

## LA stanza DEL CAFFE'

### **Per iniziare ad esplorare la relazione tra trauma e trama nei casi di psicoterapia trans culturale**

**Dott. Fabrizio Seripa Psicologo Servizio Assistenza Domiciliare Sociale AIDS  
Ce.I.S. Roma**

#### **Introduzione**

Etnospichiatria, Etnopsicoanalisi, Transculturata sono solo alcune definizioni, parole chiave per la ricerca di testi e articoli che riguardano l'incontro tra chi cura la sofferenza psichica e chi la manifesta con la particolarità di avere le proprie radici in realtà molto diverse e lontane dal paese nel quale, il disagio, si esprime.

Autori come G. Devereux e T. Nathan in Francia, Wittkover in Canada e S. Inglese E. De Martino M. Risso in Italia, solo per citarne alcuni, illustrano e hanno promosso lo studio e la ricerca sia di setting adeguati che modelli teorici utili ad affrontare questo tipo di sfida(1).

Questo articolo vuole approfondire, anche da un punto di vista teorico, quelli che sono stati i punti di svolta di un lungo percorso di psicoterapia trans culturale ancora in corso.

Con questo termine ci si riferisce ad un approccio al paziente orientato al superamento delle differenze alla ricerca dell'unità che le trascende(Jean Claude Rouchy "Dall'Interculturale al transculturale"Pag.22 in Gruppi Vol.3 Maggio Agosto 2001).

Gli attori in oggetto sono il Servizio di Assistenza Domiciliare Sociale AIDS del CeIS di Roma ed una giovane utente di origine etiopica/eritrea.

In questa sede, partendo dallo studio degli autori appena citati, si vuole mostrare il percorso di cura e comprensione del caso restituendogli un inquadramento teorico atto ad evidenziare il ruolo e la funzione, sia del servizio stesso, che della figura dello Psicologo che, in questo caso, è facente parte dell'Equipe dell'Assistenza Domiciliare.

L'Assistenza Domiciliare Sociale AIDS del Ce.I.S. Roma, ha, come d'altronde hanno tutti i progetti dl Ce.I.S., come presupposto di base il "Progetto Uomo" di Don. Mario Picchi, ossia il pensare ed elaborare gli interventi in base alla persona che si ha davanti e non quella di obbligare le persone ad adattarsi agli interventi.

Tutto ciò permette di restituire dignità e responsabilità a chi usufruisce del lavoro dei servizi, dai quali riceve rispetto e responsabilità.

Il pensiero è quindi che, il servizio, sia per mission, ossia migliorare la qualità di vita delle persone con AIDS adattandosi

1)Per un approfondimento su questo tema si rimanda il lettore ai seguenti testi ed articoli: T.Nathan "Medici e Stregoni" Bollati Boringhieri Torino 1998 - "Se l'altro è un immigrato, aspetti multiculturali della salute e dell'incontro con l'altro" Sergio Mellina <http://www.psychomedia.it/pmmpp/articoli/mellina.htm>

alle loro specificità, che per struttura, ossia un'equipe formata da Operatori Sociali che intervengono nella quotidianità e che fanno riferimento ad un coordinamento costituito da un Assistente Sociale ed uno Psicologo, ha restituito al migrante la dimensione del Gruppo di Appartenenza.

Il secondo fattore terapeutico è il ruolo/funzione dello psicologo che segue il caso anche attraverso colloqui individuali.

In questo caso infatti il ruolo/funzione del professionista ha dovuto adattarsi all'utente migrante ribaltando il concetto di astinenza, quello di collusione e cambiando quindi sia il proprio ruolo che la propria funzione all'interno di un rinnovato setting psicoterapeutico.

L'ipotesi è quindi la seguente:

*Possibili fattori terapeutici dell'intervento trans etnico:*

1) Gruppo che prende in carico la persona attraverso la restituzione di un'identità nuova

2) Psicologo con ruolo attivo nella gestione dell'intervento sociale

3) Setting psicoterapeutico come luogo del pensiero rifiutato dalla società occidentale

4) Funzione dello psicoterapeuta come attore di transfert (piuttosto che rappresentante di esso)

Si usa il termine di possibili fattori terapeutici in quanto ci si trova davanti allo studio di un caso singolo letto attraverso i riferimenti teorici che mano a mano verranno segnalati.

La scelta di descrivere i riferimenti teorici mano a mano che il caso stesso li chiama in causa è data dal fatto che è importante calarsi nella situazione in modo da mettere da parte, almeno per un momento, il proprio modello di riferimento e lasciare spazio all'osservazione di quello che accade.

Prima di procedere alla descrizione del caso è opportuno illustrare il servizio in modo da averne chiara la struttura ed il modus operandi.

### **Descrizione del servizio**

Il servizio di Assistenza Domiciliare Sociale AIDS del CeIS ha un'organizzazione abbastanza semplice; settimanalmente viene elaborata, dall'Assistente Sociale la programmazione, ossia la distribuzione degli operatori sugli utenti in modo da dare loro l'assistenza per gli accompagni presso le strutture sanitarie, sociali e di svago.

La programmazione comprende anche le ore erogate a casa degli utenti per i quali si fanno attività di aiuto nella gestione domestica, cura della persona, attività di relazione lavoro di rete e via discorrendo.

Gli operatori sono dieci e si lavora per circa 50 utenti. Eventuali modifiche alla programmazione vengono di volta in volta decise attraverso il coordinamento. Il coordinamento è costituito

da tre persone, l'Assistente Sociale responsabile del servizio, lo Psicologo Responsabile Clinico degli interventi e l'Operatore addetto al Coordinamento, una figura mista che si occupa sia della gestione amministrativa che della gestione della programmazione durante la settimana. Questa figura infatti è un'interfaccia tra le attività sul territorio e quelle specialistiche.

L'Assistente Sociale è il responsabile del Servizio, in quanto tale è la figura preposta alle relazioni con il V°Dipartimento Affari Sociali del Comune di Roma che è il referente istituzionale dei servizi di Assistenza Domiciliare Sociale AIDS della capitale. Il comune di Roma, attraverso il V°Dipartimento Ufficio AIDS, esternalizza i servizi di Assistenza Domiciliare Sociale AIDS a delle cooperative o ONLUS che si accreditano per lavorare sulle "Gravi fragilità sociali".

L'Assistente Sociale si occupa della gestione del personale, ossia assunzioni ferie licenziamenti ecc, ed in quanto responsabile ha l'ultima parola riguardo le scelte prese dal gruppo di lavoro.

L'ufficio ed il coordinamento si assume la responsabilità della gestione dell'intervento in modo che l'operatore possa vivere la relazione con il paziente in maniera professionale limitando il rischio di sviluppare relazioni di natura eccessivamente amicale o invischianti.

Settimanalmente gli interventi sugli utenti vengono discussi durante le riunioni di equipe nelle quali si definisce il "Progetto di intervento", tale progetto risponde ai bisogni dell'utente e si adatta al suo contesto sociale. Il progetto viene discusso successivamente dall'equipe valutativa, ossia l'Assistente Sociale e lo Psicologo, in separata sede assieme all'utente in modo da creare un consenso ed una convergenza su quelli che sono gli obiettivi che si vuole e si può raggiungere assieme al personale del servizio.

