamento. Ho lavorato con M. sull’impatto dei mondi persi, sull’universo della navigazione, poi anche sull’infanzia, “banale” anche quella, perché non c’era niente di particolarmente rilevante, se non elementi piuttosto comuni come una conflittualità con il padre. Poi ho capito. Tardi, ma finalmente ho focalizzato la sua età: M. aveva più di cinquant’anni, andava verso i sessanta, allora gli ho chiesto una volta, durante una seduta, se aveva fatto la guerra d’Algeria. Mi ha guardato fissamente e poi, come una bomba, è esploso ed è diventato davvero volgare nelle sue espressioni. Continuava a dire che quello non aveva niente a che fare con tutto il resto, che voleva essere lasciato in pace. La sua protesta così energica mi ha, di contro, spinto a insistere. Ho cominciato a pensare che quello potesse essere davvero il punto focale. La guerra d’Algeria non si è conclusa con gli accordi di pace, ma continua a vivere nella testa di chi l’ha vissuta e di quelli che hanno perso. Una guerra vinta è altra cosa, perché ci sono i ricordi, le medaglie, ma una guerra persa lascia strascichi importanti molto diversi, perché si trasforma in una guerra sporca. Nel momento in cui M. si è tranquillizzato, ho riprovato a chiedergli un racconto di quel conflitto. Da quel giorno le nostre sedute sono state dedicate ai fatti di guerra, di “quella” sua guerra, e abbiamo anche chiesto alla madre e al fratello di partecipare, e a volte è stato presente anche un paziente cronico del servizio che, come M., aveva fatto la guerra d’Algeria. Avevo cercato di costituire un piccolo gruppo perché non volevo che M. fosse solo, e mi è parso importante che

ci fosse anche un commilitone che capisse e che potesse condividere i ricordi di M. Da quel periodo M. non è più ritornato all'ospedale psichiatrico; l'ho invece seguito in psicoterapia ambulatoriale insieme al suo psichiatra. Successivamente M. ha lasciato la periferia di Parigi per trasferirsi a S.N., una città sul mare. Dunque, dalla guerra di Algeria ai cantieri navali, la storia di M. è un'accumulazione di mondi persi che hanno prodotto psicopatologia. Non si tratta di sottovalutare i conflitti intrapsichici e neppure la relazione conflittuale con il padre, ma di aggiungere uno spazio di causalità che viene ad attraversare la vita psichica, a formare un'impronta. La perdita dei mondi agisce come un'impronta che dà forma alla storia individuale e fabbrica la storia sociale.

Nella restaurazione della dimensione politica, fondamentale è la presenza dei mediatori culturali e dei rappresentanti dei mondi del paziente. Lavorare con dei mediatori culturali in una seduta è anche una decisione politica: significa che una persona ha la possibilità non solo di parlare ma anche di condividere l'esperienza di un paziente. Il mediatore culturale conosce ambiente, mondo, conflitti, storia, cultura, modo di vedere e affrontare la vita di chi abbiamo davanti, perciò rende possibile la reciprocità in una seduta in psicoterapia. I mediatori culturali non sono solo ed esclusivamente quelli che parlano la lingua o che conoscono bene cultura o antropologia di una società; quando parlo di mediatori mi riferisco anche a persone che hanno dei vissuti o delle funzioni particolari e che possono costituire un tramite con il paziente. Nel caso di M., per esempio, si è trattato del commilitone. Sto dunque proponendo di allargare l'idea di mediazione culturale.

All'inizio, in etnopsichiatria, abbiamo lavorato essenzialmente con coloro che conoscevano la lingua del paziente, ora ci rivolgiamo anche a chi può e può condividere l'esperienza. Per esempio, una persona che ha un incarico politico sa capire molto meglio di me, che rimango una clinica, l'esperienza della disillusione in politica.

Terzo punto della mia proposta è restaurare le logiche culturali dei mondi dei pazienti, come è già stato fatto in etnopsichiatria per gli stranieri e continua ad essere fatto con gli immigrati in Francia. Queste due cose, restaurare la presenza dei mediatori culturali e restaurare le logiche culturali dei mondi dei pazienti (dei mondi perché non si tratta mai di un mondo unico: c'è storia politica, una storia religiosa, ecc.) favoriscono l'insorgenza della singolarità, contro l'ideologia globalizzante del funzionamento psichico di un essere umano, e questo vale sia per i pazienti immigrati che per gli autoctoni.

In quarto luogo: liberare o slegare normalizzando, e concepire il lavoro psicologico anche per rendere il paziente più forte in questo senso. Anche questo è ripristinare la dimensione politica. Non si tratta di condividere l'idea del paziente, ma di dare a lui la possibilità, tecnicamente e clinicamente, di rinforzarsi, di "normalizzarle" il suo sintomo. Due piccoli esempi: una signora, che ancora oggi vediamo al Centro Devereux, e che non aveva mai voluto incontrare uno psichiatra né voleva curarsi, aveva alcune volte delle allucinazioni che, a suo dire, la aiutavano nel suo lavoro perché era artista. Temeva che, sparendo le allucinazioni, sparisse anche parte della sua creatività. Questa signora è venuta a trovarci al Centro perché aveva sentito parlare del nostro modo di lavorare, dunque del nostro atteggiamento di accoglienza e non di scontro con i pazienti. Per lei era fondamentale che la sua singolarità fosse riconosciuta e accompagnata. Allora abbiamo creato il concetto di "nocivi dormienti", entità che facevano qualcosa al suo corpo, a volte del male, a volte cose che non capiva. Ma estirparli significava per lei la possibilità di perdere in capacità creativa. La donna ha poi accettato di farsi curare soprattutto in seguito a problemi insorti con la

menopausa. Tutto questo, comunque, per dire che anche la terapia necessita a volte di creatività.

