

SÉMINARI EUROPEI di ETHNOPSICHIATRIA/ETHNOCLINICA 2024-2025

Cooperativa Un Sole per Tutti

L'accoglienza delle famiglie migranti in una prospettiva etnoclinica:

la mediazione, la lingua materna e il genogramma

come strumenti di legame e di riconoscimento reciproco

Francine Rosenbaum, Etnologopedista

Ci sono vari motivi per i quali desidero ringraziare la vostra cooperativa e Maria Grazia in particolare per avermi invitata a partecipare al vostro ciclo di seminari:

- Il primo motivo riguarda la riaccensione del desiderio di trasmettere la passione per il lavoro che ho svolto durante un tempo lunghissimo.
- Il secondo riguarda la sfida per una terapeuta pragmatica della comunicazione di andare a ricercare le origini storiche e i presupposti teorici e metodologici che mi hanno portata a definirmi "etnologopedista".
- Il terzo riguarda la convinzione che il genogramma dell'operatore e la mediazione etnoclinica sono dei dispositivi di accoglienza straordinari per creare un legame affidabile con le famiglie.

Attraverso la storia dei cambiamenti che ho effettuato nella pratica della tessitura del legame terapeutico fra me e le famiglie migranti, desidero illustrare gli scogli e i paradossi che ostacolano e intrappolano i processi di trasmissione, di identificazione e di appartenenza nei pazienti che hanno un vissuto migratorio. Partendo dalla mia propria storia e dalla mia esperienza clinica, posso affermare che la lingua materna e il supporto narrativo del genogramma permettono la costruzione di un'alleanza terapeutica affidabile che sollecita gli operatori e gli utenti a livello emozionale, corporeo, intellettuale, psichico ed etico. Questa

alleanza costituisce un presupposto inaggirabile alla continuità relazionale e educativa fra le famiglie e gli operatori.

Direi che sono stata un'operatrice che ha decisamente privilegiato la prassi rispetto alla teoria. Voglio dire che ho cercato con tenacia e perseveranza i riscontri teorici che avallassero la certezza che ho acquisito: e cioè, che la mia presentazione personale e le lingue d'origine sono la chiave dell'alleanza con le famiglie migranti, nonostante o contro la credenza psicoanalitica ben radicata della neutralità del terapeuta. In una formazione di molti anni fa, uno psicologo si era sentito spiazzato e l'aveva squalificata risolutamente citando Lacan: *per i pazienti noi dobbiamo essere uno specchio opaco*.

Sarebbe certo molto arricchente discutere sull'impatto dell'*opacità* che è una delle caratteristiche dei rapporti di potere nella nostra società, ma nel tempo che abbiamo a disposizione mi sembra più facile spiegarvi come costruisco *un complesso specchio riflettente volto a sminuire la solitudine e l'estraneità* dei pazienti stranieri attivando virtualmente le risorse dei legami e della loro storia.

Cercherò ora di ricordare alcune delle menti brulicanti di creatività che mi hanno preceduta e accompagnata nell'esplorazione di modalità relazionali diverse rispetto ai nostri tradizionali protocolli formativi.

Voi sapete che l'uso del genogramma in terapia è stato introdotto da Murray Bowen nel 1979. In quell'epoca avevo tutte le antenne sintonizzate sulla Scuola di Palo Alto e in particolare sulle teorie della comunicazione di Watslawick, un austriaco che ha studiato a Venezia e si è laureato all'istituto Jung di Zurigo. Avevo divorato i suoi saggi e ne avevo seguito alcune conferenze per nulla virtuali! Poi mi ha catturato Gregory Bateson, un britannico emigrato in America, con i suoi lavori sul doppio vincolo, sull'ecologia della mente e sul linguaggio preverbale così come le ricerche sul campo di sua moglie, la grande antropologa Margareth Mead che affermava, in una prospettiva radicalmente transculturale *"ho trascorso gran parte della mia vita studiando la vita di altri popoli affinché gli americani potessero comprendere meglio sé stessi"*. Poi ho avuto il grande privilegio di partecipare a parecchi

seminari e supervisioni focalizzate sulle lealtà invisibili in terapia familiare contestuale animati dal suo ideatore, l'ungherese Ivan Boszormenyi, e a quelli dello psichiatra belgo-canadese Guy Ausloos sulla competenza delle famiglie.

Ma devo anche fare memoria rispetto ad altri maestri che hanno nutrito e soprattutto convalidato la certezza che il riconoscimento delle mie plurime appartenenze familiari e linguistiche costituiscono una risorsa preziosa da attivare nelle terapie con le famiglie migranti. Ricordo che già durante la mia formazione iniziale di logopedista ho deciso che non sarei diventata la garante della norma di una sola lingua ma una terapeuta del linguaggio e della comunicazione. Perciò, dopo la laurea in logopedia, ho partecipato con passione ed entusiasmo alle formazioni delle molte scuole di terapia familiare sistemica, gruppale, psicosociale ed etnopsichiatrica che si sono sviluppate fuori dalle righe del pensiero neurolinguistico e psicoanalitico.