Il servizio ha come obiettivo quello di sviluppare l'autonomia dell'utenza, migliorare l'aderenza alle terapie, sostenere la persona nella quotidianità, riduzione del danno.

La filosofia di base è quella del "Progetto Uomo", ossia adattare l'intervento alla persona e non la persona all'intervento. Questo vuol dire che si rispetta l'unicità della persona attraverso obiettivi condivisi che però l'utente è tenuto a rispettare.

In altre parole il servizio ha delle regole di base fisse molto chiare e limitate, ad esempio, gli utenti sono tenuti a comunicare i loro appuntamenti entro il venerdì precedente all'elaborazione della programmazione, il servizio è tenuto a comunicare la programmazione ogni martedì, gli operatori non si sostituiscono all'utenza ma con essa si prendono cura della casa della persona e poche altre norme in più.

Tutte le altre azioni sono frutto della condivisione dell'intervento, ad esempio, per alcuni casi diventa importante che l'utente esca assieme all'operatore per fare la spesa in quanto diventa un modo per uscire di casa, in altri casi l'operatore può andare anche da solo in quanto si sgrava la famiglia di alcune mansioni.

Questo rende l'utente partecipe del proprio progetto e responsabilizza sia l'operatore che il paziente.

L'intervento condiviso tra equipe ed utenza ha pertanto anche una dimensione di gruppo di lavoro. Le azioni, quando ben coordinate e gestite dal gruppo diventano lo strumento di lavoro più efficace.

Se pensiamo che l'operatore passa gran parte del suo tempo da solo con l'utenza si capisce come sia delicato proprio il lavoro attraverso il gruppo.

Questo infatti è sia strumento, quando le azioni sono ben definite e portate avanti da tutti, ma anche un peso quando si ha la percezione o la manipolazione dell'utenza, che non vengano portate avanti le decisioni prese in gruppo.

Al fine di sviluppare e migliorare il lavoro di gruppo e nell'ottica della prevenzione del Burn Out, il servizio dispone di uno spazio a cadenza bisettimanale di Supervisione di gruppo, ad esso si affianca la possibilità di usufruire di colloqui individuali con lo Psicoterapeuta Supervisore.

Spazi di supervisione differenziata si hanno sia per lo Psicologo del servizio, che per il gruppo di Coordinamento.

### Consulenza Psicologica

La Consulenza Psicologica è una caratteristica del servizio del CeIS in quanto questo è l'unico servizio di Assistenza Domiciliare AIDS che a Roma eroga direttamente all'utenza prestazioni di Psicoterapia/Sostegno Psicologico alla propria utenza.

Lo Psicologo si trova ad avere di fatto una doppia mansione, quella di Responsabile Clinico degli interventi e quella di Psicoterapeuta.

La presenza di questa figura ed il suo modo di lavorare sono cambiati nel tempo andando sempre di più verso una definizione di ruolo che è quella attuale.

Lo psicologo si occupa della consulenza anche verso il servizio stesso, ossia non ha la responsabilità dell'intervento, che è dell'Assistente Sociale, ma ha la responsabilità di fornire la consulenza adeguata in modo che il gruppo possa prendere in autonomia le decisioni sugli interventi stessi.

Questo fa sì che lo psicologo non abbia un ruolo diretto nell'elaborazione della programmazione, non abbia quindi la responsabilità dei ritardi degli operatori o di quelle dei pazienti.

Al tempo stesso ha la libertà di gestire autonomamente il proprio orario di lavoro in modo da potersi distinguere dal lavoro dell'operatore.

Questo è un aspetto importante in quanto lo Psicologo lavora sia in sede, attraverso un intervento classico di sostegno o di Psicoterapia, sia presso il domicilio dell'utenza quando i pazienti vanno presi in carico, quando le loro condizioni psicofisiche lo richiedono, quando sono necessari incontri per situazioni giudicate di emergenza.

L'indipendenza dell'intervento dello psicologo definisce quindi parte della sua professionalità.

I colloqui con l'utenza hanno carattere di riservatezza anche nei confronti del servizio.

Questo viene spiegato sia all'utenza che al servizio stesso nel modo seguente:

*"Quello che viene detto durante i colloqui è di natura confidenziale per cui tutelato da privacy, dato che lo Psicologo ha anche un ruolo nell'equipe di lavoro quello di cui potrà parlare riguarderà i miglioramenti o i peggioramenti dell'utenza dando delle indicazioni agli operatori per migliorare il lavoro con l'utente ma non entrerà nel merito degli incontri".*

Questa formula consente all'utente di decidere se continuare presso il Servizio il sostegno/psicoterapia o di farlo presso un'altra struttura, al tempo stesso consente di definire dei confini tra il servizio di Assistenza e quello di Consulenza.

Questo confine è fondamentale per evitare manipolazioni più o meno consapevoli da parte dell'utenza nei confronti delle consulenze e per rendere lo Psicologo libero dalle aspettative che il servizio potrebbe avere riguardo al lavoro che si svolge durante i colloqui.

Proprio per una maggior definizione e chiarezza dell'intervento si preferisce sempre che gli incontri si svolgano presso la sede del CeIS e non a domicilio, dove l'intervento psicologico è possibile, ma sicuramente impedisce di accedere ad un setting di Psicoterapia o di sostegno clinicamente orientato.

Va comunque sottolineato come l'intervento a domicilio ha un ruolo importante sia nei casi in cui l'utenza è gravemente ammalata, sia nei casi in cui è necessario un lavoro preliminare che consenta alla persona di esprimere una domanda di aiuto verso il servizio di Consulenza Psicologica.

Altro aspetto importante dell'intervento a domicilio è quello che riguarda la valutazione dell'andamento del progetto di intervento. Per questa attività lo Psicologo si reca presso l'utenza assieme all'Assistente Sociale.

Lo Psicologo si trova impegnato sia in un lavoro diretto verso l'utenza che verso il servizio nel suo complesso, ha la responsabilità delle Consulenze e delle Psicoterapie, ha la responsabilità del funzionamento del Gruppo Equipe. Assieme all'Assistente Sociale ha la responsabilità del lavoro di rete del buon andamento dei Progetti di intervento, ed assieme al Coordinamento è impegnato nelle realtà di lotta all'AIDS di cui il CeIS fa parte ossia il "Coordinamento Romano HIV" e la "Consulta Nazionale AIDS".

### L'intervento domiciliare

L'intervento domiciliare viene gestito dal coordinamento e segue le indicazioni del Progetto di intervento discusso in equipe e con l'utenza.

Gli operatori si trovano quindi a recarsi presso i domicili degli utenti con delle indicazioni di massima che riguardano le azioni da fare assieme alle persone, gli obiettivi che si vuole raggiungere con essi. La localizzazione dell'intervento sul

territorio rende il lavoro soggetto a forte manipolazioni da parte dell'utenza che si trova operatori diversi, ciascuno con il proprio carattere ed il proprio modo di lavorare, presso il proprio domicilio. In più questa è un'utenza che vive, oltre il disagio della malattia, anche il disagio derivato da altre sofferenze sociali, quali immigrazione emarginazione tossicodipendenza, esperienze carcerarie in quanto il servizio lavoro come esternalizzazione di un servizio pubblico, diretto alle situazioni più estreme della realtà romana malata di AIDS.

