

Marta Castiglioni*

Aiutare a trovare le parole per dirlo

Abstract

While acknowledging the transformative power of the word, working with patients who speak little or do not understand the Italian language is not the only means by which to trigger processes of symbolization and resilience. This work presents the therapeutic mediation device designed for working with this particular type of user and how using a mediator-object – the artifact – to grasp the theoretical and therapeutic scope of this approach in multicultural contexts.

Keywords

Transcultural clinic, cultural mediation, storytelling, care practices

1. L'lo narrante nella clinica transculturale

Nel presente scritto si fa riferimento sostanzialmente alla esperienza di lavoro in questi ultimi dieci anni con rifugiati/richiedenti asilo¹. A partire della nostra pratica clinica abbiamo pensato e costruito un dispositivo tecnico adatto a questo tipo di utenza che qui presentiamo.

Una delle difficoltà più volte sottolineate nel lavoro terapeutico, educativo, psicosociale con rifugiati e, più in generale, con persone immigrate, è quella della comunicazione: la narrazione di sé è ostacolata, principalmente, ma non solo, dalla lingua, dalla non conoscenza della lingua

* Marta Castiglioni nata a Rosario Argentina, vive e lavora a Milano. Di formazione psicoanalista. Ha insegnato alla Università di Rosario (Argentina) e alla Università di Milano. Insegna al Corso di Specializzazione per Psicoterapeuti Transculturale di Milano. È autrice di numerosi articoli e pubblicazioni su salute e immigrazione: *La mediazione linguistico culturale* (Milano, 1997), *Percorsi di cura delle donne immigrate* (Milano, 2002), *Identità e corpo migrante* (Milano 2011), *Capire e curare gli adolescenti. Nuove forme di clinica transculturale* (Milano 2012).

¹ Si fa riferimento, principalmente, al progetto Enea Sai della Provincia di Mantova, oltre alla supervisione di diversi progetti SPRAR sia a Mantova che in altre città.

italiana o dall'assenza di una lingua veicolare. Questo comporta la necessità di utilizzare un setting a tre che includa negli incontri/colloqui la presenza di un mediatore linguistico culturale².

In letteratura, l'Io narrante è una tecnica narrativa in cui la vicenda dell'opera è narrata e descritta da un personaggio che è protagonista o, comunque, partecipa delle azioni e che permette al personaggio che sta vivendo la storia di raccontarla, trasmettendo le emozioni che prova in quel momento.

L'Io narrante, in un setting a tre, è mediato dalla traduzione fatta dal mediatore linguistico-culturale. La traduzione consecutiva operata dal mediatore linguistico-culturale rappresenta quindi già un'interpretazione. In primo luogo, se come affermava Mark Twain «il carattere di un uomo si deduce dagli aggettivi che di solito usa in una conversazione», ciò non è più possibile dato che è il mediatore che decide cosa e come tradurre. Inoltre, non basta la traduzione da una lingua all'altra del contenuto della comunicazione ma è necessario che, attraverso la traduzione, venga trasmesso il senso di quanto viene espresso dal paziente. Il mediatore linguistico culturale deve operare una decodifica culturale del contenuto del messaggio affinché sia comprensibile alle altre due parti implicate nel colloquio (terapeuta e paziente).

D'altronde è la presenza del mediatore linguistico culturale durante i colloqui che permette la circolazione della parola, attenuando l'impatto che le domande dirette possono produrre. Le persone richiedenti asilo/rifugiati da quando arrivano in Italia sono già continuamente sottoposte a molteplici domande interrogatorie da parte dei poliziotti, del personale sanitario, dagli operatori dell'accoglienza, dai membri della Commissione Territoriale. Le domande dirette danno luogo a vissuti persecutori, resistenze, chiusure, silenzi. Evitando le domande dirette e verbalizzando in una e nell'altra lingua i contenuti angosciosi, il mediatore linguistico culturale permette la creazione di una procedura di "*modulazione dei vissuti traumatici*".