Il Maestro e terapeuta che ha incarnato per me l'*etnoclinica* molti anni prima che questa parola venisse inventata dalla psicoterapeuta Claude Mesmin, collaboratrice di Tobie Nathan, è stato Amilcar Ciola, un fantastico psichiatra argentino che ha inculcato nella mente e nei cuori di tante e tanti terapeuti svizzeri il "realismo mágico" dell'incontro terapeutico. Grazie a lui ho scoperto gli psichiatri e psicoterapeuti argentini che mi hanno conquistata anche per il loro impegno politico come Enrique Pichon-Rivière e Salvador Minuchin che hanno democratizzato la psicoanalisi sviluppando la psicologia sociale e quella gruppale o il brasiliano Augusto Boal, creatore del teatro degli oppressi. Evocando Emilio Rodríguez, o Minuchin, o Borges o Cortázar, le storie cliniche di Amilcar erano sempre narrazioni accattivanti che iniziavano con il suo coinvolgimento personale. Per lui la migrazione significava passare da un ecosistema a un altro ed egli esprimeva sempre la sua meraviglia e la sua riconoscenza per la condivisione delle storie dei percorsi dei suoi pazienti. In un intervento di parecchi anni fa, tenendo il suo *mate* fra le mani, per illustrare il doppio legame diceva che la posizione più confortevole per un migrante era quella di poggiare il culo fra due sedie e noi ridevamo tanto più che, in francese Amilcar era

incapace di pronunciare la Ü e perciò diceva “le COU entre deux chaises” – il COLLO- invece di “le cul”, il culo!

Con lui e con i primi promotori del pensiero sistemico in Svizzera, nel 1986 sono stata coinvolta nella nascita e la crescita del Centro di Ricerche familiari e sistemiche CERFASY a Neuchâtel e di APPARTENANCES a Losanna, nel 1993. Appartenance è stata la prima associazione svizzera volta alla promozione della salute e all'integrazione dei migranti fondata da Jean-Claude Métraux. Oltre al riconoscimento e alla presa in carico psichica dei migranti, Appartenances aveva messo in luce le risorse degli stranieri dando il via alla prima formazione di interpreti mediatori culturali per i servizi psicosociali ed educativi.

Ma per ricentrarmi sul mio ruolo di etnologopedista e sul genogramma come strumento privilegiato per creare il legame con i migranti devo rammentare quanto devo alla grande scrittrice Agota Kristof che era approdata a Neuchâtel nel 1956, quando io ero un'adolescente, fra i rifugiati della repressione sovietica della rivolta degli studenti e degli operai ungheresi. Le ci erano voluti 30 anni per domare *la lingua nemica* – come lei l'aveva definita - per scrivere la trilogia del *Grande Quaderno* e, nel suo sconvolgente libro *L'analfabeta* racconta - 50 anni dopo! - i traumi dovuti al non riconoscimento della sua lingua e delle sue competenze.

Nei miei primi anni di attività clinica mi hanno nutrita i lavori di Anne Ancelin Schützenberger sul genosociogramma e la psicogenealogia che fanno eco alla psicologia umanistica di Carl Rogers, alla psicologia sociale e gestaltista di Kurt Lewin e agli studi del linguista Lev Vygotskij sul ruolo che hanno cultura e storia nella genesi del linguaggio.

Insomma, è ovvio che la mia navigazione nel *main stream* dei contestatori dell'*establishment* curativo universitario mi ha portata ad una critica radicale della logopedia come “trattamento riabilitativo delle patologie del linguaggio in età evolutiva”. Forse anche da voi come in Svizzera i servizi scolastici suppongono a priori che le bimbe e i bimbi che presentano delle difficoltà di apprendimento siano affetti da turbe DIS (disfasia, dislessia, disgrafia, discalculia ecc.) situate nel quadro

dell'ADHD, il deficit di attenzione e iperattività. Ma la grande maggioranza dei figli dei migranti che mi venivano segnalati non erano affetti da nessun handicap nonostante la similitudine dei sintomi: i loro reali disturbi linguistici erano il tentativo oblativo di denunciare l'inesistenza di comunicazione fra la loro famiglia e la scuola. Già dall'inizio della mia attività clinica avevo constatato che spesso, il disagio degli individui o/e delle famiglie multiculturali e migranti si cristallizza in sintomi che ledono il linguaggio orale o scritto. Le bambine e i bambini che ne soffrono approdano, con i loro genitori, nelle consultazioni logopediche. Nel contesto della migrazione, le mie iniziali referenze epistemologiche monoculturali e i miei strumenti di valutazione monolingui si avveravano insufficienti e insoddisfacenti tanto per la valutazione che per la presa in carico di una problematica complessa che superava largamente il modello rieducativo tradizionale.

È solo dopo aver incontrato Claude Mesmin e partecipato ai colloqui clinici di Tobie Nathan al Centre Devereux di Parigi che mi sono riconosciuta e auto-definita *etnologopedista* – la prima per quanto io sappia – per significare che ero (e sono tutt'ora) una logopedista specializzata nelle turbe della comunicazione e del linguaggio attribuite alla migrazione e al multilinguismo. Ho allora investito tanta energia e passione per trasmettere la ricchezza di questo nuovo concetto formando tirocinanti e animando innumerevoli incontri con il mondo della scuola, oltre a scrivere articoli e libri. Ma la corrente dominante è ancora molto potente e, come diceva Amilcar Ciola, da brave e bravi marginali, continuiamo ad arare gli argini del fiume...