L'operatore svolge sia accompagni presso le strutture sanitarie come ospedali ASL, che interventi di assistenza classica come aiuto nella cura della persona, nella gestione domestica accompagni burocratici.

L'intervento in casa mira all'autonomia dell'utente, ossia a monitorare lo stato di salute, sostenerlo nella gestione delle cure dell'alloggio della spesa. L'operatore non si sostituisce all'utente ma con esso collabora in modo da poter lavorare sulla relazione con esso.

Affinché tutto ciò sia possibile deve poter sapere le finalità dell'intervento, deve poterle condividere assieme all'utenza e deve poter sapere che le azioni sono portate avanti con la necessaria coerenza rispetto al progetto.

Ad esempio, se si decide che l'utente X può andare con l'operatore per fare la spesa affinché possa inizia a muoversi, ad uscire di casa a veder persone, ad affrontare alcune sue paure, se l'intenzione è condivisa anche dall'utente, allora l'operatore che si reca presso questa persona si aspetterà che al suo arrivo succeda qualcosa del genere. Può capitare invece che la salute del paziente sia peggiorata, che lui quel giorno proprio non voglia saperne di uscire, che non apra il cancello, per cui l'operatore è costretto a fare marcia in dietro sulle aspettative dell'intervento.

Può anche accadere che l'utente gli dica che con gli altri colleghi lui non esce mai, che guardano la televisione prendono il caffè.

In tal caso l'intervento del gruppo è a rischio di una manipolazione dato che l'operatore non ha a disposizione il collega per potersi confrontare per cui dovrà decidere se provare o meno a far uscire la persona.

L'operatore si trova di continuo a dover prender decisioni in autonomia ed è importante che possa far affidamento su un ufficio, che invece è sempre contattabile, che conosca l'andamento degli interventi, come si comportano gli utenti, e che possa contattare l'utenza quando succede qualcosa che esce dall'ordinario.

Nelle situazioni in cui l'operatore capisce che viene messo in discussione l'operato del servizio, di qualche collega, o il proprio, può chiamare in ufficio per confrontarsi o far parlare la persona con un coordinatore in modo da trasferire le richieste verso dei responsabili che mediano la relazione. Questo facilita sia il lavoro di gruppo che quello quotidiano con l'utenza.

L'operatore quindi si trova sempre a dover lavorare con azioni apparentemente ben definibili, ma che di fatto assumono una forma alle volte molto lontana da quella originaria.

Bisogna poi sempre considerare che il servizio lavora principalmente sulla qualità della vita per cui non ha, a meno che non sia l'utenza a chiederlo, il fine di riabilitare persone che hanno una vita socialmente discutibile. Contemporaneamente si chiede all'utenza di rispettare il servizio non coinvolgendolo in situazioni di illegalità e di non farsi trovare sotto l'effetto delle sostanze.

L'operatore è quindi inserito, attraverso alcune regole di convivenza, nella quotidianità di persone la cui vita, ha, malgrado il miglioramento delle cure, sempre un fantasma o una realtà di precarietà d'esistenza e di emarginazione.

Per questo motivo è di comune accordo la turnazione dell'operatore dal paziente in modo da salvaguardare la professionalità di chi lavora e di tutelarla da coinvolgimenti personali eccessivi.

Malgrado il lavoro di equipe e quello di supervisione, malgrado alle volte si riescono ad ottenere risultati importanti come l'aderenza alle terapie, l'invio in comunità di un tossicodipendente, nella media il lavoro mette a dura prova la costanza e la coesione dell'intero servizio che si trova a dover ritardare gli interventi su un'utenza variegata e complessa. Gli obiettivi sono infatti apparentemente molto piccoli, fare la spesa, ottenere la collaborazione nell'aiuto domestico. Le regole del servizio permettono la definizione del ruolo dell'operatore come quello di un professionista che supporta, la condivisione dell'intervento permette all'utente di aprirsi e sfogarsi, con la contestazione, con la partecipazione, e di dare alle proprie esigenze parole utili alla formazione di una relazione di aiuto e inevitabilmente di un racconto nuovo della propria esistenza.

L'operatore è quindi l'attore di questo gioco di relazione regole e frustrazioni, ricevute date e messe in discussione che creano la relazione di dialogo.

### **Descrizione del caso**

Il caso è quello di una paziente seguita dal servizio di Assistenza Domiciliare AIDS del CeIS da circa 5 anni.

La ragazza, che al momento ha 35 anni, ha un passaporto Etiope ma è nata in Eritrea dove si parla l'Amarico, lingua che lei conosce solo in parte in quanto è di etnia Tigrin che si trova, come territorio, a cavallo con l'Etiopia. Cresciuta in un collegio di suore italiane in Etiopia, nella regione della sua lingua madre, impara anche il Tigrigno.

L'italiano lo apprende qui, dove arriva grazie all'interessamento dell'ex compagno italiano della madre che da quando l'utente è in Italia, si prende cura di lei.

La ragazza, Nancy, viene inviata al servizio dall'ospedale L.Spallanzani in seguito ad un lungo ricovero.

La scoperta della malattia è posteriore alla morte del figlio neonato in quanto nessuno sapeva dell'AIDS e gli ospedali scoprono

l'infezione, sia della madre che del figlio, quando ormai per il piccolo è troppo tardi. Al momento è in corso una causa.

Il padre del bambino è un ragazzo etiope che ora vive in Canada e che è stato il compagno di Nancy in Italia durante i primi anni della sua permanenza.

Nancy cresce in collegio in quanto la madre va in Italia per lavorare lasciando in Etiopia, oltre a Nancy, anche altri due figli maschi. Il padre della prole era il marito che però va a lavorare nei paesi arabi e poi di fatto scompare per morire in seguito alle complicazioni dovute al suo alcolismo. Stessa fine farà il figlio maggiore e dell'altro si sono perse le tracce.

Nancy cresce senza vedere praticamente mai la madre, quando questa ritorna è in condizioni pietose, sull'orlo della pazzia.

Per la situazione in cui si trova, la donna, non è certo in grado di pagare la retta al collegio per cui ad un certo punto compare la figura di un uomo italiano che paga, per un periodo, questi soldi, poi ci penserà la Madre Superiore dell'Istituto ma quando questa cambia Nancy è costretta ad andare via.

Finisce dallo zio materno dove viene messa, all'età di 7/8 anni a lavorare in un bar/albergo. Con loro vive anche la madre di Nancy oramai totalmente impazzita tra la sporcizia e le sue visioni.

Lo zio tratta la nipote da servetta e di fatto la usa come amante per lui e per alcuni suoi clienti particolari.

Nancy ha degli aborti vive ai margini della famiglia fin quando finalmente ottiene l'appoggio del patrigno, l'ex compagno italiano della madre.

Per lei si apre la possibilità di iniziare una nuova vita nel nostro paese.

Nella sua vita in Etiopia compaiono comunque ulteriori episodi di violenza, prostituzione, tentativi di fuga dalla casa dello zio e della zia, specialmente perché questa è vista da Nancy come invidiosa e cattiva, più dello zio abusante.

