


La dinamica tra appartenere e differenziarsi: elementi della trasformazione nella terapia 'a geometria variabile' con adolescenti migranti

Graziana Mangiacavallo, Emanuela Coppola, Carmela Mento

| | |
|---|--|
|  | <h2>Narrare i gruppi</h2> <p><i>Etnografia dell'interazione quotidiana</i> <i>Prospettive cliniche e sociali</i>, vol. 10, n° 1, Gennaio 2015</p> <p>ISSN: 2281-8960</p> |
|---|--|

Rivista semestrale pubblicata on-line dal 2006 - website: www.narrareigruppi.it

Titolo completo dell'articolo

La dinamica tra appartenere e differenziarsi: elementi della trasformazione nella terapia 'a geometria variabile' con adolescenti migranti

| | |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| Autore | Ente di appartenenza |
| Graziana Mangiacavallo | <i>Cooperativa Crinali di Milano</i> |
| Emanuela Coppola | <i>Università di Messina</i> |
| Carmela Mento | <i>Università di Messina</i> |

To cite this article:

Mangiacavallo G., Coppola E., Mento C., (2015), La dinamica tra appartenere e differenziarsi: *elementi della trasformazione nella terapia 'a geometria variabile' con adolescenti migranti*, in *Narrare i Gruppi*, vol. 10, n° 1, Gennaio 2015, pp. 33-46 - website: www.narrareigruppi.it

Questo articolo può essere utilizzato per la ricerca, l'insegnamento e lo studio privato.

Qualsiasi riproduzione sostanziale o sistematica, o la distribuzione a pagamento, in qualsiasi forma, è espressamente vietata.

L'editore non è responsabile per qualsiasi perdita, pretese, procedure, richiesta di costi o danni derivante da qualsiasi causa, direttamente o indirettamente in relazione all'uso di questo materiale.

gruppi nella clinica

La dinamica tra appartenere e differenziarsi: elementi della trasformazione nella terapia 'a geometria variabile' con adolescenti migranti

Graziana Mangiacavallo, Emanuela Coppola, Carmela Mento

Riassunto

In questo lavoro sarà affrontata la dinamica tra processo di appartenenza e differenziazione in età adolescenziale, attraverso l'esemplificazione di un caso clinico. Tale dinamica è resa complessa dal fatto che il caso in oggetto, rimanda a trame culturali della migrazione. Tale lavoro prende in esame la possibilità dell'utilizzo di strategie integrate, come la consultazione culturale, alla luce del modello a 'geometria variabile'.

Parole chiave: adolescenti, immigrazione, legami, terapia gruppe transculturale.

*Dynamics between belonging and differentiating:
Transformation elements in the 'variable geometry' therapy with migrant teenagers*

Abstract

This work will explain the dynamics between belonging and differentiating processes during adolescence, through the use of a clinical case as an example. This dynamics is complicated by the fact that the subject at hand refers to cultural stories of migration. This work examines the chance to use integrated strategies, such as cultural consultation, which transforms therapy in a 'variable geometry' model;

Keywords: teenagers, immigration, trans-cultural group therapy

1. Introduzione

Il lavoro con gli adolescenti comporta una continua messa a confronto con la duttilità del *setting* che deve essere capace di contenere gli attacchi distruttivi e ambivalenti del paziente nonché i processi emotivi del terapeuta, il quale è chiamato ad un costante confronto con gli aspetti ambivalenti della relazione terapeutica.

Tutto questo si intreccia in un reticolo molto complesso quando si aggiungono dinamiche relative alla differenza culturale. Come fosse una rete a maglie che ci dà forma e

spessore, l'appartenenza alla propria terra madre ci sostiene e ci offre l'alfabeto per decifrare gli accadimenti del mondo.

Il caso che presenteremo, racconta di una psicoterapia avviata e sviluppatasi con la necessità d'impiegare un preciso dispositivo, definito 'a geometria variabile' con l'obiettivo di comprendere ed aiutare una paziente adolescente migrante.

La geometria variabile del *setting* di piccolo o grande gruppo e delle terapie individuali si è rivelato nel tempo, il più adatto modello per incontrare i bisogni di quegli adolescenti migranti che si ricongiungono ai genitori dopo tanti anni.

Il metodo utilizzato affonda i suoi presupposti teorici nei contributi di Tobie Nathan (1996), relativi all'utilizzo di un dispositivo terapeutico gruppale e multiculturale, dove il paziente ha la possibilità di parlare la sua lingua madre e dove viene costruita una cornice culturale in grado di contenere il traumatismo migratorio.

Più in generale, i riferimenti teorici guardano alla clinica transculturale. Capiscuola di questo filone di studi sono alcuni psichiatri ed antropologi francesi che hanno osservato i cambiamenti psicologici e manifestazioni cliniche successivi ad un evento migratorio. Già George Devereux (2007) Antropologo di origini Rumene, evidenziò in merito al tema, una correlazione tra fattori mentali e culturali, strettamente intrecciata, che ne spiega l'evidenza dei processi psichici sia nella componente conscia che inconscia, descrivendo il concetto di personalità etnica.

Rendendo un concetto a sé l'inconscio dalla personalità etnica, l'autore esprime così la modalità inconscia di vita all'interno di un gruppo di appartenenza culturale. Il mondo interno appare popolato da elementi che sono del rimosso e che possono riaffiorare in varie situazioni. Da questo punto di vista, secondo l'autore il sintomo psicopatologico si esprime in relazione ad una declinazione culturale di appartenenza.

Ulteriore importanza rispetto alla trattazione del presente lavoro, si rintraccia nella concezione relazionale dell'Autore tra osservatore e osservato, rappresentabili dal quantum che ogni individuo porta con sé nel suo bagaglio esperienziale e culturale, definendo così aspetti del controtransfert culturale dell'osservatore.