Ma per aderire alla richiesta di Grazia di illustrare la mia esperienza di etnologopedista con una storia clinica proverò a spiegarvi le grandi linee dell'efficacia terapeutica del riconoscimento delle lingue materne e dei nostri legami di filiazione. Siccome è da parecchi anni che non esercito più un'attività clinica, ho scelto fra una delle mie tante storie quella di un bimbo del Togo per descrivervi quali sono i due cambiamenti epistemologici più radicali che ho attuato e poi proposto nelle formazioni

rivolte alle operatrici e agli operatori socio-psico-pedagogisti e sanitari chiamati ad interagire con i migranti:

- il primo cambiamento di paradigma è **la mia presentazione personale iniziale** come segno tangibile di riconoscimento: riguarda il modo in cui siamo stati formati ad accogliere e a comportarci individualmente come operatori;
- il secondo cambiamento di paradigma concerne **il coinvolgimento di una mediatrice o un mediatore linguistico-culturale nel contesto nel quale lavoriamo**: un contesto generalmente monolingue e mono culturale strutturalmente asimmetrico fra pazienti allofoni e operatori;
- e ambedue si focalizzano sul **riconoscimento reciproco nell'accoglienza**.

Con questa storia vi proporrò di riflettere insieme sul mio tentativo di limitare l'arbitrarietà dei nostri modelli interpretativi biomedici, di ridurre la violenza delle nostre diagnosi e la frequenza di cure inadeguate.

Storia clinica di Lucien Komlan Kossi

Una coppia di togolesi mi chiede un appuntamento per parlarmi del loro bambino. Per telefono e in poche parole il Signor Kossi mi riassume che il loro bimbo di 3 anni e mezzo si esprime solo strillando, non li guarda negli occhi ed è ingestibile sia al nido che nella consultazione della pediatra che li rimprovera di essere incapaci di porli nei limiti. La pediatra ha fatto l'ipotesi di turbe invasive dello sviluppo o di psicosi o di una sindrome autistica precedente al suo arrivo in Svizzera. Perciò li ha indirizzati a una neuro-pediatra che sta facendo degli esami per confermare l'origine genetica delle turbe. I genitori non capiscono queste diagnosi «yovo», cioè di bianchi europei, e sono molto angosciati perché temono che il loro bambino gli venga portato via per essere inserito in una struttura per bambini gravemente lesi sul piano psichico. Vorrebbero un altro sguardo sull'arresto dello sviluppo linguistico di Lucien che si è manifestato poco dopo il suo arrivo in Svizzera. Sono altri genitori dell'Africa Occidentale che frequentano la loro chiesa pentecostale che gli hanno suggerito di chiamarmi perché "avevo bevuto l'acqua dei loro stagni..."

Il modello yovo di interpretazione della domanda

Queste brevi informazioni telefoniche mi permettono già di fare due osservazioni rispetto al nostro modello epistemologico:

- La prima è che i genitori mi dicono che i medici yovo (la pediatra e la neuro-pediatra) hanno fatto una diagnosi di disagio psichico di cui loro, giudicati impreparati sul piano educativo, sarebbero parzialmente o interamente responsabili. Nel campo dell'educazione e della salute, il misconoscimento dei Diversi ci porta a volte a pensarli come *non competenti* e a considerare la differenza come *un deficit*.

- La seconda osservazione è che i genitori sanno che nel sistema di cura svizzero, questa diagnosi implica una presa a carico specializzata in istituzione o in day-hospital, in gruppi di bimbe e bimbi che soffrono di sindromi simili. Questo tipo di presa a carico non include i genitori nelle cure, vengono generalmente invitati alle riunioni di sintesi nelle quali gli specialisti parlano dell'evoluzione in un loro gergo e decidono fra loro gli interventi prioritari per il proseguimento dei trattamenti. Perciò i signori Kossi cercano il modo di salvaguardare i loro diritti di genitori togolesi confrontati a un progetto terapeutico europeo che implica, da noi, l'allontanamento del bambino dalla sua famiglia.

Un cambio epistemologico : la presentazione personale iniziale

La più importante modifica che propongo nel lavoro con tutte le famiglie e particolarmente con quelle straniere riguarda *la prima accoglienza* alla quale attribuisco un grande valore nella pratica clinica. Infatti, il contesto e il protocollo di accoglienza costituiscono il *contenente ideologico* di tutte le parole che verranno pronunciate. Come ben sapete è generalmente caratterizzato da una asimmetria radicale fra utenti e operatori che sono i padroni dei luoghi, delle rappresentazioni dei ruoli professionali e *soprattutto* di tutte le parole relative alla genitorialità, alla malattia e alle cure. Tutte queste parole vengono espresse in una lingua che non è quella degli utenti, una lingua che nomina il mondo diversamente da loro poiché i riferimenti contestuali del suo apparire

sono diversi. Io affermo che questa radicale asimmetria è umiliante sia per noi operatori, sia per i pazienti allofoni. Ma per loro ha spesso delle conseguenze nefaste.

Le domande che sorgono nel momento di questa prima accoglienza sono:

1. Come curare dei pazienti allofoni con la parola e tramite la parola?
2. Come creare il legame terapeutico quando non condividiamo la lingua e la cultura?
3. Cosa diventano i nostri saperi con i pazienti allofoni?