Nancy di fatto ha sempre avuto compagni che la picchiavano e spera, venendo in Italia, di incontrare un destino luminoso.

Della medicina tradizionale dice sempre che non ci crede che sono baggiate, lei è cristiana ortodossa e crede in un solo Dio.

Nancy è di fatto autonoma, con i conti per lo più pagati dal patrigno che sembra non essere una persona abusante, ha in Italia una sorellastra, ossia la figlia della madre con il patrigno.

Questa ragazza, quasi coetanea, è bionda ed ha un figlio, anche esso credo bianco ed è separata dal compagno, padre del piccolo.

La sorellastra non la vuole vedere e vive assieme a suo padre ed alla nonna, che però è morta di recente.

Nancy non ha a dosso i segni della malattia e non ha mai assunto, fino ad ora, con la necessaria continuità la terapia antiretrovirale (la terapia per l'AIDS).

Il servizio di Assistenza Domiciliare si occupa di portare l'utente alle visite la segue sia per gli aspetti sanitari della malattia che per quelli sociali. La ragazza infatti ha difficoltà a lavorare, ne ha cambiati molti e dice sempre di avere paura dello sguardo degli uomini, che c'è sempre qualcuno che vuole



averla o molestarla. Descrive la sua "angoscia" dello sguardo che incontra con una descrizione di tipo sintomatologico ansioso.

L'utente si relaziona principalmente con i responsabili del servizio, l'assistente sociale e lo psicologo che la segue con colloqui che sono diventati piuttosto regolari, da almeno un paio di anni.

Precedentemente lo psicologo incontrava la ragazza nelle varie case in cui lei ha vissuto.

Negli anni si è potuto vedere come con lei, ad essere funzionale ai fini dell'attenzione della ragazza alle cure mediche, all'apertura del suo sistema di vita, alla possibilità di affrontare lo sguardo dell'uomo e l'ansia, sia stata una relazione dai confini che potrebbero essere letti come eccessivamente amicali e collusivi.

Il servizio infatti ha lavorato con lei come una famiglia sociale e la coppia coordinatrice sembra assumere i tratti della coppia genitoriale. Questo ha permesso di includerla in una realtà, forse l'unica alla quale può accedere, che la considera come "affiliata" in funzione della sua malattia. L'AIDS è infatti un tabù per le comunità dell'Africa Occidentale essendo comunque espressione di una trasgressione, come abbiamo visto, innominabile.

La libertà di espressione che invece lei ha vissuto nel servizio le ha permesso di denunciare gli abusi che subiva dal suo ragazzo senegalese, e con il passare del tempo sembra anche che la sua sintomatologia ansiosa stia regredendo.

La relazione di natura sempre più terapeutica tra lei e lo psicologo vede alcuni elementi restare immutati, sia nell'intervento a domicilio che faceva all'inizio, sia nell'intervento presso la sede del servizio come succede adesso.

Gli elementi identificabili come simili sono i seguenti:

- 1) posizione attiva durante il colloquio
- 2) funzione di osservatore del pensiero della persona

Per posizione attiva durante il colloquio si intende l'uso della relazione più che la sua lettura psicoanalista. La relazione viene quindi anche agita come ad assumere un ruolo di tipo familistico, diremo noi, che in realtà diventa l'espressione di un ruolo gerarchico, se lo pensiamo rispetto all'appartenenza ad un gruppo, quello dell'Assistenza Domiciliare.

Per funzione di osservazione si intende un'interpretazione della relazione empatica. L'empatia, ossia la risonanza emotiva viene tradotta in ricerca di ciò che l'utente sta realmente comunicando. In altre parole prendere il suo posto per leggere la scena che lei vede, vuol dire, esplicitare ciò che lei non dice ma lascia intendere, ossia richiesta di essere vista ed accettata.

Nell'intervento domiciliare di natura psicologica lo psicologo si trova in un contesto nel quale la relazione ha un livello di agito tale, sia rispetto all'istituzione per la quale si sta lavorando, ossia il servizio di Assistenza Domiciliare, sia rispetto all'utente verso il quale si dirige l'intervento, che rende la

relazione di transfert fortemente agita. In questo caso sembra che tutto ciò abbia in realtà facilitato sia la relazione tra utente ed servizio, che tra utente e psicologo.

Generalmente si osserva proprio l'opposto, ossia dopo un iniziale momento di elaborazione della domanda durante il quale, oltre alle intenzioni dell'utente, si esclude il più possibile il coinvolgimento del servizio nella relazione tra persona assistita e psicologo in modo da poter avere una relazione di sostegno/psicoterapia il più efficace possibile dato che quando lo psicologo resta immischiato nelle vicende quotidiane del servizio l'intervento di sostegno peggiora fino al drop out.

Una sufficiente astinenza dello psicologo infatti garantisce il buon esito del suo intervento. In questo caso si è visto come a funzionare è proprio il coinvolgimento reale di tutte le figure. L'interrogativo sul perché è quello che ha motivato questa riflessione teorica.

### **Il trauma del fare teoria**

**TRAUMA:** dal latino trauma e dal greco trayma, perforamento attraverso esso

**TRAMA:** da trameare o transmeare, passare al di là, composto da trans oltre, e meare passare.

Brunella Greco, sociologa del Centro Studi dell'Associazione Panafricana di Roma parlando della cultura alimentare dell'Etiopia scrive:

*"l'Etiopia è la patria del caffè (il cui nome deriva proprio dalla provincia etiopica di Kaffa) ed esso costituisce uno dei cardini dell'economia del paese. La storia della sua diffusione, da pianta conosciuta solo sul posto a prodotto universale, non è stata ancora completamente ricostruita, ma è ricca di interesse..L'assunzione del caffè, in Etiopia, è accompagnata da un preciso cerimoniale che viene eseguito ad arte in tutte le case e ad ogni "rito" bisogna bere le tre rituali tazzine. Alcuni autori sottolineano il carattere "magico" di questo rituale: "Il rito del caffè invoca degli spiriti: ogni giorno ha il suo folletto. Il sabato appare lo spirito capace di pacificare le persone in lite, in altri giorni della settimana si cerca, con il caffè, di sconfiggere le malattie o di chiedere l'arrivo dei figli" (Semplici A., 1996: 127).*

Nancy è una ragazza etiope di etnia Tigrin, ha 35 anni e da 8 vive in Italia.

La sua storia affonda le radici in ciò che in Europa si direbbe essere il trauma dell'abbandono e della violenza. Cresciuta in un orfanotrofio gestito da suore italiane, con la madre naturale in Italia per lavoro che torna pazza in Etiopia, il padre che va via con un'altra famiglia, dei due fratelli uno muore per alcolismo e l'altro sembra impazzire e scomparire. Nancy stessa finisce, attorno ai 7/8 anni da uno zio che la obbliga a prostituirsi, con

lui e con alcuni suoi clienti. Trattata da servetta finisce anche maltrattata e seviziata dalla polizia che la crede coinvolta in un furto. A questo punto il quadro del trauma, se per esso si intende l'effetto di una sovrastimolazione su di un soggetto, si definisce in maniera istantanea, soprattutto se al lungo elenco di "traumi" si aggiunge il fatto che la nostra paziente vive il suo essere vittima e in AIDS con alle spalle un figlio nato e poi morto dopo pochi mesi, dei compagni di vita violenti che l'hanno sempre picchiata, e una difficoltà ad uscire da sola. Nancy infatti incontra lo sguardo dell'uomo sull'autobus, in metro, e ne sfugge come giudicata, come in colpa di un reo.