Tali premesse risultano importanti nella implementazione dell'esperienza della consultazione a carattere transculturale, ben delineata nell'opera della Moro *e coll.* (2002a; 2002b; 2009), che rende necessaria una lettura osservativa del quadro clinico e del processo evolutivo della persona, tenendo conto delle implicazioni cliniche e sociali, delle rappresentazioni culturali e di trasmissione valoriale e transgenerazionale. Le rappresentazioni culturali, infatti, segnano la matrice simbolica che alimenta la persona e che, contribuendo alla costituzione della storia soggettiva, dà forma e strutturazione alla personalità stessa ivi compresi i processi identitari.

Tale processo di costruzione e strutturazione di legami ed identità subisce, nell'arco di vita della persona, l'influenza di diversi fattori e, in alcune storie, anche di quello migratorio che si connota, spesso, come un evento di rottura e separazione, talvolta a connotazione traumatica.

In questo lavoro, nello specifico, è stato impiegato il modello della terapia di gruppo. Il *setting* gruppale rispetta l'indissociabilità dell'individuo rispetto al suo gruppo di appartenenza, caratteristica evidenziata dall'etnopsichiatria nelle società tradizionali. Un gruppo multiculturale facilita, per Nathan (*ibidem*), l'elaborazione del controtransfert culturale, già individuato da Devereux: una posizione difensiva (sia essa negazione, seduzione, percezione rispettosa ecc.) di fronte all'alterità, veicolata da convinzioni sociali, politiche, mitiche o storiche può riguardare chiunque, clinico, ricercatore, educatore ogni qual volta incontra un migrante.

Marie Rose Moro e i suoi collaboratori (2009), a differenza di Nathan, attribuiscono alla psicoanalisi una specificità ed una potenzialità creativa intrinseca, che non la fa equiparare ad una teoria fra le altre: essi, infatti, collocano il proprio procedimento terapeutico fra le psicoterapie ad orientamento psicanalitico. Si tratta di un lavoro dove il funzionamento psichico e la costruzione di senso del rapporto che l'individuo stabilisce con il mondo avviene attraverso codifiche di base, quali la lingua e le relative forme rappresentazionali. In ambito clinico, lo strumento antropologico consente una elaborazione di senso alle associazioni del paziente.

Gli aspetti di specificità del 'dispositivo meticcio a geometria variabile', realizzato ad Avicenne, rientrano nella tendenza a rispettare l'alterità per trasformarla in potenziale creativo, rispondendo al bisogno di riconoscimento e di soggettivazione della persona o gruppo familiare migrante, aiutandola a ricostruire i fili di un percorso identitario frantumato.

Il *setting* gruppal è formato da terapeuti esperti (con formazione psicodinamica), co-terapeuti di diversa provenienza culturale e da un traduttore che, conoscendo la lingua madre del paziente, può consentirgli di appoggiarsi a - e valorizzare - modalità caratteristiche della sua cultura, recuperando aspetti impliciti e negati della sua storia e del suo mondo interno. Il lavoro si sviluppa attraverso un processo che mira a *"favorire l'etero-narratività gruppal per permettere la crescita della auto-narratività in maniera strutturante per il paziente"* (Moro, 2009: 117) avvalendosi anche del recupero delle teorie eziologiche proprie delle culture d'origine e dei processi empatici metaforizzanti che attraversano l'esperienza gruppal.

2. Caso clinico

L'invio è stato fatto presso un servizio di Clinica Transculturale per i minori migranti e le loro famiglie, gestito da una Cooperativa.

L'inviante è una delle volontarie del Centro aggregativo frequentato dalla paziente (che chiameremo P.), una ragazza ecuadoriana di sedici anni circa. La relazione madre-figlia è caratterizzata da divergenze e conflitti, le due donne divergenti nella vita in paese e nella relazione con il padre.

E' stato subito attivato un ciclo di consultazioni transculturali in gruppo per l'intero nucleo familiare (madre e fratello) con frequenza mensile. Dopo circa due mesi, la paziente accetta di intraprendere un percorso di terapia individuale, tutt'ora in corso da circa un anno.

P. appartiene all'etnia Afro-ecuadoriana. Dall'età infantile, ha vissuto insieme alla famiglia allargata (nonni e zii). La madre è emigrata in Italia quando lei era piccola, tornava in Paese sporadicamente pur mantenendo con i figli e il marito dei rapporti telefonici frequenti.

La signora ha sempre giustificato le sue partenze come necessarie per il sostentamento della famiglia. Dai racconti di P. emerge che il padre si è sempre occupato di lei e del fratello, accompagnandoli e seguendoli al meglio nella loro crescita. Sembra che la paziente, abbia mostrato la sua sofferenza per il distacco dalla madre durante i primi anni di distanza, periodo in cui piangeva spesso e sentiva molto la sua mancanza.

Dopo questi due anni, dice di essersi abituata e di aver raggiunto un equilibrio nella sua vita quotidiana, tanto da vivere la presenza della madre, come una figura poco familiare, con la quale non aveva molta confidenza.

Ad un certo punto vi è la decisione di ricongiungere la paziente alla madre in Italia. La madre sembra aver raggiunto una sua stabilità e ritiene di poter sostenere i suoi figli. La signora è abbastanza apprezzata e anche molto sostenuta da un gruppo di famiglie afferenti ad un centro aggregativo giovanile vicino.

P. usufruisce molto di tale sostegno; è, infatti, seguita individualmente da alcune volontarie del Centro aggregativo che hanno provato a inserirla in un progetto formativo individualizzato.