È all'inizio degli anni 90 che ho sentito l'urgenza di porre queste tre domande al guaritore del villaggio terapeutico di Korogho che accoglieva i pazienti "incurabili" dell'ospedale psichiatrico locale. Ma io non parlavo né capivo la lingua Tyébara, una variante del Senoufo di quella zona del Poro, e neppure il vecchio traditerapeuta e indovino Soro Nabé capiva la mia. Ho improvvisamente e intimamente condiviso l'angoscia di tutte e tutti i miei pazienti senza voce e mi sono sciolta in un pianto diretto. Soro Nabé ha accolto il mio lunghissimo strazio senza interromperlo, per quasi un'ora. Poi, rivolgendosi al medico psichiatra che mi accompagnava, gli ha detto: *Credo che abbia trovato la risposta che cercava da tempo.*

Così ho *radicalmente modificato la mia pratica tradizionale di accoglienza* per costruire un'alleanza terapeutica significativa. I pazienti, siano essi bambini o famiglie, hanno bisogno di sapere *chi* è la persona che li interrogherà sui loro percorsi di vita, sulle loro difficoltà, i malesseri, le malattie, le perdite e i lutti. Il nostro titolo professionale enunciato in una lingua che non è la loro non basta per creare un legame affidabile poiché qualifica semplicemente il nostro ruolo istituzionale: spesso questo titolo non ricopre una rappresentazione in altre lingue e altre culture: AS, Funzione obbiettivo, volontario, psicopedagogo, logopedista... non significano nulla e sono perciò pericolosi, tanto più che ci esprimiamo in un linguaggio di casta codificato che capiamo soltanto noi. Molto spesso gli utenti subiscono i nostri interrogatori di

anamnesi ai quali rispondono SI o NO. Ma senza mediazione linguistico culturale *non ci parlano*.

Possiamo quindi immaginare di rivedere e praticare il nostro lavoro in modo diverso. Pensiamo che la presentazione istituzionale basti a qualificarci come competenti. Ma per la maggioranza dei pazienti e dei genitori non europei che approdano nelle nostre consultazioni per via delle turbe dei loro figli, la competenza è prima di tutto un fatto di età, di genere, di posto generazionale e di ruolo. Con loro e grazie a loro ho scoperto e capito una cosa banalmente evidente: **non si fa affidamento a una sconosciuta.**

Perciò, con l'aiuto di una mediatrice o un mediatore linguistico-culturale qualificato, la NOSTRA presentazione personale è il presupposto inaggirabile per tessere la relazione terapeutica, ne costituisce la trama.

Il genogramma è il mio supporto, il mio telaio. Mi aiuta a presentarmi come *una persona*, situata in una filiazione, cioè inserita in *una storia* e che ha esercitato vari *ruoli* nelle successive tappe della vita, fra cui quello di operatrice qui ed ora. Per esempio, i ruoli di figlia, di madre, di donna divorziata o vedova, di nonna, sono delle esperienze di vita che ci attribuiscono un *sapere iniziatico*, cioè non scolastico o scientifico: possiamo così ricevere e dare alcune parole credibili per delle persone che provengono da lontano

La presentazione personale come strumento di legame.

Mi prendo il tempo di presentarmi sia personalmente che professionalmente. È legittimo che certi elementi autobiografici facciano eco in quanto esperienza del ciclo di vita: sono delle *parole preziose* – come le chiama Jean-Claude Métraux - che suscitano il desiderio di condividere, anche se siamo coscienti che il vissuto dei nostri rispettivi *passaggi* è diverso.

Nonostante in Togo la lingua ufficiale sia il francese, ho chiesto la collaborazione di una mediatrice Ewé che parlasse la lingua familiare. Inizio ogni primo colloquio *ringraziando* la famiglia, in questo caso di aver avuto il coraggio di chiedere un altro parere. Ci sediamo in cerchio

attorno a un grande foglio sul quale *mi presento* anche graficamente come persona, col mio nome che evoca altre origini, un'altra storia di migrazione e di plurilinguismo, in un altro tempo di guerra e di intolleranza. Ci chiniamo su una mappa per situare il viaggio della mia famiglia di origine. Illustrando le mie brevi parole con un *genogramma schematico*,

Mi situo in una storia che fa apparire i cicli che caratterizzano l'evoluzione di tutte le famiglie: la morte dei nonni in una terra diversa da quella in cui vivo, l'infanzia in una cultura, una lingua e una religione altra da quella della mia famiglia, la mia coppia europea dalle multiple appartenenze linguistiche e religiose, la nascita dei miei figli lontana dalla famiglia allargata, le separazioni, il mio passaggio dallo stato di figlia a quello di adulta madre e nonna. Poi mi presento anche professionalmente: sono una specialista dello sviluppo linguistico e delle sue turbe spesso imputate al bilinguismo quando riguardano i figli dei migranti. È un quadro che fa apparire: il genere, la nominazione, le lingue, le credenze religiose, il posto nella fratria e nelle generazioni, le coppie unite o separate, le gravidanze, i parti, i malati, i dispersi, i morti, gli scomparsi, la famiglia allargata, i gruppi o paesi da cui ci siamo separati con la migrazione, la perdita della cittadinanza e della lingua materna, l'ibridazione e i meticciati, le famiglie pluriculturali, plurilingui, plurireligiose...

Lo scopo perseguito attraverso il mio breve racconto personale è quello di far sorgere una prima serie di *rappresentazioni* dei modelli culturali occidentali e una bozza di narrazione individuale che diventano *lo specchio, le interfacce possibili* di altre rappresentazioni e altre narrazioni che finora non hanno potuto essere espresse negli spazi sociosanitari.

L'emergenza della reciprocità

Queste parole preziose – come le chiama Métraux – diventano allora il proemio della reciprocità. È successo così anche con la famiglia di Lucien che stava a guardarci tranquillissimo. La narrazione dei coniugi Kossi è subentrata alla mia, prima in francese per il Signor Kossi, poi in Ewé per la moglie appena ha iniziato a evocare la sua partenza e l'arrivo in Svizzera.