L'immagine che si definisce è quindi quella della vittima e l'Europa l'accoglie con un padrino, l'ex compagno italiano della madre, che si prende cura di lei, il Servizio Sanitario Nazionale che le dà i farmaci per l'AIDS e l'Assistenza Domiciliare che diventa la sua nuova famiglia sociale.

La malattia che ha le permette di avere, sostanzialmente, un mediatore sociale tra l'etnia di origine, che vive il tabù dell'AIDS, e quella Italiana che pur vivendo anche essa la paura verso questa malattia, fornisce assistenza a chi ne è affetto.

F. Mele, Psicoterapeuta responsabile dell'Istituto della Famiglia del Ce.I.S. nonché supervisore del servizio di Psicologia dell'Assistenza Domiciliare AIDS scrive:

*"Lo spazio terapeutico, i centri di accoglienza, le comunità terapeutiche, i centri psico-socio-educativi costituiscono i luoghi dell'ospitalità narrativa ... L'ospitante - operatore, il maestro, il conduttore di gruppo, anche il funzionario pubblico o privato - deve essere consapevole che la sua funzione è transitoria ed effimera perché non è lui il padrone assoluto dello spazio occupato, anche lui è un ospite ospitante ... La funzione dell'operatore nell'ottica descritta è quella di creare le condizioni perché si realizzi il racconto. Il luogo della terapia individuale o di gruppo è il luogo dell'ospitalità narrativa, il luogo dove il racconto viene accolto, ascoltato ed organizzato con un inizio uno sviluppo centrale e una fine"*

In questo senso è possibile pensare il Servizio di Assistenza Domiciliare come un intervento di Setting, se per setting intendiamo la definizione di un luogo con regole atte a delineare uno spazio di "cura", spazio che per questa paziente viene condiviso anche dall'intervento di Psicoterapia.

La prima questione che si raccoglie è quella del chiedersi se si può parlare, in questo caso, di trauma ed in che modo.

Chi ha avuto esperienza con le prime generazioni di immigrazione africana conosce la loro reticenza ad aprirsi, a parlare dei loro sentimenti affetti emozioni, il timore di finire tra coloro i quali vengono definiti come diversi, ossia tossici pazzi malati di AIDS, rende la relazione con l'offerta di aiuto molto complessa difficile e pericolosamente traumatica.

Il Semi scrive nel suo Trattato di Psicoanalisi, a proposito del trauma della teoria "che essa rappresenta, a un tempo, una necessità ed una violenza, e contro di essa si oppongono le più aspre resistenze. Non è un caso giacché la teoria in qualche modo

*rompe dall'esterno il guscio dal quale l'inconscio è circondato e consente di vedere ciò che sta di là. Orbene, proprio in ciò, nell'effrazione di un guscio di una pellicola, una membrana una barriera, sta il trauma".*

Ritengo che nell'effrazione, nella rottura, risieda la parola utile a comprendere, anche il fare teoria su questo caso.

Il postulato che eventi e psiche siano in relazione, ossia che un fatto esterno reale o fantasmatico possa perforare le difese del soggetto impedendo o ostacolando ad esso il cammino evolutivo disegna, di fatto, il setting terapeutico.

Il rapporto è principalmente tra il soggetto e l'evento e la terapia mira a far emergere il fantasma e a permettere un processo di simbolizzazione di quanto è accaduto. La relazione è quindi a tre, tra il soggetto sintomatico, quello interno inconscio ed il transfert con il terapeuta come riedizione osservabile e quindi elaborabile del fantasma.

Il setting permette all'inconscio di mostrare una parte di se che la presenza di un terzo aiuta a rappresentare.

Nella stanza della terapia entra la società che ci circonda attraverso il romanzo familiare del soggetto che abbiamo davanti che inevitabilmente si interfacerà con il nostro, presumibilmente analizzato.

Ma cosa succede quando nella stanza entrano due, chiamiamole, etnie profondamente diverse?

Quando l'etnia viene dall'Africa, dalla città della regina di Saba, l'inconscio è appartenente all'esterno, alla natura, non come simbolo di un Edipo, ma come entità capace di forze sugli umani. La malattia è un'uscita dal gruppo originario le cui tutele da queste forze, non funzionano più. Quando la sofferenza si esprime in quello che noi chiamiamo sintomo, si interpella un terzo che media tra tutti i gruppi coinvolgibili (ad esempio esiste un gruppo sociale per i gemelli, compresi quelli che si presume abbiano divorato il proprio simile già nella pancia della madre per cui nessuno ne era a conoscenza) e risolve la questione dell'appartenenza trovando nuovi gruppi adatti a proteggere il soggetto, costui è colui che è in contatto con il mondo degli invisibili (*Per un approfondimento si suggerisce "Antropologia della cura" a cura di Roberto beneduce e Elisabeth Ruodinesco Bollati Boringhieri 2005*).

Nel migrante, a giocare è la questione dell'appartenenza, del destino attraverso una trama, che come in un film, spiega la vera storia che non poteva essere vista e quindi la vera appartenenza del soggetto ad un nuovo gruppo, perlomeno quello dei migranti in cerca di aiuto (cfr T. Nathan *"Medici e stregoni"* Bollati Boringhieri 1998).

A questo punto l'invito è quello, seppur forse traumatico, di lasciare per un momento la formula Lacaniana del fantasma, così come le fascinazioni a cui ci sottopongono i migranti, per pensare la relazione con il soggetto diverso che abbiamo di fronte.

Tobie Nathan, Psicoanalista francese e professore dell'Università Paris VIII dove dirige il Centre Georges Devereux per l'aiuto psicologico alle famiglie immigrate scrive, in *Medici e Stregoni*

"... che quando il detentore del sapere nascosto procede ad una divinazione, il suo obiettivo implicito è quello di rilevare ai malati delle appartenenze insospettite e dunque, in definitiva, di assegnarli ad un gruppo".

Lo stregone ha quindi la capacità di vedere ed entrare in relazione con ciò che non si vede, il mondo degli invisibili, e quindi poter indirizzare il sofferente al gruppo che lo sta reclamando perché la sua origine e la sua storia sono diverse da quelle che la vita gli ha mostrato fin ora. In altre parole il trauma dell'esclusione vissuto attraverso il sintomo diventa trama per passare al di là, in un nuovo gruppo che accoglierà il soggetto.

Questo significa che l'inconscio non è individuale così come lo viviamo noi, ma collettivo, esternalizzato.

L'effrazione traumatica è quindi un evento o un segnale che spezza il legame con il gruppo originario ma al tempo stesso può generare un passaggio verso un'altra appartenenza o una nuova strutturazione dei legami interni al gruppo.

Questo comporta una funzione diversa per il terapeuta, che certo non è uno stregone e difficilmente ha le conoscenze etniche e le risorse sociali a cui Tobie Nathan attinge per organizzare i suoi gruppi.