Ha ultimato in Ecuador il suo percorso di studi e in Italia il suo diploma equivale ad un diploma di scuola superiore. Nel suo paese avrebbe intrapreso la formazione universitaria, probabilmente come pediatria. Ad oggi P. è iscritta in un liceo in qualità di uditrice (assistendo dunque alle lezioni, ma non partecipando attivamente nei momenti delle verifiche orali o scritte) e incontra tutti i pomeriggi le volontarie per approfondire alcune materie scolastiche.

L'obiettivo del progetto formativo è quello di aiutarla ad implementare le sue conoscenze per la progressione degli studi. Durante la settimana, P. frequenta con assiduità anche un corso di italiano per stranieri e gioca sporadicamente a pallavolo.

2.1. Profilo psicologico

La paziente ha vissuto in prima persona il viaggio migratorio, ha sperimentato lei stessa il prima e il dopo della sua storia.

P. arriva in terapia con una domanda molto chiara: essere aiutata a decidere se rimanere in Italia o ritornare in Ecuador. Sostiene di aver subito dai genitori la decisione relativa alla sua partenza per l'Italia e di averla vissuta come improvvisa (nonostante il ricongiungimento necessiti di un iter burocratico abbastanza lungo e complesso). Riporta, dunque, ai primissimi colloqui una *decisione altrui non elaborata*, intrisa di un senso di *rottura* che pervade il suo tempo, il suo spazio, la sua identità.

Durante le prime sedute è stato necessario trasformare insieme la sua domanda, che rischiava di incastrarla nella posizione emergenziale tanto da dover prendere subito una decisione.

Lo spazio terapeutico ha cominciato gradualmente ad acquisire il senso dello stare in un tempo e in uno spazio necessari alla riflessione sulla propria sofferenza, sul modo in cui far procedere il proprio progetto di vita, tenendo conto degli elementi di realtà tangibili che le impedivano il ritorno nel suo Paese d'origine.

P. si presenta curata nella persona e di bell'aspetto, sembra tenere abbastanza alla scelta dell'abbigliamento, risultando sempre molto femminile e adeguata alla sua età.

Il vissuto di espropriazione della sua identità e di estraneità delle scelte compiute fino a quel momento conduce, fisiologicamente, a parlare della relazione con i suoi genitori. P. percepisce la madre come una figura poco familiare, con la quale non ritiene di avere molta confidenza e ultimamente non parla più al telefono neanche con il padre. Sente di essere molto arrabbiata con entrambi.

Fin dall'inizio della terapia mostra insieme alle sue difficoltà le sue molte risorse e soprattutto il suo essere *in fieri* rispetto alla costruzione della sua identità.

Il *concetto di sfida* è forse il più adeguato ed efficiente nel descrivere la condizione psicologica che emerge e che, probabilmente, accomuna gli adolescenti in genere, ancor più se migranti.

I compiti di sviluppo segnano infatti il percorso di vita di tutti gli adolescenti, qualunque sia la loro origine. Nel caso dei ragazzi migranti si aggiungono altre sfide e fatiche specifiche.

Le descrizioni che seguono circa le sue principali difficoltà sono elencate nel tentativo di esporre un quadro di funzionamento psicologico il più possibile completo, rinunciando, di fatto, ad un più immediato ma restrittivo incasellamento diagnostico; i nodi tematici sotto elencati compongono, a loro volta, il progetto terapeutico per la paziente, connotandosi come le principali questioni cliniche da attraversare in terapia:

- *Separazioni*: La storia di questa paziente è intrisa di episodi di separazione. L'assenza della madre ha provocato all'età di 4 anni sofferenze pregnanti. Il suo legame di attaccamento ha dovuto essere indirizzato ad altre figure di riferimento: al padre e alla famiglia paterna.

Il padre, i nonni e le zie sono diventati i principali sostegni quotidiani nei momenti di difficoltà e nei traguardi raggiunti: una delle zie paterne lavorava come amministrativa nella sua scuola media da lei frequentata e il padre era stato anche suo insegnante di educazione fisica.

P. sentiva molto il bisogno di compiacere il padre attraverso un buon rendimento scolastico e riporta spesso in terapia la presenza di quest'ultimo in termini di affetto oltre che di norme ed educazione.

Il legame con la madre ha subito nel tempo un graduale allentamento, con brevi e superficiali ritrovamenti durante i ritorni della madre nel paese d'origine.

Al momento del ricongiungimento con la madre, P. ha vissuto un'ulteriore separazione dai nonni, dagli zii, dal padre, dagli amici e i compagni di scuola, dalla sua terra d'origine in un periodo della sua vita in cui i legami intessuti nel tempo rappresentano le fondamentali basi per la costruzione della propria identità.

Si presenta dinnanzi a lei ancora una volta la sfida di reindirizzare il suo attaccamento alla madre in un cammino di avvicinamento affettivo che sottintende fatiche, vissuti di estraneità e di rabbia da contenere ed elaborare.

I primi colloqui della terapia segnano un procedere parallelo e graduale: da una parte la relazione terapeutica, intrisa fin dall'inizio di una *sintonia migratoria* condivisa con mediatrice linguistico-culturale e terapeuta (quest'ultima si è trasferita dal sud Italia a Milano da meno di un anno) e di un gioco relazionale tra generazioni che riflettono sul proprio e altrui processo migratorio; dall'altra la relazione con la madre che si dispiega in virtù della narrazione e ri-narrazione avvenuta nel setting terapeutico individuale e di gruppo, permettendosi dunque di divenire "altro" nel tempo.

Durante i primi due mesi di terapia individuale, P. cominciava a rievocare l'immagine di una madre un po' diversa nel gruppo di consultazione transculturale rispetto alla madre della sua quotidianità: più aperta e riflessiva. Sembrava, dunque, prendere avvio un complesso e travagliato processo di conoscenza e avvicinamento alla madre.