L'altro esempio di cui vorrei parlare riguarda la realtà dei transessuali. In particolare con queste persone, il nostro lavoro non consiste nel giudicare quanto piuttosto nell'accompagnare. I transessuali sono normalmente ben inseriti nella società francese e sono perciò colpiti dalle comuni nevrosi. A volte hanno già attraversato delle esperienze di maltrattamento teorico o in psicoterapia, e questo è l'ultimo punto che volevo affrontare con voi.

Quinto punto: la costruzione del percorso terapeutico del paziente comporta anche l'analizzare e, a volte, attaccare e criticare l'impatto delle psicoterapie precedenti. Io di norma preferisco non prendere posizioni rispetto ad altre psicoterapie, perché questo può costituire un pericolo per il paziente, questo lo sappiamo tutti; ma, talvolta, quando una persona è stata maltrattata, allora bisogna intervenire. È il caso della persona che ha creato la Società di pazienti vittime di psicoterapia in Francia, M.A., una suora che è stata violentata dal suo terapeuta. In seguito al processo, lo psicoterapeuta è stato diffidato dall'esercitare per una decina d'anni. Abbiamo ricostruito con la suora i fatti accaduti. Lei lavorava in carcere a fianco di un'assistente sociale che era anche sua amica; il terapeuta la invita a un gruppo di sviluppo personale che tiene per due giorni al mese, dicendole che questi incontri le avrebbero alleviato lo stress del lavoro. M.A. accetta di buon grado, ma il terapeuta aveva già l'idea preconstituita che la religiosità è in sé una nevrosi, e che la signora era diventata suora perché frustrata sessualmente. Allora, durante l'incontro, l'ha costretta a scoprire la sua sessualità. Questa è stata per la suora un'esperienza di deculturazione antiterapeutica, perché il mondo monacale della suora era quello che lei stessa aveva scelto non per nevrosi, come pensava il terapeuta, ma per sincera religiosità. Dunque si capisce bene come, in casi simili, sia necessario decostruire il precedente percorso terapeutico.

Per concludere vi parlerò di un paziente che abbiamo seguito al Centro, un transessuale di nome F.F., uomo dal punto di vista biologico, di quarant'anni, sposato, con tre figli grandi, che ha sempre avvertito un profondo disagio nella sua identità sessuale. F.F. si sentiva intimamente donna, si vestiva da donna all'interno della sua casa, ma sempre di nascosto alla sua sposa e ai suoi figli, e non lo faceva mai fuori casa. Ha lottato per anni con la sua sessualità. La vita professionale di F.F. è molto soddisfacente: dirige un reparto di ingegneria in una grande impresa della regione parigina. Attualmente ha cominciato il processo di trasformazione assumendo degli ormoni femminilizzanti, ed è seguito da uno psichiatra. F.F. è venuto al Centro perché conosceva già il nostro gruppo di lavoro e voleva lasciarci la sua testimonianza. Un giorno ci ha portato una lettera che ha scritto al suo psichiatra, da cui stralcio qualche passo: «Dottore, io le chiedo di iniziare il mio trattamento con gli ormoni antitestosteroni che inibiscono quelli maschili ... non è un processo irreversibile ... vorrei essere seguito da un suo collega andrologo ... Se continuo solo a vederla ogni due o tre mesi niente cambia e io invece vorrei un segno tangibile del mio percorso e della sua disponibilità ad aiutarmi ... altrimenti continuiamo solo, di tanto in tanto, a testare la mia determinazione ... e lei continuerà a porsi criticamente nei confronti della mia decisione per l'età, la famiglia, i miei figli e il mio aspetto, che è piuttosto maschile e per nulla femminile ... L'ultima volta non mi sono espresso così chiaramente perché lei mi aveva già giudicato combattivo, e allora avevo paura di essere vissuto come combattivo maschile ... Mi ha detto che ho il viso largo e i lineamenti maschili ... ma io ogni giorno vedo donne che hanno il viso largo, che hanno lineamenti non sottili, e anche lei, senza dubbio, ha visto queste persone, e può darsi anche

che non sia il suo tipo di donna. Le avevo risposto che avevo già verificato con mia madre e le mie mani sono grandi come le sue, e porto il suo stesso numero di scarpa». Ci accorgiamo subito dei punti di scontro tra paziente e psichiatra: a proposito dei lineamenti, per esempio. Ne sortisce una lotta tra la teoria di questo psichiatra e la storia di questo paziente. La realtà clinica è piena delle teorie degli psichiatri in generale. Sono sovente alibi per giustificare dei giudizi preconcepiuti, inadatti alla problematica dei pazienti, che hanno invece necessità di modelli creativi e singolari. I diritti umani sono sbeffeggiati quando i rappresentanti della nostra professione tentano di imporre il proprio giudizio di valore. È per questo motivo che è molto importante, durante le sedute, fare con i pazienti l'analisi dell'intenzionalità dei professionisti che hanno decostruito il loro mondo e liberarli dalle teorie dei terapeuti e dai loro maltrattamenti teorici.

Vorrei ribadire, per concludere, che come psicologa e professionista della salute è importante prendere in considerazione l'impatto della storia collettiva sulla storia individuale, come abbiamo detto all'inizio, e soprattutto l'impatto di guerre, massacri, e deportazioni, e se non prendiamo in considerazione questi aspetti saremo anche noi complici passivi della perpetuazione della violenza collettiva. Come psicologi e professionisti della salute possiamo in qualche modo partecipare ad un'azione di prevenzione dei conflitti, di interruzione al ripetersi della storia collettiva violenta e di ricostruzione della pace, e lo dico con sicurezza e senza paura di sembrare *naive*.