Il signor Kossi racconta che è il figlio di un capo tradizionale Ewé, oppositore pubblico al regime come candidato deputato prima della sua fuga avvenuta 3 mesi prima della nascita di suo figlio. Ha ottenuto l'asilo ma, come lo stabilisce il sistema di non riconoscimento delle pratiche istituzionali straniere in Svizzera, non è stato riconosciuto il suo matrimonio tradizionale né i suoi titoli universitari togolesi. Non ha trovato lavoro e dipende dall'aiuto sociale. Perciò ha ricominciato una formazione universitaria e iniziato le lunghe pratiche per legalizzare il suo matrimonio e ottenere il raggruppamento familiare.

Il racconto del marito commuove molto la signora Kossi che prosegue allora in Ewé. È la mediatrice linguistico-culturale che ci trasmette le sue parole:

Lei appartiene all'etnia Minà: a Lomé dirigeva una scuola di parrucchiere. Ha potuto raggiungere suo marito con due dei suoi tre figli soltanto due anni dopo, quando Lucien Komlan aveva circa un anno e mezzo. Le autorità svizzere non hanno concesso il diritto al raggruppamento familiare al suo figlio maggiore nato da un'unione precedente. Ha dovuto affidarlo a sua sorella nella grande corte della famiglia allargata.

La mediatrice ci spiega che, dal suo nome, Akoko, si capisce subito che le due sorelle sono gemelle così come il secondo nome del bambino indica il suo giorno di nascita. Qui appare l'importanza della mediazione rispetto a una mera traduzione parola per parola, magari con google-traduttore...

Poi la mediatrice ci trasmette il racconto dell'arrivo nell'Eldorado fantasmato che la signora esprime piangendo:

Nonostante il visto e lo statuto di rifugiato di suo marito, la Signora Kossi è stata mandata con i suoi due bambini, senza suo marito, in un centro di prima accoglienza dove l'hanno interrogata durante parecchi giorni. Questa incomprensibile segregazione e gli interrogatori umilianti l'hanno molto spaventata. Finalmente suo marito ha ottenuto di potervi essere reinternato con lei e i bambini durante un mese fino a quando la validità dei documenti è stata accertata.

Durante l'internamento, per dimostrare agli assistenti sociali e ai medici che lei era capace di accudire i suoi bambini come un'europa, ha svezzato Lucien, non l'ha più portato sulla schiena e ha iniziato a parlargli in francese. Lo sviluppo linguistico che era iniziato in Ewé si è fermato.

Ora gli operatori le danno consigli che non funzionano. Dicono che non è capace di porre dei limiti a suo figlio che è psichicamente lesa. Lei è convinta che non sia vero ma non sa più cosa fare. È sfinita e disperata.

Naturalmente la famiglia in Togo non sa nulla del blocco linguistico né delle altre difficoltà della famiglia in Svizzera.

Durante tutto il racconto, Lucien è rimasto tranquillamente seduto per terra, osservando il foglio steso fra di noi sul quale stavo via via schematizzando la sua famiglia. Mentre parlava la madre il bambino non staccava gli occhi dal suo viso.

La contestualizzazione dei sintomi

Dopo la mia presentazione personale alla quale ha fatto eco la narrazione plurilingue della coppia affiancata dalla mediatrice, la contestualizzazione dei sintomi costituisce una nuova tappa nella costruzione dell'alleanza terapeutica: infatti, questa prima narrazione della loro storia non assomiglia alle risposte date agli abituali protocolli di anamnesi. È una narrazione che nasce dalla possibilità di esprimersi nella lingua d'origine in un contesto affidabile intessuto nel tempo dell'accoglienza, il tempo necessario al primo addomesticamento fra due stranieri come lo spiega così bene la Volpe al Piccolo Principe.

In questo scorcio di storia di vita, possiamo cogliere in modo eclatante i traumi dovuti alle perdite successive degli involucri necessari alla strutturazione dell'identità di un bambino, gli *Io-Pelle* nel senso di Anzieu. Perciò è dal mio posto generazionale di nonna che è inoltre una specialista europea dello sviluppo linguistico, che restituisco ai genitori che il loro arrivo è stato traumatizzante. Lucien ha subito e sofferto parecchie perdite:

1. La perdita dell'involucro visivo e affettivo familiare e gruppale che si è lacerato: la fratria, la famiglia allargata, il cortile consuetudinario sono scomparsi. Attorno a lui ci sono soltanto visi bianchi dai gesti e dalle mimiche che spaventano e angosciano sua madre.

2. La perdita degli involucri sonori, quelli della Lingua Materna, nella quale la mamma nominava il mondo al suo bambino, dove ogni parola risuonava e veniva confermata dal rumore relazionale e dai gesti che lo circondavano: dal suo arrivo, il bambino è immerso in una cacofonia incomprensibile dove non distingue nemmeno più le parole della mamma.

3. La perdita dell'involucro cinestesico: fino al suo arrivo, Lucien era allattato al seno e cullato dal "portage" materno sulla schiena. Nel nuovo contesto inquietante e minaccioso, viene bruscamente e incomprensibilmente privato dell'involucro corporeo materno rassicurante e calmante: deve bere con il poppatoio e camminare accanto a sua madre.

Il reinquadramento

Questa restituzione significa che abbozziamo insieme un primo reinquadramento delle manifestazioni di angoscia di Lucien e della sua mamma nella storia fracassata dei membri di questa famiglia successivamente esiliati in un luogo in cui l'eliminazione delle differenze costituisce la condizione della cosiddetta *integrazione*.