- *Ambivalenza*: La paziente riporta in terapia un viaggio migratorio improvviso, non elaborato.

Il legame tra lei e i suoi genitori è caratterizzato da una marcata ambivalenza. Sono chiare le motivazioni esplicite e concrete, di carattere economico, lo sono meno le motivazioni emotive della madre connesse alla sua relazione con il marito e la sua famiglia. Dalle parole di P. sembra che la partenza della madre non sia mai stata spiegata o comunque dotata di abbastanza senso. Allo stesso modo il ricongiungimento alla madre, così come la partenza di quest'ultima dal suo Paese, non sembra essere stato suf-

ficientemente 'preparato'. Sembra che in questa storia, i passaggi, i transiti fisici e psichici non siano interrogabili.

La terapia diventa, dunque, il luogo in cui si sciolgono i passaggi della storia migratoria, passaggi spesso sconosciuti ai figli. In gruppo, soprattutto, la paziente avrà la possibilità di ricevere storie e racconti.

Si è evidenziato spesso nelle sedute il contrasto tra i primi mesi in Italia e i mesi seguenti, i primi caratterizzati da entusiasmo, novità e desiderio di investire, i secondi da paure e timori di non farcela, di non trovare il proprio posto nel mondo.

I progetti di studio e di vita erano nei primi mesi di terapia avvertiti come interrotti e se da una parte sperava di riuscire e di farcela, impegnandosi e seguendo le indicazioni della rete di sostegno (il centro aggregativo), dall'altra provava una tremenda paura di non farcela, di incorrere in un fallimento che possa mettere a repentaglio il suo futuro. La difficoltà di frequentare la scuola come uditrice sembrava emergere proprio da queste ambivalenze. P. desiderava fare amicizia con i suoi compagni, ma le differenze che avvertiva tra lei e loro erano muri invalicabili che la costringevano a stare in classe in una condizione di isolamento. Dal suo banco di scuola, ripiegata nel suo angolino, P. scriveva i suoi pensieri per poi strappare il foglio a pezzettini o bruciarlo per non lasciarne traccia.

'Chissà però magari incontro qualcuno con cui faccio amicizia e mi trovo meglio in Italia, supero i test e comincio l'università', a volte riusciva a immaginare il raggiungimento di obiettivi importanti, sospendendo per un attimo la fatica e gli ostacoli da superare ma, la seduta successiva, sembrava ripiombare nella paura di non riuscire e nel desiderio di tornare nel suo Paese.

Alcune difficoltà che sembravano essere insorte in Italia a seguito del processo migratorio in verità stanno trovando una collocazione nella loro origine culturale, per esempio la sua tendenza a 'bloccarsi' nei momenti di conflitto/discussione con i genitori o quando deve dare il meglio di sé; o la tendenza a schiarirsi la voce in una sorta di tic nervoso quando tocchiamo le sue questioni di vita più centrali. E' dunque, come se la frattura e la separazione abbiano provocato già nel paese d'origine dei riverberi psicologici sulla paziente.

I primi quattro mesi di terapia hanno contenuto la necessità di ritornare su queste separazioni per dotarle di senso e renderle parlabili. E' stato possibile avviare gradualmente una connessione tra l'Ecuador e l'Italia, in termini di passato e presente. Nel "qui e ora" della terapia si evidenziavano aspetti di P. che ci riconnettevano alla sua storia, permettendoci di costruire un senso.

- *Aspettative*: Nei diversi colloqui di terapia individuale, P. ha parlato dei genitori come persone pessimiste e disfattiste. Sia il padre sia la madre scoraggiano i progetti che lei sperava di poter avviare in Ecuador, rimandandole elementi concreti di impossibilità.

La madre le dice spesso che se fosse rimasta nel suo paese avrebbe rischiato di fare la fine di molte ragazze, rimandandole pezzi della sua storia: ha avuto una figlia molto giovane e ha dovuto fare i conti con molte responsabilità senza aiuti; non ha potuto continuare i suoi studi per dedicarsi completamente al lavoro e sostenere la figlia.

Il ricongiungimento tra madre e figli sembra espressione di un sogno materno: dare un futuro migliore, consentendo così alla madre di significare l'intero progetto della sua migrazione in Italia. A dispetto delle aspettative materne, P. riversa nella scuola sentimenti di inadeguatezza e impotenza, sensi di colpa (*'Non sono andata in gita scolastica perché non me lo merito!'*) e solitudine.

La scuola rischia di diventare per la paziente, così come per i suoi genitori, un “luogo d'amore deluso” (Moro, 2008: 61).

Dopo aver consentito alla relazione terapeutica di avviarsi e rinforzarsi è stato possibile, dopo circa cinque mesi, riflettere insieme su cosa ci si aspettava da questi figli adolescenti emigrati in Italia, dai genitori e da se stessi. La terapia stessa è divenuta luogo di aspettative pensate e discusse insieme, facendosi campo di riflessione su ciò che ci si poteva aspettare gradualmente da se stessi, in base alle condizioni presenti e agli obiettivi futuri.

- *Rivisitazione dei ruoli*: il ricongiungimento con il fratello e la madre ha provocato dei turbolenti cambiamenti anche a livello della percezione e rappresentazione dei ruoli da parte di ciascun membro della famiglia.

P., nel corso delle sedute, si riferisce spesso al padre quale figura di riferimento normativa e affettiva e sembra mostrare una sostanziale difficoltà ad ammettere l'autonomia della madre e soprattutto la capacità e la fatica di quest'ultima nel sostenere la famiglia a distanza, così come accade adesso in Italia.