Pertanto, durante i colloqui/incontri, la presenza e l'intervento del mediatore linguistico culturale comporta la costruzione di uno spazio di interscambio condiviso fra i partner della relazione terapeutica, ma anche una perdita dell'Io narrante, dato che nella traduzione consecutiva si passa necessariamente dalla prima persona singolare con cui il paziente si racconta – alla terza persona singolare con cui viene fatta la traduzio-

² La presenza durante i colloqui della figura professionale del mediatore linguistico culturale permette la creazione di un setting transculturale. Per un'analisi dei dispositivi terapeutici transculturali e del setting transculturale, cfr. M. Castiglioni, M. Riva, P. Inghilleri, *Dispositivi transculturali per la cura degli adolescenti. Un modello di intervento*, Franco Angeli, Milano 2010.

ne. Questo passaggio dalla prima alla terza persona oltre ad essere già un'interpretazione del contenuto del messaggio da parte del mediatore, produce anche un'altra difficoltà: l'impossibilità di utilizzare fluidamente la tecnica delle libere associazioni.

Lavorare con persone che hanno subito un trauma psicologico significa diventare testimoni di eventi spaventosi che a volte mettono a dura prova la capacità di ascolto del terapeuta. Siamo convinti che bisogna partire dalla propria esperienza interiore in relazione all'immigrazione per potere aiutare i nostri pazienti stranieri a pensare la propria esperienza. Nel lavoro terapeutico, seguendo il consiglio di George Devereux, abbiamo dato pertanto maggior peso al controtransfert culturale³. Ci siamo concentrati sull'impatto che il contenuto che ci veniva trasmesso aveva su di noi: tale focus dinamico ha favorito un movimento di decentramento rispetto alle nostre rappresentazioni culturali. Il controtransfert culturale e la capacità di accogliere le differenze culturali nella narrazione di vita dei pazienti immigrati sono una formidabile leva terapeutica.

Quando gli eventi traumatici sono dovuti all'intenzionalità dell'essere umano, il risultato è un processo di "disumanizzazione" della vittima che produce nel soggetto una totale diffidenza verso l'altro. Il mancato riconoscimento dell'esistenza di un trauma causato intenzionalmente da parte del terapeuta può generare forme di comportamento paranoiche. Solo attraverso la condivisione della sofferenza è possibile cominciare a costruire un legame che ridia al paziente il senso di appartenenza e fiducia. Nei colloqui, abbiamo usato la tecnica della rêverie con cui si aiuta il paziente a dare un nome ai sentimenti e alle emozioni legate alle esperienze traumatiche e a trovare le parole per dire quanto taciuto con il silenzio. La tecnica della rêverie ha un impatto positivo in quanto viene vissuta dal paziente come un riconoscimento delle sofferenze vissute. Consente, inoltre, di riacquistare gradualmente la necessaria fiducia di base nell'altro e di abbandonare i sentimenti persecutori.

Nel lavoro clinico, è infine necessario tenere presente che dover imparare una nuova lingua può provocare, in alcuni casi, un movimento difensivo: le persone rifugiate possono, infatti, apprenderla con fatica poiché la percepiscono come una minaccia all'integrità del proprio sé, come la perdita di una parte importante di sé stessi. Utile alla comprensione di questo comportamento è la distinzione fra lingua materna, alla quale sono legati gli affetti e i sentimenti e lingua del Paese di accoglienza, che dovrà diventare la lingua sociale necessaria all'avvio del percorso di in-

³ Cfr. G. Devereux, *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, Istituto della Enciclopedia Italiana Treccani, Roma, 1984.

tegrazione. Dover esprimersi nella nuova lingua può, pertanto, diventare fonte di ulteriore conflitto interno⁴.

Al di là delle difficoltà dovute ad una bassa scolarizzazione pregressa, è rilevante osservare come la difesa dell'integrità del sé si manifesti sotto forma di difficoltà di apprendimento della lingua (per altro, in persone che dichiarano di volersi integrare e trovare un lavoro più qualificato di quello di bracciante).

Tuttavia, imparare a parlare la lingua del Paese di accoglienza può anche diventare una difesa contro l'angoscia legata ad eventi traumatici «vissuti nella lingua materna», nella lingua del Paese di origine. L'uso della lingua italiana può aiutare, infatti, a prendere distanza da eventi troppo dolorosi e aiutare a controllare meglio le emozioni, senza che la narrazione della propria storia sconvolga/travolga eccessivamente l'Io.