In essi sono presenti mediatori culturali analisti, persone di etnie diverse ed il processo di chiarificazione della trama del paziente si sviluppa attraverso l'esplorazione delle diverse ipotesi e attraverso il coinvolgimento di una "comunità" curante che richiama, anche fisicamente, famigliari stregoni e riti di terre lontane.

Nel caso clinico che si sta esponendo abbiamo ovviamente un altro elemento su cui fare alcune considerazioni, l'AIDS in Africa e come questa malattia si interseca al tessuto sociale di quei luoghi.

Ivo Quaranta, antropologo e docente presso l'Università di Bologna, scrive, a proposito della relazione tra AIDS corpo potere e malattia che:

*"La nozione di soggetto non è dunque individualizzata, libera da vincoli, ma è invece definita attraverso il suo inserimento nel corpo sociale".*

Corpo sociale che è quello del soggetto la cui sofferenza, il cui dimagrimento, ad esempio, hanno precise connotazioni sociali di effrazione alla regola, all'ordine delle cose e delle gerarchie.

Queste articolano e regolano il passaggio e l'incremento di un concetto che comunemente, nell'Africa Occidentale, può essere identificato nel cosiddetto *sém*. La parola indica la sostanza che legittima l'eredità gerarchica, il potere la possibilità di prendere moglie, il clan. Tradizionalmente le famiglie accumulano *sém* attraverso il rapporto con l'alterità, ossia con ciò che è diverso, come un'altra famiglia con cui concordare un matrimonio, come tessere relazioni con i colonizzatori europei, come il possedere i loro oggetti.

Chi infrange le regole che gestiscono la relazione tra sessualità e potere spreca *sém*, e diventa una persona malata che contagia le

altre persone con cui ha rapporti sessuali in quanto oramai illegittimi. Il dimagrimento, sintomo generico dell'AIDS va ad iscriversi nel corpo del malato come si inscrivono anche altre patologie sociali legate alla sessualità; d'altronde anche l'AIDS si trasmette per via sessuale. L'emarginazione che vive il malato è quindi fortissima e gli altri finiscono per evitarlo anche nei contatti della vita quotidiana.

In questa ottica l'AIDS è di fatto una malattia che assume la connotazione esteriore di altre sofferenze sociali già conosciute alle culture tradizionali locali, si dimagrisce infatti fino alla morte per diverse ragioni.

L'infezione diventa quindi causata dal comportamento sessuale destabilizzante l'ordine delle cose, come avere un rapporto sessuale con un consanguineo, appropriarsi di un traffico economico che non si ha il diritto di intraprendere e così via.

Le popolazioni di questa regione del mondo vivono quindi una società che assorbe l'infezione dell'HIV assorbendo ed in parte cambiando i propri assetti sociali in un percorso evolutivo di "incorporazione" della malattia nel sociale dandole specificità proprie, come il pensiero che l'AIDS sia stata portata dall'occidente con il fine di destabilizzare l'ordine delle cose, come il pensare che sia solo una manovra politica.

L'AIDS diventa quindi un fenomeno inscrivibile nella società di origine del migrante in maniera diversa da come si iscrive nella società italiana.

L'origine etnica, territoriale ed antropologica del paziente va tenuta in considerazione per poter restituire la possibilità, alla storia del soggetto di essere raccontata secondo un obiettivo di integrazione e non di esclusione o giudizio.

Tornando all'intervento dell'Assistenza Domiciliare, considerando che non dispone di tutte le risorse umane e di setting usate da T. Nathan, risulta opportuno chiedersi quale può essere la sua funzione curante, per cui nel caso di Nancy, anche se non è certo un caso concluso, possiamo rintracciare degli elementi "funzionali".

### **Ipotesi e osservazioni cliniche**

*Possibili fattori terapeutici dell'intervento trans etnico:*

- 1) Gruppo che prende in carico la persona attraverso la restituzione di un luogo narrativo
- 2) Psicologo con ruolo attivo nella gestione dell'intervento sociale
- 3) Setting psicoterapeutico come luogo del pensiero rifiutato dalla società ospitante
- 4) Funzione dello psicoterapeuta come attore di transfert (piuttosto che rappresentante di esso)

- 1) Gruppo che prende in carico la persona attraverso la restituzione di luogo narrativo

Innanzitutto lei è dentro un gruppo che ha prescrizioni (prelievi terapie visite di controllo), una gerarchia ed un riconoscimento sociale, ossia l'Assistenza Domiciliare alla quale accede per un suo sintomo, l'AIDS. In essa lei ha un punto di riferimento stabile, ossia lo psicologo. Questa è infatti l'unica figura di riferimento realmente stabile in un servizio che negli ultimi 6 anni ha cambiato 3 Assistenti Sociali coordinatori e molti operatori. All'interno di questo gruppo l'AIDS è il motivo dell'inclusione dei pazienti e i componenti dell'assistenza non vivono il Tabù della malattia. L'identità restituita è quella della persona in AIDS, identità che il servizio è tenuto a tenere nascosta al resto della società non coinvolta nel processo di aiuto.

## *2) Psicologo con ruolo attivo nella gestione dell'intervento sociale*

Nei sei anni di intervento con l'utente lo psicologo ha avuto un ruolo che è cambiato nel tempo. Inizialmente infatti il lavoro con la ragazza si è svolto per lo più presso il suo domicilio. Questo ha permesso la conoscenza reale di quello che accadeva giornalmente nella vita della ragazza. La condivisione di spazi e momenti ha facilitato la conoscenza reciproca permettendo un grado di intimità con il maschile rappresentato dal professionista. Il ruolo attivo di coordinatore del servizio ricoperto dallo psicologo ha permesso di gestire il confine tra utente e psicologo. Essendo quest'ultimo legittimato a gestire autonomamente il proprio tempo può decidere come e quando incontrare le persone senza per questo interferire con il lavoro dell'operatore il quale ha invece una programmazione fissata dal coordinamento stesso. Di fatto, malgrado la discutibilità del recarsi a domicilio della persona per fornire un sostegno, resta definita una distanza derivata dal ruolo del professionista che potendo farlo per mandato istituzionale non può farlo per motivi personali. Lo psicologo, assieme all'Assistente Sociale hanno accompagnato la paziente al momento sia della denuncia per aggressione del compagno, sia al momento di recarsi presso gli ospedali per la certificazione delle aggressioni subite. Questo ha permesso alla paziente di identificare persone di riferimento a cui poter affidare ciò che ancora non si permette di dire.