Rivedere i reciproci ruoli in famiglia significa mettere in discussione il ruolo del padre e destrutturare in parte l'idea (o meglio l'idealizzazione) che ha di lui.

Ci sono tante domande che ancora non riesce a porre a se stessa: Che progetti aveva il padre per i figli? Come mai ha deciso di passare alla madre il compito di gestirli?

Tutte domande che la metterebbero nella possibilità di ridare senso ai ruoli dei suoi genitori nella sua vita, oltre che all'identità di ciascuno di loro come singoli e coppia.

Alcuni riverberi psicologici della configurazione dei ruoli nella famiglia hanno cominciato a essere notati sul fratello, a metà del processo terapeutico, dopo circa sei mesi dall'avvio. Quest'ultimo, infatti, come osservato nel gruppo di clinica transculturale, cominciava a mostrare recentemente più difficoltà nei diversi ambiti della sua quotidianità e sembrava ‘soffrire’ della condizione di debolezza e dipendenza a cui sembra inchiodata la dimensione del maschile nella famiglia della paziente. Suo fratello, quattordicenne, per primo ha dovuto fare i conti con ‘cosa significa essere maschio in famiglia’ e lei si è ritrovata a ‘rivedere’ i ruoli della propria famiglia, a partire dai suoi genitori. La terapia è diventata dunque il luogo in cui potevano essere contenute ed elaborate insieme negoziazioni, perdite, nuovi confini, a partire dal dispiegarsi della stessa relazione terapeutica. I due diversi setting individuale e gruppale hanno fornito la possibilità di esercitare la capacità di distinguere ruoli e funzioni e hanno permesso alla paziente di riflettere sul proprio ruolo in famiglia. Tale aspetto del processo terapeutico si è evidenziato fin dall'inizio della terapia, connotandosi di significatività nel corso della terapia, nei termini di profonda riflessione sul proprio ruolo e sulla propria identità.

- *Differenze*: quando P. inizia la terapia, sembra trovarsi in una condizione di isolamento sociale che le serviva ad evitare i coetanei italiani. Si era interrotta già da quasi due mesi la frequentazione della scuola superiore e frequentava sporadicamente il gruppo di pallavolo (anch'esso composto da ragazze italiane).

La paziente diceva di sentirsi a suo agio solo nella classe del corso di italiano, composta appunto da alunni immigrati che come lei necessitavano di migliorare la conoscenza della lingua italiana.

In questa classe, diceva di sentirsi veramente sé stessa: qui scherzava e rideva con il professore, oltre che con i suoi compagni, era molto vivace e sempre pronta a parteci-

pare. Aveva dei buoni voti e stava superando i diversi livelli necessari ad ottenere una buona padronanza della lingua.

Le maggiori difficoltà sopraggiungevano negli altri contesti di maggioranza è italiana.

I coetanei italiani erano percepiti diversi da lei e, nei nostri colloqui, emergeva con una certa difficoltà la visualizzazione di quanto lei stessa si sentisse diversa da loro: per la lingua che parla, per come è fisicamente, per la musica che ascolta e così via.

Le differenze con il suo gruppo di pari italiani erano un vero e proprio muro, difficile da abbattere. Le differenze linguistiche sembravano rappresentare i principali mattoni che componevano il muro. Se, infatti, da una parte la sua competenza linguistica stava migliorando, dall'altra non era ancora facile recepire e utilizzare l'italiano per esprimere scherzi, ironia, allusioni, ritrovandosi, spesso, in una condizione di esclusione e alienazione di senso nel corso dello scambio comunicativo con gli altri. La terapia individuale è diventata il contesto nel quale poter rendere dicibili queste difficoltà, facendo in modo da non contribuire ad alzare ulteriori muri, bensì a costruire ponti tra sé e i suoi coetanei.

P. si è dunque ritrovata a dover fare i conti con un difficile equilibrio fra appartenenza e differenziazione: si sentiva diversa dai propri coetanei italiani e le sue origini rappresentavano per lei delle differenze ingombranti nel rapporto con gli altri.

La terapia individuale così come gli incontri di Consultazione Transculturale hanno avuto l'obiettivo di sostenerla nel mantenimento delle proprie origini acquisendo la capacità di passare da una cultura all'altra.

Il periodo adolescenziale presuppone che non sia stato ancora raggiunto un senso stabile di del Sé e la terapia ha dunque dovuto tenere conto anche di questo. Nel faticoso processo terapeutico P. è stata condotta a costruire la propria identità, nella necessità di mettere insieme le diverse parti della storia coscienziale, facendo così i conti con una doppia migrazione-separazione: reale dalla sua terra e simbolica dalla sua infanzia.

Le risorse personali e contestuali hanno contribuito al risvolto positivo relativamente alla valorizzazione della differenza e al desiderio di investire nel nuovo: è presente in lei la spinta di fare amicizia e ricerca negli altri appoggio e sostegno; i figli delle volontarie dell'oratorio sembrano essere stati sensibilizzati ad accoglierla nel migliore dei modi. La relazione terapeutica ha contribuito a rendere evidente le differenze a partire dai diversi setting e dalle diverse figure presenti. Nel corso del processo le differenze sono state evidenziate per diventare oggetto di pensiero e riflessione e trasformarsi dunque in elementi preziosi della propria ed altrui identità.

- *Restringimento dello spazio di autonomia*: nel suo Paese gli spazi di autonomia si stavano ampliando. P., come tutti gli adolescenti, cominciava a privilegiare le relazioni amicali a quelle familiari, iniziava ad investire emotivamente su uno spazio tutto suo che la apriva al mondo (si sarebbe iscritta all'università e prevedeva di lavorare).