2. Trauma e difficoltà nei processi di simbolizzazione

Il trauma è frutto di un evento improvviso che rompe l'atteso e il noto, sovvertendo l'ordine (simbolico) a cui la persona è abituata. L'intensità degli stimoli scatenati dagli avvenimenti traumatici trova la persona che li subisce impreparata ad affrontarli. Si produce, quindi, un collasso psichico: il soggetto non riconosce più l'esperienza come propria e non riesce più a rappresentarsela, generando un «caos affettivo»⁵. Il trauma separa e disconnette: non c'è più corrispondenza tra l'esperienza corporea e un ordine simbolico. Questo processo di disconnessione separa, inoltre, l'esperienza personale da un ordine simbolico non solo mentale ed individuale ma anche collettivo: distrugge, cioè, la possibilità di condividere il senso (della sofferenza). La scelta di non parlare di quanto accaduto da parte del soggetto trae origine proprio da questo processo di disconnessione e frammentazione.

Se, come sostiene Winnicott, il senso della continuità dell'esistenza è assicurato dall'eredità culturale, nel rifugiato avviene una doppia crisi: interna ed esterna. Da un lato, si assiste alla rottura e alla frammentazione del quadro interno a causa degli eventi traumatici attraversati; dall'altro, il quadro interno perde la corrispondenza con la realtà esterna che, nel nuovo e sconosciuto contesto d'immigrazione, non è più nota. È possibile osservare tale frammentazione nei colloqui psicologici, in cui il rac-

⁴ Ho applicato con i ragazzi adolescenti di seconda generazione la distinzione tra lingua materna e lingua madre, riservando la denominazione di lingua materna alla lingua dell'accudimento materno, legata al mondo familiare degli affetti e lingua madre all'italiano che, nei figli di famiglie immigrate, è la lingua dei legami extra familiari.

⁵ Cfr. T. Nathan, *Le sperme du diable*, PUF, Paris 1988.

conto dell'Io narrante perde continuità e fluidità e la storia emergente del soggetto si riduce alla situazione presente.

Ora, come afferma Devereux, se la cultura fornisce il sistema di difese⁶, allora di fronte all'esperienza traumatica dell'immigrazione è possibile che si generi un sentimento di carenza protettiva: la persona rischia di sentirsi priva di quelle difese che la cultura fornisce e tale sentimento si svela attraverso comportamenti contraddittori, ambivalenti, attraverso l'espressione di particolari esigenze o attraverso il rifiuto di aiuto.

Il viaggio immigratorio verso l'Italia è punteggiato da esperienze quali la perdita dei compagni di viaggio, morti di stenti o per annegamento; le umiliazioni; i soprusi dei poliziotti, libici o greci che siano; i maltrattamenti corporei e le torture, subiti in prima persona o visti subire ad altri. Su tutte queste esperienze, una volta approdati in Italia, cala il silenzio che attesta la presenza di una doppia ingiunzione: la proibizione di ricordare le sventure passate e l'imposizione di non parlarne⁷. Pertanto, di fronte all'implicito rifiuto di ricordare e di parlare spesso attuato da questa utenza e pur riconoscendo come centrale il valore trasformativo della parola, ci siamo interrogati se fosse giusto considerare la parola come unico metodo terapeutico e di simbolizzazione.

Tenendo conto delle difficoltà di comunicazione linguistica sollevate nel primo paragrafo e constatando, in un numero maggioritario di casi, la presenza di un *clivage* riguardo agli eventi traumatici e ai lutti recenti, ci siamo chiesti come aiutare a dare un senso a questi accadimenti incorporandoli nella narrazione di sé.

Uso il concetto di *clivage* nel senso di quel meccanismo attraverso cui il soggetto tenta di rimuovere dalla coscienza i contenuti psichici dolorosi, pur ricordandosi gli eventi ad essi collegati. In questo senso possiamo considerare il *clivage* una forma di oblio: i contenuti psichici legati agli eventi traumatici vengono mantenuti congelati nel pre-conscio, senza che avvenga una loro elaborazione psichica e una loro incorporazione nella psiche. In questi casi, il *clivage* funziona come meccanismo di difesa contro l'angoscia e contro la possibilità di esplosione di emozioni psichicamente debilitanti come l'odio e la rabbia. In tale fase la persona – se interrogata – afferma che adesso deve affrontare il presente e tutte le difficoltà legate all'integrazione e “che tutto quello che le è accaduto riguarda il passato”. Nel lavoro terapeutico svolto in questi anni in accoglienza, è stato dunque talvolta difficile cogliere e valutare la portata degli eventi pluri-traumatici e le loro conseguenze psichiche sull'utenza proprio a causa del *clivage*.