## *3) Setting psicoterapeutico come luogo del pensiero rifiutato dalla società occidentale*

In questo caso i setting terapeutici sono almeno due. Il primo presso il domicilio dell'utente, luogo dove sono avvenuti alcuni dei passaggi psicoterapeuticamente importanti, se per psicoterapeutico si intende una relazione funzionale alla cura ed a un percorso di sviluppo dell'autonomia. In questo primo momento, parliamo dei primi tre anni di intervento, gli incontri tra psicologo e utente si sono svolti sia a domicilio che presso la sede del CeIS. Sono identificabili due momenti di svolta. Il primo nel secondo anno di lavoro, allora la ragazza parla degli abusi subiti in tenera età, dello zio e delle violenze subite assieme

alla prostituzione. Lo fa prima con un operatrice e poi si confida con lo Psicologo e sperimenta la possibilità di parlare di se senza essere giudicata anche davanti ad un uomo. Il secondo momento, vede lo Psicologo prendere una parte attiva, intuisce che la ragazza, nel dire che fa fatica ad addormentarsi, in realtà parla del fatto che di notte vede e dialoga con il figlio morto per cui non riesce ad addormentarsi. La restituzione di questa intuizione rende la ragazza libera di parlare di qualcosa, ossia le presenze che albergano i suoi discorsi interiori e le sue "visioni", che ora diventano comunicabili e non solo persecutori. Le allucinazioni in realtà con il tempo diventano visioni, acquisendo una connotazione sempre meno persecutoria fino a diventare i racconti del suo passato che si intersecano con la tradizione magica dell'Africa. Negli ultimi tre anni la ragazza si reca presso la sede del CeIS per i colloqui con lo psicologo. Questo spazio diventa il luogo dove la paura del suo passato sentito come persecutorio si trasforma, con il tempo in racconto.

*"...stò facendo la terapia, ormai non mi vergogno più, lo dico e te e poi lo dico anche al medico domani, la sera a volte faccio la pipì a letto come i bambini, faccio sogni brutti(gli incubi sono un effetto collaterale della terapia per l'AIDS che la ragazza assume al momento)...mi ricordo di quando con la Zia, quella che vive in Italia, portammo mia madre alla fonte dell'acqua santa, quella che cura le malattie pure l'AIDS dicono, lei strillava! Io avevo paura (aveva circa 14 anni) e non credevo agli stregoni dove la zia portava mia madre...queste cose le dico solo qui...quando vengo qui te ne parlo, come fossi un fratello più grande e non mi vergogno..."*.

Il ricordo affiora nel momento in cui lo psicologo, sentendo dei sogni e dell'enuresi notturna dice che in Italia, per dire che si ha tanta paura, si usa "mi sono pisciato sotto dalla paura".

In questo breve passaggio, tratto da una seduta di Gennaio 2009, si mostrano due grandi passi avanti, il primo riguarda la vergogna, parlare con lo psicologo le permette di parlare al medico (la ragazza infatti tende a celare ogni sintomo, l'intuizione del disagio è parte della cura, ma questo verrà spiegato meglio nel prossimo paragrafo), il secondo è il fatto che sta seguendo, per la prima volta, la cura antiretrovirale (la terapia contro l'AIDS).

Questo segna il passaggio al gruppo dell'Assistenza Domiciliare, l'unico luogo dove la sua storia "magica" può essere ascoltata grazie alla patologia di base che l'infezione da HIV.

#### *4) Funzione dello psicoterapeuta come attore di transfert (piuttosto che rappresentante di esso)*

Questa è l'ipotesi che necessita un'esplorazione maggiore.

Nelle culture in cui la malattia non costituisce di per se un evento di esclusione, ma come abbiamo visto di inclusione in un altro gruppo sociale o il ristabilirsi di un nuovo assetto all'interno di quello di origine, è osservabile come tutto questo rappresenti, nel senso anche psicoanalitico del termine, l'attraversamento di una legge che, o è stata trasgredita o non è



stata letta. La legge è quella sociale, dell'organizzazione delle trame che legano o bloccano i rapporti tra persone (cfr Andreas Zepléni "Potere nella cura e potere sociale" in "Antropologia della cura" R. Beneduce E. Ruodinesco Boringhieri 2005).

La trasgressione della legge, intendendo anche l'errata lettura di un evento come il nome da dare ad un bambino appena nato, può dare origine a mali che necessitano di un intermediario. La legge trasgredita è un rappresentante da individuare attraversare per dare origine alla cura.

L'intermediario è, in queste culture, colui che è in contatto con gli invisibili.

Nel caso di Nancy appare una madre che impazzisce, ossia trasgredisce in maniera consapevole o meno a delle leggi. Lei va in Italia e lascia i figli in collegio, lei ha un'unione con un bianco va a ballare esce la sera. La sua pazzia, sembra posseduta, non trova cura dai vari maghi e stregoni che la vedono in patria, si può quindi ipotizzare che lei abbia infranto un grosso tabù, la figlia infatti ha l'AIDS, una malattia assolutamente escludente dalla società Etiopica/Eritrea. Nancy parla spesso delle sette generazioni che vengono investite dalle maledizioni. La migrante che abbiamo di fronte si trova, per storia personale, lei infatti nasce in Africa dove cresce in un collegio italiano, ad essere a cavallo tra la cultura d'origine e quella ospitante. Venire qui rappresenta per lei trovare una nuova appartenenza che possa darle una nuova vita. La malattia però la riporta inevitabilmente in un altro ghetto, simile per quanto riguarda la vergogna, a quello di partenza.

La funzione dello psicoterapeuta diventa quella di osservare, assieme alla ragazza, la trama della sua sofferenza in modo da dare a lei una collocazione nel paese ospitante. Il "fantasma" è nella trama, ossia la storia che non può essere raccontata se non a colui che la sa vedere. Questa persona è riconosciuta dalla ragazza nello psicologo che la segue e l'ha potuta vedere, aiutare e conoscere, proprio nella diversità.

Il fantasma quindi non è rappresentato dal terapeuta, bensì lui ne è l'attore se con questa parola intendiamo rifarci alla sua etimologia. Attore infatti deriva da Actus, participio passato di Agere, mettere in moto far andare innanzi operare porre in azione. L'attore quindi non recita, non rappresenta, mette in azione la parte dell'osservatore. La sua è una funzione di intuizione e ricerca che assieme alla collaborazione della paziente descrive la trama, per così dire, occulta nel senso di tenuta nascosta perché indicibile. L'ascolto permette il racconto e la presa di parole di una storia che altrimenti si esprime attraverso il sintomo, visioni persecutorie, mancanza di ossigeno, paura dello sguardo dell'altro. In sostanza paura che il passato della madre la prenda attraverso gli occhi degli altri.

L'esterno, di cui il terapeuta è attore di mediazione, diventa accessibile e la relazione è di cura.

Se si prende ad esempio il breve trascritto citato per spiegare il punto 3 e lo si contestualizza, è possibile affrontare la questione sia della collusione che della funzione del terapeuta.

In quel passaggio troviamo un'affermazione particolare, ossia la paziente che dice di vedere il terapeuta come un fratello maggiore. Questa affermazione non viene usata per elaborare il transfert e può quindi apparire un elemento di collusione.

Chi è questo fratello e cosa gli si vorrebbe dire, sono domande e quesiti che probabilmente rappresentano un ulteriore traguardo in quanto vorrebbe dire che il linguaggio interno della paziente inizia a coincidere con quello dello psicoterapeuta.

In realtà ci troviamo in un momento in cui ad essere svelata è solo una parte della trama che sottende il suo arrivo in Italia.

Il linguaggio è ancora fortemente ancorato al gruppo di provenienza in cui il fratello maggiore ha un ruolo di responsabilità forte verso la sorella minore, responsabilità e controllo.