Questo reinquadramento ci permette di fare *una lettura alternativa dei sintomi* di Lucien: l'équipe medica li ha interpretati come autistici e prevede un ricovero in un centro specializzato, cioè la lacerazione

dell'ultima *pelle* materna ancora atta a contenerlo. Per le famiglie migranti ciò equivale a un *rapimento di bambini* che dovrebbe risvegliare negli Svizzeri il ricordo di altri furti istituzionali di bambini tristemente celebri, quelli che sono stati tolti alle madri e alle famiglie in nome della preservazione della morale e dell'ordine degli abbienti. La nostra lettura contestuale, secondo Boszormeny-Nagy, o etnoclinica, secondo Nathan e Mesmin, propone di distanziarsi dalla spiegazione psicologica tradizionale che ricerca la causa dei sintomi nelle disfunzioni organiche o familiari. Noi pensiamo che la grande maggioranza delle turbe del linguaggio e del comportamento dei bambini migranti sia dovuta alle alee dell'esilio e dei maltrattamenti inerenti ai nostri modelli di accoglienza e di gestione della socialità. La mediatrice linguistico-culturale ci offre anche dei chiarimenti *sull'interpretazione tradizionale della singolarità del bambino* che può essere attribuita sia a un'aggressione del mondo esterno contro la famiglia, sia a un messaggio del mondo degli invisibili.

La modellizzazione delle letture

Questo reinquadramento reinserisce i sintomi manifestati da Lucien nei loro rispettivi modelli:

1. Il *modello bio-medico*, che diagnostica delle turbe invasive dello sviluppo, un deficit di attenzione, un ritardo della parola e del linguaggio, una disfasia. Queste diagnosi molto stigmatizzanti per i bambini e molto colpevolizzanti per i genitori sono il *sesamo imprescindibile per ottenere i sussidi* per la presa a carico terapeutica e psicopedagogica. Per ottenere questi sussidi, non posso fare altro che segnare nell'incarto protocollare che il bambino è "portatore di handicap".
2. Il *modello etnoclinico* che integra la lettura contestuale dei sintomi, - dove l'intorno sociale patogeno è largamente coinvolto -, alla spiegazione tradizionale che dice che il bambino o/e la sua famiglia sono i messaggeri del mondo degli invisibili e degli antenati oppure le vittime di attacchi esterni. Il ruolo di Lucien era forse quello di riconnettere la parola fra il qui e il là? E di permettere ai genitori di rivitalizzarsi nella tradizione per avanzare qui? Insieme abbiamo attribuito a Lucien un *doppio ruolo di messaggero* che emette un primo segnale di soccorso

indicando che la comunicazione fra i suoi genitori e l'intorno sociale è gravemente patogeno e un secondo SOS che indica che la comunicazione fra la famiglia d'origine e la famiglia esiliata è quasi inesistente.

La diversificazione e la complessificazione delle cure

Alla moltiplicazione delle letture fa seguito la complessificazione delle cure. Infatti, il chiarimento e la condivisione delle diagnosi e delle ipotesi riguardo alle turbe di Lucien fra i genitori, sostenuti e legittimati dalla mediatrice linguistico-culturale, e le professioniste che erano state interpellate, ci hanno permesso di uscire dal tracciato terapeutico a senso unico contemplato dalla sola lettura bio-medica dei sintomi.

Le interrogazioni rispetto alle nostre pratiche hanno aperto la via al cambiamento:

1. Il primo cambiamento è stato che la pediatra e la neuro-pediatra hanno potuto modificare la loro prescrizione di presa in carico in una struttura pedopsichiatrica e convalidare il sostegno linguistico e psicopedagogico che ho proposto per rivivificare e sostenere le competenze genitoriali precedentemente squalificate e paralizzate;
2. Il secondo cambiamento è stato che il riconoscimento dei traumi dovuti alle condizioni degradanti dell'accoglienza e al diniego delle differenze nel compimento della genitorialità ha permesso ai genitori – e soprattutto alla madre – di riattivare le loro competenze di genitori togolesi: accompagnata e sostenuta, la madre ha dapprima ritrovato i gesti del *portage*, del massaggio e del cullare tradizionale, poi ha progressivamente nominato in Ewé per il suo bambino tutto il mondo circostante. Credendo di far bene per integrarlo subito, gli aveva parlato in francese, la lingua della colonizzazione che è rimasta quella delle amministrazioni e degli apprendimenti scolastici dei piccoli Togolesi, e non la lingua dell'intimità familiare tradizionale dove le parole circolano fra i bimbi di età prossimale ma poco fra bambini e genitori che si limitano a ciò che è lecito e a ciò che è vietato. Come tante mamme migranti, la Signora Kossi ha dovuto imparare la modalità di

comunicazione intergenerazionale delle famiglie nucleari europee isolate in piccoli appartamenti. Una volta alla settimana, *durante più di un anno*, l'ho incoraggiata e accompagnata nella scoperta delle parole da dire in lingua materna al suo bambino per riapprendere il mondo *a piccole dosi*, non in modo violento, incomprensibile e alienante. Come un contenitore primordiale, quell'*Io-Pelle* di Anzieu che ho menzionato, le parole della mamma hanno permesso a Lucien di rinascere e accedere all'addomesticamento di sé stesso e della società dei *yovo*, così ingiusta e maltrattante con così tanti figli di migranti: è sull'intelaiatura delle parole fra madre e figlio interscambiate in Ewé che Lucien è diventato un locutore bilingue competente e fiero di esserlo.