⁶ Cfr. G. Devereux, *Saggi di Etnopsichiatria generale*, Armando Editore, Roma, 2007.

⁷ Cfr. Y.H. Yerushalmi, N. Loraux, H. Mommesen, G. Vattimo, *Usi dell'oblio*, Pratiche Editrice, Parma, 1990.

Inoltre, in mancanza di simbolizzazione attraverso la parola si assiste a un irrigidimento del conflitto sul piano motorio. Di fronte a tale trasformazione del non verbalmente esprimibile, ci si è chiesti quali strumenti e quali pratiche potessero permetterci la costruzione di una storia di vita non spezzata e integrata a tutta la sua gamma di vissuti. Abbiamo così fatto ricorso a diverse modalità di approccio, come ad esempio quella basata sulle cosiddette mediazioni terapeutiche (cfr. paragrafo 3). Si trattava di trovare un dispositivo tecnico che permettesse di aggirare la barriera linguistica e le resistenze verso la lingua italiana e che contemporaneamente permettesse di attenuare il *clivage* in atto riguardo agli eventi traumatici subiti lungo il viaggio. L'obiettivo era innescare processi di resilienza, dando voce all'Io attraverso altri mezzi e aiutare a costruire una storia che desse un senso all'accaduto.

Gli eventi traumatici sono straordinari non perché si verificano raramente, ma perché travolgono gli ordinari processi di adattamento alla vita. Di conseguenza la possibilità di portare avanti con successo un progetto di vita e di integrazione nella società di accoglienza passa attraverso la possibilità di pensare l'impensabile del trauma.

3. Le mediazioni terapeutiche

I dispositivi di mediazione terapeutica sono da anni utilizzati in situazioni cliniche «estreme» laddove la possibilità di parola e di simbolizzazione sono deteriorate o inesistenti (autismo, psicosi infantile, borderline, sindromi antisociali gravi, ecc.). Il lavoro di gruppo in laboratori con tecniche pittoriche, artigianali, strumenti musicali ecc. – impiegati in quanto simboli – sono ampiamente utilizzati nei servizi psichiatrici⁸. Le mediazioni terapeutiche erano già state proposte con pazienti che presentavano patologie narcisistiche identitarie e in situazioni cliniche in cui i processi di simbolizzazione sono rimasti incompiuti per esperienze precoci durante le quali il linguaggio non era ancora sviluppato. I lavori pionieri di Anna Freud, Melanie Klein e Donald Winnicott hanno introdotto nella terapia del bambino l'uso dei disegni come tecnica di simbolizzazione.

Si è trattato dunque di trasferire, adattare, reinventare le teorizzazioni e le pratiche esistenti, utilizzandole in un contesto multiculturale, dove l'uso della parola è difficoltoso e le possibilità di elaborazione e simbolizzazione sono deficitarie o bloccate a causa del *clivage* operato sugli eventi traumatici e luttuosi subiti.

Abbiamo creato dei dispositivi transculturali basati sulla creatività e sull'uso di artefatti che fossero in grado di operare come dispositivi

⁸ Cfr. A Brun. *Les médiations thérapeutiques*, Eres, Toulouse, 2011

di mediazione terapeutica: dispositivi culturali soggettivanti che fossero capaci di indurre processi di simbolizzazione e quindi di resilienza. A partire dalla pratica, si è pensato di costruire un modello teorico di mediazione terapeutica che permettesse di far emergere un racconto di vita attraverso l'utilizzo di un oggetto-simbolo trasformato poi con il lavoro di gruppo in oggetto-operante (artefatto). L'obiettivo era attaccare il *clivage*, rendere il periodo di permanenza nel gruppo in un "luogo che cura" e dare avvio a un processo di resilienza.