Questo vuol dire anche accesso alle storie occultate dai suoi racconti per cui il terapeuta legge l'affermazione come un'alleanza terapeutica piuttosto che una manipolazione. In più questa viene fatta quando la ragazza lega la vergogna alla paura.

Lei infatti ricorda gli stregoni e i tentativi di curare la sofferenza della madre con un'acqua magica. La paura che la magia possa levarle ciò che ha adesso, ossia una residenza in Italia, la casa il padrigno ecc. acquisisce delle parole.

Alla fine della seduta la paziente dice anche che finalmente può attraversare quel semaforo che fino a ieri evitava perché aveva paura degli sguardi degli automobilisti.

Altro elemento da considerare è il pagamento simbolico che la ragazza fa. A fine seduta lei ripaga lo psicologo con una sigaretta. L'accordo è esplicito ed inizia ad attuarsi quando il professionista parla del fatto che la terapia ha sempre un prezzo, anche quando a pagare è il comune di Roma. Questo ha generato tensioni ma anche il riconoscimento delle parti per cui adesso a lei spetta questo piccolo gesto. Dopo poche settimane la ragazza inizia a rinunciare alla presenza del ragazzo senegalese e lo denuncia alla Polizia.

Un'altra osservazione è proprio quella che lega il ricordo del passato all'intervento dello psicologo sulla paura. La ragazza infatti è a conoscenza degli effetti collaterali dei farmaci che prende e sa che gli incubi e l'enuresi possono essere collegati a loro, ma l'intervento psicoterapeutico è fatto secondo il seguente pensiero:

"...se mi racconti della pipì a letto e dei farmaci che prendi mi stai anche raccontando di una cura del passato che faceva paura e se io la vedo tu la puoi raccontare e quindi negarne l'azione sulla tua esistenza..."

Se l'interpretazione è azzeccata l'utente parlerà di qualcosa che non è raccontabile ad altri, altrimenti il colloquio continuerà alla ricerca di un'altra informazione da usare con questo scopo.

La finalità non è esclusivamente, verrebbe da dire, catartica, ma di costruzione di trama.

L'amica della madre di cui si parla nel ricordo è una donna che compare solo di recente nei racconti di Nancy, questa signora è

infatti piuttosto attaccata alla medicina tradizionale e lei la vede come mezza matta.

Il vero ruolo di questa persona all'interno della storia di Nancy inizia a descriversi solo ora, lei infatti era in Italia quando la madre dell'utente impazziva, loro sono tornate insieme in Etiopia ed a distanza di anni la accompagna degli stregoni.

Probabilmente è stata lei a contattare il padrino di Nancy per salvare la ragazza da chissà quale maledizione a cui l'utente non sembra credere del tutto.

Inizia a diventare parlabile anche la trama, ossia la possibilità di vivere un'esperienza di libertà rispetto alla condanna dell'indicibile. Non siamo nella dimensione della catarsi ma dell'elaborazione, la funzione dello psicoterapeuta è di Attore della trama assieme alla ragazza. Può farlo per la particolarità del ruolo sociale che ricopre, è esperto della cura e protegge il segreto dell'utente, l'AIDS, segreto che è però condiviso all'interno del gruppo di appartenenza. In questo gruppo ci sono "sorelle" ossia le operatrici, e "fratelli maggiori" i coordinatori.

D'altronde si sa, spesso i neri tra di loro si chiamano fratelli, per cui è anche lecito supporre che questo sia il vero significante della parola per la ragazza, ossia un senso di appartenenza legato all'origine della terra e non alla fratria edipica.

A questo punto la trama che sottende ad una possibile relazione tra la sua condizione esistenziale e la pazzia della madre che ha abbandonato i figli per l'Italia, è una storia ancora da scoprire e non è detto che Nancy non la conosca ...

Viene quindi spontaneo, riprendendo le parole di Brunella Greco sulla tradizione del caffè in Etiopia, dire che bisognerà prenderne ancora molti altri con Nancy per trovare il folletto giusto.

## Bibliografia

- BENEDUCE R. ROUDINESCO E. "Potere nella cura e potere sociale" in "Antropologia della cura" Boringhieri 2005
- DE MARTINO Ernesto *Furore, simbolo valore*. Il Saggiatore, Milano, 1962 Ried. Feltrinelli, Milano, 1980
- DE MARTINO Ernesto *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*. Boringhieri, Torino, 1973, 1978
- DE MARTINO Ernesto *La fine del mondo*. Einaudi, Torino, 1977
- DEVEREUX Georges *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, Paris, 1970-1973-1977
- DEVEREUX Georges. *Ethnopsychanalyse Complementariste*, Flammarion, Paris, 1972, 1985
- DEVEREUX George *Saggi di etnopsichiatria*. Armando, Roma, 1978
- GRECO Brunella Centro Studi dell'Associazione Panafrica Roma "Introduzione alla cultura alimentare dell'Etiopia"
- DON M. PICCHI Edizioni Ce.I.S. Roma 2007 "Progetto uomo nel terzo Millennio"
- MELE Francisco Franco Angeli Milano 2001 "Io diviso Io riunito" pag. 20
- NATHAN Tobie. *L'influence qui guerit* Odile Jacob, Paris, 1994
- NATHAN Tobie. *Principi di etnopsicoanalisi*. Bollati Boringhieri, Torino, 1996
- NATHAN Tobie, STENGERS Isabelle. *Medici e Stregoni* Bollati Boringhieri, Torino, 1996
- INGLESE S., CARDAMONE G., ZORZETTO S. "Djon djongonon. Psicopatologia e salute mentale nelle società multiculturali" Colibri Edizione 1999
- INGLESE S. PICCARINI C. *Psichiatria oltre frontiera. Viaggio intorno alle sindromi culturalmente ordinate* Utet Div, Scienze Mediche
- QUARANTA Ivo "Corpo potere e malattia – Antropologia e AIDS nei Grassfields del Camerun" Meltemi Roma 2006
- RISSO Michele, BÖKER Wolfgang. *Verhexungswahn* Karger, Basel - New York, 1964
- RISSO Michele, BÖKER Wolfgang. *Delusions of witchcraft. A cross cultural study* Brit.Journ. of Psychiat vol.114, 963-972, 1968
- RISSO Michele, BÖKER Wolfgang. *Sortilegio e delirio. Psicopatologia dell'emigrazione in prospettiva transculturale*, curatori LLanternari V.
- ROUCHY JEAN CLAUDE "Dall'Interculturale al transculturale" in Gruppi Vol.3 Maggio/Agosto 2001
- WITTKOVER Eric D. *Perspectives de psychiatrie transculturelle*. Inf. Psychiat. 40, 521, 1964
- WITTKOVER Eric D. FRIEND J. *Some Problems of Transcultural Psychiatry*. Int. J. of Soc. Psych., 3, 245, 1958
- WITTKOVER Eric D. WINTROB R. *Witchcraft in Liberia and its Psychiatric Implications*. In Lesse S. (ed.) "An Evaluation of the Results of Psychotherapies". Charles C. Thomas, Springfield Illinois, 1968
- WITTKOVER Eric D. WEIDMAN H.H. *Magic, Witchcraft and Sorcery in Relation to Mental Health and Mental Disorder*. Top. Prob. Psychiat. Neurol., 8, 164-184, 1969