L'arrivo in Italia aveva interrotto bruscamente questi slanci di autonomia, per riportare la paziente ad una condizione di restringimento dei suoi luoghi di vita e delle relazioni sociali.

I suoi amici del cuore erano in Ecuador, si sentiva sola e distante dagli affetti più importanti della sua vita. Portava in terapia la necessità di farcela da sola, in autonomia rispetto alla madre. Trovava una genuina complicità nel fratello, con il quale, rispetto al paese d'origine, la relazione si è leggermente modificata: escono spesso insieme per fare la spesa o fare delle commissioni proposte dalla madre.

Si ritrova, dunque, a percepirsi ancora piccola e grande nello stesso tempo: bisognosa di sostegno e aiuto nel fronteggiare le sfide che il nuovo contesto comporta, sentendosi responsabile nella gestione del proprio tempo e spazio, in vista di un futuro da costruire.

Nel corso della terapia, P. ha raccontato la fatica di trovarsi in bilico tra un lungo passato vissuto altrove e un futuro tutto da costruire, la cui costruzione dipendeva in gran parte da lei.

La rabbia provata nei confronti dei due genitori, che avevano di fatto deciso per lei, rischiava di promuovere un movimento autodistruttivo a scapito del suo futuro: farsi soccombere dalle difficoltà per fallire definitivamente e dimostrare ai propri genitori che era tutta colpa loro.

La terapia si è posta dunque l'obiettivo di accompagnarla e sostenerla nelle diverse sfide della sua vita, in modo da contenere ed elaborare i vissuti di perdita e incentivare i movimenti di P. verso la costruzione di qualcosa di nuovo, del suo futuro, a partire dalla conoscenza delle nuove parti identitarie che la paziente 'giocava' nel paese di accoglienza.

3. Obiettivi raggiunti e progetto terapeutico

P. è riuscita a riprendere il corso del suo progetto di vita, continua a prepararsi ai test di ingresso all'Università con il supporto delle volontarie del centro aggregativo. Il progetto universitario tiene in piedi in questo momento la sua permanenza in Italia e dalla sua riuscita sembra dipendere la sua capacità di continuarsi a pensare nel Paese di accoglienza.

Il fallimento ai test pre-universitari potrebbe ricondurre ad una rivalutazione della sua condizione migratoria e riattivare i suoi conflitti interni oltre che con la madre.

In questo momento la terapia si pone l'obiettivo di supportarla nella realizzazione del suo progetto e di farle gradualmente visualizzare le alternative possibili nel caso di una variazione o della non riuscita del suo progetto.

La sua condizione sociale è di molto migliorata: intrattiene ottime relazioni con coetanei italiani e ecuadoriani, quest'ultimi figli di amici di famiglia e che dunque rappresentano un collante rispetto alle proprie origini e al rapporto con la madre. Con quest'ultima infatti sembra che la relazione vada accrescendosi e migliorandosi in termini di serenità e apertura affettiva ed emotiva.

Dall'altra parte i contatti telefonici con il padre sono stati ripresi e P. sembra meno idealizzarlo, responsabilizzandolo quanto la madre delle loro scelte e del suo presente.

Rimane ancora molto investita l'idea del ritorno in vacanza in Ecuador, immaginato, sognato e pensato nel corso dei più recenti colloqui terapeutici come il Paese dell'infanzia, delle amicizie e della famiglia allargata, allo stesso tempo un po' temuto per i cambiamenti che gli stessi connazionali raccontano a P. e alla sua famiglia.

Ripensare la propria terra d'origine mette P. nella condizione di valutare cognitivamente ed emotivamente la sua posizione di mezzo, tra un passato ed un presente, tra una terra d'origine e una di accoglienza. Il percepirsi ancora un po' "straniera" in entrambi i luoghi la disorienta, dandole allo stesso tempo la possibilità di sperimentarsi in contesti differenti e poterne apprezzare i riverberi sul piano identitario e relazionale.

Oggi P. sembra avere sostituito l'urgenza di decidere fra luoghi e affetti con il desiderio di esplorare e di sperimentarsi nel corso del suo processo di crescita.

3.1. Aspetti di metodo

La metodologia consiste nell'utilizzo di dispositivi 'a geometria variabile' (Moro, 1998), di cui la Cooperativa Crinali che si è fatta promotrice in collaborazione con il sistema sanitario nazionale, estendendone nel tempo l'impiego e mettendo a punto uno specifico protocollo d'intervento sulla base delle diverse situazioni cliniche.

'La geometria variabile' indica l'applicazione di differenti 'perimetri' clinici (dispositivi individuali, gruppalì e comunitari) che possono essere modulati sulla esperienza esistenziale del paziente, restringendosi e ampliandosi intorno alla persona in relazione alla fase evolutiva rieditata nella ricapitolazione del processo migratorio.

Sulla base della specificità della situazione è stato, dunque, pensato un protocollo terapeutico adatto a costruire un percorso di cura individualizzato con consultazioni di gruppo multiculturali a cadenza mensile per l'intero nucleo familiare e un percorso di terapia individuale settimanale per la paziente.

In questo caso, la consultazione di gruppo è stata complementare alla presa in carico individuale di uno dei membri della famiglia.

Tale dispositivo permette un lavoro terapeutico a diversi livelli, non necessariamente paralleli, né seguenti la stessa temporalità, possono cioè iniziare in momenti diversi e avere ciascuno il proprio ritmo. L'importante è che sia presente una fluida articolazione tra questi livelli di lavoro (De Plaen *et al.*, 1998).