3. La terza novità è che ci siamo resi conto del bisogno, per Lucien e i suoi genitori, di riallacciare una comunicazione complessa con la famiglia di origine per attivarne le risorse con lo scopo di nutrire il sapere e il saper essere togolesi in esilio. Infatti, è nella misura in cui l'asse della filiazione viene attivamente protetto e affermato che i genitori migranti e i loro figli possono integrare nella loro strutturazione identitaria tutti gli apporti del loro nuovo contesto di vita senza temere lo smantellamento delle loro appartenenze originarie. La mia discreta conoscenza delle tradizioni del vicino Benin e la collaborazione della mediatrice etnolinguistica togolese hanno aperto uno spazio di implicite culturali sufficientemente affidabili per permettere alla Signora Kossi di piangere per il brutale laceramento dell'esilio, per la separazione dal figlio maggiore, per la colpevolezza e l'angoscia per i sintomi di Lucien che le hanno però permesso di rigenerarsi nel suo mondo di origine pur accettando l'aiuto di curanti rispettosi.

LA FIGLIA O IL FIGLIO TRADUTTORE

A casa sono spesso i bambini che rispondono al telefono poiché i genitori, che non dominano sufficientemente l'italiano, *rinunciano* frequentemente ad alzare il ricevitore, verosimilmente per evitare di venire subito catalogati come interlocutori problematici. In molte famiglie migranti, i bambini assumono la funzione di traduttori, soprattutto quando gli interlocutori appartengono alle istituzioni.

A ciò che precede va aggiunto che spesso noi convochiamo la famiglia su richiesta della scuola o di un altro ente pubblico o privato. Infatti le famiglie non si rivolgono spontaneamente ai nostri servizi perché da un lato non li conoscono, e d'altro lato temono giustamente di venire nuovamente stigmatizzati per il loro misconoscimento linguistico. *Se il traduttore è il bambino stesso* o a volte un membro della fratria, quest'ultimo avrà da un lato il ruolo del portatore del proprio sintomo o del malessere familiare, e d'altro lato il ruolo importante di traduttore per la famiglia e gli operatori!

Questa *posizione paradossale* di esperto della lingua per la famiglia e di ignorante per i servizi renderà molto difficile, impossibile anzi!, di trasmettere un discorso che concerne abitualmente dei fraintendimenti burocratici, dei sintomi di sofferenza fisica o delle difficoltà relazionali fra la famiglia e il suo intorno. Il paradosso di essere figlio o figlia che ha un sapere superiore a quello dei genitori mette questi ultimi in una situazione di dipendenza rispetto al figlio che impedisce loro di esercitare l'autorità genitoriale.

Purtroppo, capita spesso che educatori, clinici e persino medici chiedano l'aiuto di un parente, di un amico di famiglia o di un tecnico delle pulizie che è presente in quel momento, cancellando così il segreto professionale. I nostri divieti etici sono sconosciuti ai pazienti migranti e li dimentichiamo "in buona fede" pensando di aiutarli.

Quando, in presenza dei figli, l'operatore non ha accesso alle competenze genitoriali, e viceversa, le "presunte conoscenze" che i figli

normalmente attribuiscono ai genitori non esistono più: i figli scoprono che i genitori sono esclusi da tutte le conoscenze richieste dalla nuova situazione sociale ed educativa. Ciò comporta non solo la squalifica delle conoscenze dei genitori, ma la squalifica dei genitori stessi, con tutte le conseguenze che ciò può avere sullo sviluppo dei figli. In questa situazione, si tratta infatti di un problema di identità: non siamo più in una storia che riguarda solo la lingua: il problema è che la lingua squalifica tutte le conoscenze dei genitori, che vengono così esclusi da un processo di trasmissione, murati in un silenzio che si aggiunge ad altri silenzi imposti alla trasmissione dell'identità.

In buona fede, il professionista inverte le posizioni all'interno della famiglia e invalida l'autorità genitoriale. L'incontro, concepito come un momento di condivisione, si trasforma in un'esperienza di impotenza e di umiliazione patogena per la famiglia migrante e in un errore etico sconosciuto agli addetti ai lavori.

Senza mediazione linguistico-culturale, si innesca di fatto un *disordine generazionale*, che può poi trasformarsi in un *disordine sociale* come il mancato rispetto dell'autorità genitoriale da parte del bambino, la contestazione delle strutture scolastiche, la microcriminalità e così via.

Nella mia consultazione, è spesso il maggiore dei fratelli che mi chiede telefonicamente un appuntamento su consiglio dell'insegnante per se stesso o per un fratello che sta fallendo a scuola. Il rischio di entrare in questa dinamica accettando questa prima definizione della relazione, è flagrante e inevitabile. Rispondo che accoglierò volentieri i suoi genitori e la fratria con un mediatore linguistico-culturale da loro approvato affinché il colloquio potesse svolgersi tra adulti, anche se fino a quel momento aveva fatto da tramite tra la sua famiglia e i rappresentanti istituzionali.

In una consultazione, uno degli obiettivi terapeutici dovrebbe essere, a mio avviso, quello di offrire a genitori e figli un luogo in cui poter iniziare a dare un nome alle "cose" per raccontare la storia che appartiene alla famiglia. All'inizio degli incontri non ci sono parole, in nessuna lingua, perché la storia si è svolta negli spazi esterni e interni del non detto. L'obiettivo di lavorare con un mediatore linguistico-culturale formato è quindi la produzione di una narrazione che ad oggi non esiste. La sfida è riuscire ad attribuire una storia agli eventi che hanno segnato la famiglia e ridare a ciascun membro il suo ruolo di protagonista in questa storia. In quanto *narrazione*, si costituirà come *mito*: come tutti i miti, quest'ultimo rimetterà *ordine* negli eventi traumatici dei *tre periodi della storia familiare migratoria*:

- il periodo precedente la migrazione;
- la migrazione stessa;
- il tempo dell'esilio, temporaneo o permanente.