Il materiale dell'esperienza non simbolizzata incryptato nel pre-conscio è enigmatico, multisensoriale, multipercettivo, multipulsionale e ha allo stesso tempo un'origine soggettiva e culturale interna ed esterna. L'ipotesi fondamentale di partenza del lavoro di mediazione terapeutica realizzato è stata quindi quella di esternalizzare quel materiale psichico attraverso l'uso di un oggetto-simbolo, di un medium: l'artefatto. L'artefatto doveva permettere un triplice movimento: una funzione forica (phorein = portare/portare fuori) con l'attivazione e il trasferimento delle emozioni sull'artefatto e con la trasformazione delle emozioni in sentimenti; una funzione semiforica di trasformazione dell'esperienza in segni significanti (per esempio, attraverso il disegno); una funzione metaforica per trovare e dare senso all'esperienza.

La psiche si costituisce come uno spazio interno che si esternalizza: che si estende nei luoghi esterni. Questo andare "fuori di sé" della psiche può significare disagio psichico e follia ma anche identità, benessere, cura. Ecco allora che si rivelano i temi centrali delle mediazioni terapeutiche: lo spazio come luogo per pensare, come spazio (luogo) che cura, lo spazio come spazio resiliente e come luogo antropologico che dà identità e appartenenza. Appare in questo modo con chiarezza la relazione di complementarità fra Psiche e Cultura sostenuta dall'approccio metodologico transculturale elaborato da George Devereux. In questo senso, le mediazioni terapeutiche attraverso un oggetto culturale – l'artefatto – ci hanno permesso di riflettere sulla condizione di chi si trova in esilio, inteso come essere esule di sé stesso e dei luoghi fondanti quali la casa e il luogo natio.

4. Mediazioni terapeutiche e artefatto

Vygotskij sostiene che tutto ciò che non è presente in natura ma che è costruito, ideato o prodotto dall'uomo è un artefatto o oggetto culturale⁹. Gli artefatti hanno come caratteristica conservare, contenere

⁹ L. S., Vygotskij, *Pensiero e linguaggio*, Laterza Roma, 1990.

e veicolare informazione e si distinguono in due grandi categorie, gli oggetti materiali che possono essere manipolati, usati e dei quali bisogna conoscere le informazioni necessarie al suo uso e gli oggetti immateriali come le credenze, i valori, le conoscenze, le rappresentazioni culturali della realtà. Gli individui selezionano e caricano gli artefatti di contenuti effettivi ed emozionali in base alla esperienza culturale che di essi hanno ¹⁰. Negli artefatti, dunque, si esternalizza la psiche e la cultura del soggetto. Di conseguenza si può affermare che gli artefatti non sono psicologicamente «neutri»: oltre l'informazione che contengono e che le è propria, ogni soggetto ne deposita un quantum di carica affettiva.

Il ruolo dell'artefatto nei gruppi multiculturuali e multilinguistici di mediazione terapeutica è in primo luogo di mediazione fra le culture. La decodifica dell'informazione contenuta nell'artefatto permette ai gruppi di far affiorare il loro valore simbolico e di trattare l'artefatto come oggetto-simbolo. D'altra parte, l'artefatto veicola gli affetti soggettivi depositati dal gruppo in esso, ma lascia anche la possibilità di «oggettivare» ciò che il gruppo sente e di prendere distanze dalle emozioni meno controllabili.

L'artefatto nelle mediazioni terapeutiche può essere portato dai partecipanti ai gruppi e diventa oggetto della memoria (come fotografie o musiche). Durante un Laboratorio di Musica condotto in una delle nostre progettazioni, i ragazzi somali ed eritrei usarono strumenti tradizionali e cantarono due canzoni di liberazione: *Manta Manta*, inno contro il colonialismo e *Bella Ciao*. L'artefatto può essere ideato o scelto dai partecipanti ai gruppi e il momento creativo dell'artefatto permette l'attivazione di linguaggi comunicativi fra i partecipanti e con il conduttore del gruppo (ne sono ulteriori esempi i Laboratori di Disegno, i Laboratori Video, i Laboratorio di Scrittura creativa).