Un dispositivo 'a geometria variabile' risulta, inoltre, il più adatto alla posizione *métissé* degli adolescenti che vivono una condizione di radicale 'meticcaggio', la cui esperienza esistenziale si snoda sul crinale di cambiamenti imperiosi del corpo, del pensiero e del sociale. La loro identità "mosaico" giustappone differenti frammenti della propria storia in modo non sempre organico e coerente. Conflittualità di varia natura possono popolare il mondo interno di questi giovani che se, come in questo caso, vivono divaricati tra due mondi culturali, due lingue, due famiglie, due vite, la sensazione di frammentazione può essere intensa e dolorosa. Pertanto, avvalersi di un modello che offre spazi d'incontro mutevoli consente di ricreare la molteplicità di questi luoghi interni/esterni potendo, al tempo stesso, costruire dimensioni di convergenza tra un mondo e un altro. I *setting*, in tal modo, trasfigurano simbolicamente lo scenario interno, incidendo sul piano relazionale in virtù di possibili luoghi d'incontro ed elaborazione comune genitori-figli.

Nel caso presentato il dispositivo a geometria variabile si è inserito nel progetto terapeutico per la paziente tenendo conto di quei suoi spazi interni che necessitavano di un'elaborazione e di una riflessione importante per aiutarla a proseguire nella sua crescita. La possibilità di riflettere su di sé trova luogo nella terapia individuale e si interfaccia nel contesto gruppalì con i diversi punti di vista dei partecipanti. Il processo migratorio acquisisce senso nel tempo, nel susseguirsi delle narrazioni avvenute in gruppo e riportate in terapia individuale, in un gioco di pezzi che si intersecano fra loro e che in questo specifico caso variano nella loro composizione e nel loro intreccio sulla base delle specifiche esigenze evolutive della paziente. Gli aspetti più impliciti della storia migratoria vengono esplicitati in gruppo, perché fortemente sollecitati dai partecipanti che con la famiglia provano a tessere un senso del processo migratorio, permettendo a ciascun membro della famiglia di trovare il proprio spazio personale.

4. Note e riflessioni sul metodo

La terapia individuale, resocontata nel presente report, è caratterizzata dalla presenza di una mediatrice linguistico-culturale appartenente alla stessa cultura della paziente. “Le mediatrici sono donne immigrate che, attraverso un lento processo di elaborazione personale e di formazione, hanno trasformato la loro esperienza migratoria difficile e dolorosa, in una risorsa professionale” (Cattaneo, Dal Verme, 2005: 23).

Nella terapia individuale la mediatrice rappresenta un modello per la paziente, la possibilità reale e concreta di appartenere a due mondi culturali; facilita la comunicazione tra psicologa e paziente, svolgendo i colloqui nella lingua d’origine, traducendo e aiutando terapeuta e paziente nella comprensione di alcuni significati culturalmente determinati.

Per esempio, durante più sedute la paziente ha parlato della sua relazione con la madre utilizzando il termine *fiducia*, che se nella lingua italiana rimanda immediatamente al sentimento di sicurezza verso qualcosa o qualcuno, in spagnolo ecuadoriano può significare a seconda delle situazioni e dei contesti fiducia o confidenza, più vicina alla parola spagnola *confianza*.

La paziente, infatti, voleva esprimere la sua difficoltà ad essere in *confianza* con la madre, percependola ancora come una figura a lei in parte estranea. Se non ci fossimo soffermate con l’aiuto della mediatrice sul termine specifico ci saremmo capite, ma non comprese a fondo nel senso che lei dava alla relazione materna.

In un’altra occasione la mediatrice ha segnalato alla psicologa che il termine *emozionata* si riferiva solo ad emozioni positive (felice, contenta, entusiasta, ecc.) e che per le emozioni negative andavano nominati i singoli stati d’animo.

La possibilità che la mediatrice ha di dare senso alle parole della paziente è importante e aiuta quest’ultima a percepirsi dignitosamente e preziosamente diversa, nella possibilità di esportare la capacità di percepirsi tale anche negli altri contesti della sua vita.

Prima e dopo la seduta, psicologa e mediatrice si incontrano per riprendere le fila dei colloqui e riflettere insieme sul senso della sofferenza della paziente: si scambiano impressioni, associazioni, punti di vista sulla situazione clinica.

Una parte fondamentale del lavoro consiste dunque nella costruzione di una relazione funzionale tra terapeuta e mediatrice: è importante che la mediatrice comprenda bene la direzione terapeutica e che si renda strumento di comprensione e comunicazione verso il paziente.

Se psicologa e mediatrice non lavorano sulla loro stessa relazione si rischia, nel peggiore dei casi, di proiettare una sull’altra gli stereotipi propri delle relazioni autoctono-immigrato (Cattaneo, Dal Verme, 2005).

Si rende quindi evidente la complessità dell’uso della mediazione linguistico-culturale in terapia, laddove i giochi transferali e controtransferali si triplicano: i transfert del paziente verso il terapeuta e la mediatrice; il (contro)transfert del terapeuta verso la paziente e la mediatrice; i transfert della mediatrice verso paziente e terapeuta.

E’ compito del terapeuta tenere le fila delle relazioni transferali e utilizzarle come strumenti preziosi nella comprensione del processo terapeutico.

La consultazione di gruppo multiculturale è un dispositivo che permette di affrontare la sofferenza psicologica in maggiore sicurezza per il paziente appartenente ad una cultura tradizionale, dove la malattia è considerata un problema che riguarda tutta la famiglia e dove le persone si pensano più come membri di un gruppo che come singoli individui.

Il gruppo è costituito da un'equipe di due-tre terapeuti, una o più mediatrici culturali e gli operatori invianti. Ogni seduta dura circa due ore e viene condotta da un terapeuta principale.