La famiglia, che viene poi riconosciuta per le sue competenze, può ritrovare una propria dinamica che permette ai genitori di riflettere in autonomia sul futuro dei propri figli, di essere coinvolti nella loro valutazione cognitiva e linguistica, e di beneficiare di cure illuminate, in grado di valutare i parametri linguistici, culturali e sociali che influenzano il loro sviluppo.

La lamentela ricorrente dei genitori è che i loro figli non gli obbediscono più. Non raccontano nulla di quello che fanno a scuola, non vogliono studiare a casa, nemmeno per le lezioni di lingua madre che non parlano bene perché sono nati qui. Stanno fallendo a scuola e gli insegnanti si lamentano che stanno disturbando la classe. Sperano che troverò una soluzione in modo che i bambini rispettino i loro genitori, facciano i compiti e abbiano successo a scuola.

Il problema mi sembra essere posto chiaramente:

- la progressiva perdita dell'autorità genitoriale e della lingua materna in casa,
- lo scacco scolastico e problemi comportamentali nei due spazi di vita dei figli: quello della famiglia di origine e quello della società ospitante.

Sono *le patologie dell'umiliazione*: quella dei bambini della scuola materna e primaria che si vergognano dei genitori, che non capiscono quello che dicono le loro maestre e che, imbavagliati da un insolubile conflitto di lealtà, non riescono né ad ascoltare, né a parlare, né a imparare nulla dagli operatori di una società che li squalifica. E quella dei figli più grandi, genitorializzati dalle istituzioni che li consideravano così ben assimilati all'inizio da usarli come traduttori perché "non costa nulla". Tra "genitori che non capiscono niente" e "insegnanti che non capiscono i miei genitori", il giovane figlio di migranti probabilmente cercherà altrove modelli credibili: l'allenatore di calcio nel migliore dei casi, o molto spesso, i capi di bande che tanto ci spaventano, così come comportamenti rischiosi come la droga, i furti, gli stupri, ecc. Il costo sociale di queste patologie indotte dalla mancanza di mediatori linguistico-culturali è incommensurabilmente alto!

Al contrario, grazie al mediatore linguistico-culturale, la condivisione di narrazioni e preoccupazioni reciproche in presenza dei figli determina la *trasformazione dell'identità genitoriale*. Al posto *dell'identità assegnata* di "genitori nulli" sorge quella di interlocutori, di partner presenti e competenti nel compito comune di trovare il modo di riattivare i processi di apprendimento paralizzati. Nella mia esperienza, questi *incontri narrativi etnoclinici* hanno spesso permesso di sbloccare i sintomi e quindi di permettere ai vari operatori interessati di condividere con le famiglie progetti psicoeducativi per curare o sopperire ai ritardi acquisiti sia nella lingua madre che nella seconda lingua.

Le aspettative dei genitori dei migranti sono spesso l'aspetto "ristorativo" della perdita e del lutto della storia della migrazione. Migrare e avere successo è sopportabile, ma migrare e fallire, quando le opportunità offerte sono distribuite in modo così diseguale, è una vergogna e una ferita spesso incurabile.

Con l'aiuto del mediatore linguistico-culturale, cerco quindi di compassificare la lamentela iniziale dei genitori situandola nel contesto del nostro modello di accoglienza. Insieme diamo voce alla *sofferenza e alla preoccupazione principale* della famiglia. Se gli operatori non le riconoscono, sarà molto difficile per loro capire l'origine dei sintomi dei bambini e porvi rimedio. A volte le prese in carico "funzionano" o, in altre parole, i bambini sopravvivono ai nostri trattamenti. Ma questo è spesso a scapito di una distanza, di una crescente estraneità tra i figli e i loro genitori nonché dell'irrigidimento e della cronicizzazione dei sintomi depressivi in questi ultimi.

Come dice spesso Amilcar Ciola, lo psichiatra argentino con cui ho sviluppato molti dei concetti che costituiscono il tessuto della mia pratica clinica, il modo migliore per lavorare con i bambini migranti e le loro famiglie è *quello di scambiare le nostre reciproche narrazioni* e recuperare così gli oggetti perduti, dimenticati o imbavagliati. In questo modo, possiamo modificare la narrativa biomedica limitata o la narrativa sociale squalificante. Cambiando la narrazione, cambia anche l'identità, riacquista dignità e diventa fonte di energia per crescere e svilupparsi. I fondamenti dell'identità sono la lingua madre e l'auto-narrazione, gli altri sono le culture e le credenze. La lingua ha la meravigliosa caratteristica di essere sia un fattore di identità che uno strumento di comunicazione. Se, nell'incontro con le famiglie, non possiamo usarle, le possibilità di cambiamento veicolate dalla narrazione ci sono precluse. Per questo dobbiamo lottare contro l'umiliazione generata dal numero limitato di mediatori linguistico-culturali con una buona formazione etnoclinica per evitare la patologizzazione, spesso irreversibile, di sintomi etichettati come disturbi pervasivi dello sviluppo, deficit di attenzione, aggressività,

sindromi psicotiche, disfasie, mutismi, ecc. Questi sintomi relazionali e linguistici costituiscono una chiamata, dagli SOS inviati dai figli dei migranti agli specialisti della scuola, del linguaggio, della comunicazione e delle relazioni che ci chiedono di affrontare l'umiliazione reciproca, quella della famiglia e degli operatori, di non poter scambiare nel totale rispetto degli interlocutori, sia loro che noi.