5. Logica della cura, logica della simbolizzazione

È lecito chiedersi che luogo occupi la mediazione terapeutica all'interno di una teoria della cura e della simbolizzazione con pazienti provenienti da altre culture.

Il funzionamento psichico presuppone un funzionamento in due tempi:

1. Tempo della esperienza, dove le cose accadono, gli eventi passano o sono passati. È il tempo del registro interiore dell'esperienza dato che ogni esperienza lascia sempre una traccia nella psiche;

¹⁰ P. Inghilleri, M. Castiglioni, *Capire e curare gli adolescenti. Nuove forme di clinica transculturale*, Guerini. Editori, Milano, 2012

2. Tempo della ripresa, del pensiero sull'esperienza: un tempo in cui si dà una spiegazione, una ragione, un senso a ciò che è accaduto. È il tempo della rappresentazione simbolica dove si mescolano fattori soggettivi e culturali.

È durante il tempo della ripresa che le mediazioni terapeutiche possono dare un contributo efficace e aiutare i rifugiati nel processo di simbolizzazione. Ogni individuo prova sofferenza psichica quando non si appropria dell'esperienza soggettiva, vale a dire, quando non integra dentro di sé l'esperienza, non riesce a simbolizzarla e renderla disponibile per affrontare nuove situazioni. Da ciò deriva che il lavoro di cura psichica deve aiutare a riappropriarsi della storia e dell'esperienza, dandole un senso.

Bisogna dire che i dispositivi di mediazione terapeutica di gruppo sono efficaci nel lavoro con persone che hanno attraversato situazioni traumatiche e non vogliono parlare delle esperienze subite; in contesti multiculturali dove non esiste la padronanza di una lingua comune; quando si ha la possibilità di disporre di un medium malleabile.

Le mediazioni terapeutiche permettono inoltre di elaborare tutta quella gamma di emozioni sentite spesso a livello corporeo e a volte agite e di trasformarle in sentimenti pensati. Si parte dalle emozioni primarie di base, onnipresenti nella vita quotidiana, quali la paura, lo spavento, la rabbia, il risentimento, la colpa, la tristezza passando per l'elaborazione condivisa di emozioni sociali universali come la vergogna, il pudore, la gelosia, la gratitudine, l'invidia, l'indignazione e giungendo anche alle emozioni politiche, che nascono dall'articolazione fra eventi collettivi (spesso violenti) e storia individuale, come la perdita della sicurezza a seguito di una crisi politica nel paese di provenienza.

Le mediazioni terapeutiche possono infine contribuire alla costruzione di una storia di sé non più frammentata dal *clivage* e alla messa in moto di processi di resilienza.

Bibliografia

1993

Abraham Torok M., *La scorza e il nocciolo*, Borla, Roma.

2017

Ancora A., *Verso una cultura dell'incontro. Studi per una terapia transculturale*, Franco Angeli, Milano.

2011

Brun A., *Les médiations thérapeutiques*, Eres, Toulouse.

1991

Castiglioni M., *La mediazione-linguistico-culturale. Principi, strategie, esperienze*, Franco Angeli Editore, Milano.

2010

Castiglioni M., Riva M., Inghilleri P., *Dispositivi transculturali per la cura degli adolescenti. Un modello di intervento*, Franco Angeli, Milano.

2018

Catiglioni M., Del Rio G., Servida A., *Culture che curano*, Borla, Roma.

1984

Devereux G., *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, Istituto della Enciclopedia Italiana Treccani, Roma.

2007

Devereux, G.

Saggi di Etnopsichiatria generale, Armando Editore, Roma.

2012

Inghilleri P., Castiglioni M., *Capire e curare gli adolescenti. Nuove forme di clinica transculturale*, Guerrini. Editori, Milano.

2021

Inghilleri, P., *I luoghi che curano*, Raffaello Cortina, Milano.

1988

Nathan T., *Le sperme du diable*, PUF, Paris.

2010

Sironi F., *Violenze collettive. Saggio di psicologia geopolitica clinica*, Feltrinelli, Milano.

1990

Yerushalmi Y. H., Loraux N., Mommsen H., Vattimo G., *Usi dell'oblio*, Pratiche Editrice, Parma.

1990

Vygostkij, L.S., *Pensiero e linguaggio*, Laterza, Roma.