La presenza di componenti del gruppo di origini culturali diverse permette di mostrare la pari dignità di tutte le culture, in particolare rispetto alla centralità della cultura di accoglienza. E' presente anche un traduttore che conosce la lingua d'origine del paziente, che presentifica la cultura di quest'ultimo e la possibilità di passare da una lingua all'altra.

"In questo modo il paziente si sente accolto nella sua singolarità, a livello culturale oltre che psichico" (Réal, 2004: 45).

Il terapeuta principale che conduce la consultazione è l'unico interlocutore diretto del paziente, della famiglia, del gruppo dei coterapeuti e dei curanti.

Ha il compito di aprire le sedute presentando tutti i membri del gruppo, la loro funzione e provenienza. Il terapeuta conduce la seduta e decide quando dare la parola ai coterapeuti, fa girare la parola all'interno del gruppo. I coterapeuti esprimono il proprio punto di vista sulla sofferenza del paziente, immagini, metafore, associazioni, esempi di cosa si farebbe in un altro Paese, ecc.

Tutti gli interventi dei membri del gruppo vengono accolti dal terapeuta principale per può riformularli, sintetizzarli o metterne in rilievo solo una parte.

Il terapeuta principale è quindi il regista della comunicazione e gestisce i processi controtransferali del gruppo.

La consultazione transculturale permette di ricostruire, in un processo di co-costruzione che vede partecipare tutto il gruppo, la migrazione e la storia della famiglia presente in seduta.

Nel caso in oggetto, sembra che il gruppo favorisca una comunicazione più funzionale tra lei stessa e la madre, nella possibilità di visualizzare delle parti materne a lei sconosciute.

Attraverso la co-costruzione in gruppo della migrazione e della storia familiare sarà possibile per la paziente, la madre e il fratello dare senso alle loro sofferenze e riconnetterle alla storia familiare, comunitaria, transgenerazionale.

Anche nella consultazione transculturale è previsto un momento post-seduta di discussione sull'andamento della seduta all'interno dell'equipe: vengono espressi stati d'animo, impressioni, punti di vista, associazioni spesso prodotto di controtransferi affettivi, cognitivi o culturali importanti da cogliere ed elaborare.

5. Conclusioni

Il caso clinico resocontato evidenzia la vulnerabilità psicologica dei figli adolescenti di migranti legata al rischio transculturale ed individuata nel periodo adolescenziale, quando il consolidamento dell'identità psicologica riporta in gioco, a volte in maniera acuta e dirompente, le problematiche della filiazione e dell'appartenenza.

La conoscenza delle implicazioni culturali e dei fattori specifici di vulnerabilità e di resilienza concorre quindi in modo decisivo a strutturare modalità di accoglienza nei contesti di educazione e di cura che assolvano a funzioni preventive verso sviluppi psicopatologici e verso insuccessi del percorso migratorio.

Non sempre è possibile o comunque adeguato improntare un dispositivo a geometria variabile, va infatti prima valutata la situazione clinica nella sua complessità.

Ciò che però appare necessario è la sensibilizzazione dei clinici perché sappiano “*decentrarsi per integrare le proprie teorie a quelle dell'altro*” [e possano] “*riflettere sull'aspetto culturale nell'analisi del proprio controtransfert*” (Moro, 2009: 126). Ritorna dunque utile la prospettiva di Devereux che definisce terapia etnopsichiatrica metaculturale quella esercitata da un terapeuta che, pur non conoscendo la cultura dell'etnia del paziente, comprende perfettamente il concetto di ‘cultura’ e lo utilizza per stabilire la diagnosi e condurre la terapia. Il sentimento di Alterità e il suo riconoscimento è una importante premessa nella costituzione dell'alleanza terapeutica e per il lavoro di decentramento utile alla differenziazione ed alla trama identitaria soggettuale (Lo Verso, 1996). L'attenzione, inoltre, agli aspetti di specificità del dispositivo a geometria variabile, rendono possibile il delicato riconoscimento dell'alterità che diventa un fondamento creativo e rende possibile la risposta terapeutica al bisogno del paziente di essere riconosciuto nella sua unicità culturale e, allo stesso tempo, nella sua universale umanità.

Bibliografia

- Cattaneo M.L., Dal Verme S., (2005), *Donne e madri nella migrazione. Prospettive transculturali e di genere*, Unicopli, Milano.
- Devereux G., (2007), *Saggi di Etnopsichiatria generale*, ed. Armando editore, Milano.
- Freud S., (1929), *Disagio della civiltà*. Opere, Bollati Boringhieri, Torino.
- Lo Verso G. (1994), *Le relazioni soggettuali*. Fondazione della psicologia dinamica e clinica. Bollati Boringhieri, Torino.
- Moro M.R., (2002), *Bambini di qui venuti da altrove. Saggi di transcultura*, (Tr, It.) Franco Angeli, Milano.
- Moro M.R., (2002b), *Genitori in esilio. Psicopatologia Immigrazioni*, (Tr It.) Raffaello Cortina Milano.
- Moro M.R., (2008), *Maternità e amore. Quello di cui hanno bisogno i bambini per crescere bene qui e altrove*, Frassinelli, Milano.
- Moro M. R., (2011), *I nostri bambini domani. Per una società multiculturale*, Franco Angeli, Milano.
- Moro M.R., De La N., Mouchenik Q., Baubet Y., (2009), *Manuale di psichiatria transculturale. Dalla clinica alla società*, Franco Angeli, Milano.
- Moro M.R., Réal I., (2009), *La consultazione transculturale di Avicenne. Un dispositivo meticcio a geometria variabile*, in Moro MR, De La Noe, Q. Mouchenik, Y. Baubet, *Manuale di psichiatria transculturale. Dalla clinica alla società*, Franco Angeli, Milano.
- Nathan T., (1996), *Principi di Etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino.