

Mario Pesce, Lavinia Bianchi¹

**DISAGIO CULTURALE (PERSI) NEL PAESE DI APPRODO
MSNA RELAZIONE DI CURA E TRANSCULTURALISMO**

ABSTRACT. La migrazione, intesa come fatto sociale totale, porta con sé donne e uomini con istanze e bisogni diversi e con universi di significati spaesanti. Nel paese di approdo si evidenziano processi conflittuali e microtraumi quotidiani psicofisici. Da un punto di vista psicologico e antropologico, si evidenzia come in tal modo ci si sposti da una visione del trauma come evento unico caratterizzato da ‘violenza’ per la struttura psichica e sociale a una visione del trauma come serie di eventi, ispirata al trauma cumulativo (Khan, 1979) con un approccio post-coloniale. L'intervento intende dar conto del trauma migratorio nel paese di approdo, attraverso la narrazione di un minore straniero non accompagnato (MSNA) convinto di essere vittima dei *Jinn* e di come tale trauma si palesi e si sviluppi attraverso tratti culturali propri del migrante. L'attenzione, per comprendere le ragioni culturali e sociali del trauma, è filtrata

¹ Sono da attribuire a Mario Pesce i paragrafi: dentro le culture, dentro il “sortilegio”; Coloniale e post-coloniale. Dallo zucchero raffinato allo zucchero di canna; Il primato della parola: le voci degli *Altri* devono essere libere. Dall' istituzione totalizzante all'istituzione dialogante. Sono da attribuire a Lavinia Bianchi i paragrafi: Introduzione; Il migrante è il suo corpo; la storia di Frantz

dal costrutto di Fanon di *variabile religiosa e variabile culturale* per cogliere come tale disagio nasca, si sviluppi, emerga esso stesso e faccia emergere altri tipi di sofferenze, e di come trovare le contromisure per far diminuire tali traumi nel corpo, nella psiche e nel contesto sociale.

Il corpo è manifestazione del dolore perché “è il primo e il più naturale strumento dell'uomo” (Mauss, 1936) e soprattutto il corpo è il luogo antropologico per eccellenza, luogo della socializzazione e della capacità inclusiva ed esclusiva dell'uomo. Se possiamo comprendere le ragioni sociali di un disagio, possiamo, attraverso l'etnografia pubblica (Tedlock, 2005), migliorare approcci terapeutici nella relazione di cura transculturale.

Parole Chiave: Diaspora, Disagio Metale, MSNA (Miosri Stranieri Non accompagnati), Teroia Post-Coloniale, Antropologia Medica.

RESUME. The migration understood as a social fact includes women and men with different instances and needs. Conflictual processes and specific, daily microtrauma are observed in landing countries. Starting from psychological and anthropological view, it can be observed, in a such way, how the vision of the trauma is characterized as the only event by "violence". both for physical and social structure to a vision of trauma as a series of events, drawn inspiration by

the cumulative traume (Khan, 1979) with a post colonial approach. The action contributes to underline also the immigration trauma in landing countries which will be felt by a foreign unaccompanied minor (MSNA) which will be convinced to be a victim of *Jinns*, and it's obvious that such trauma is developed through cultural, typical traits of the migrants. We use the Fanon's category "spiritual, cultural and religious variables" to guess as born such discomfort which is then found in body, mind and social context. The body is man's first and most natural instrument (Mauss,1936) and the same is therefore home for the primary socialization, and social or unsocial equality. If we are able to understand the social facts of a discomfort, we can through the public ethnography (Tedlock, 2005) to improve therapy approaches in the transcultural relation care.

Key Words: Diaspora, Mental Illness, UISM (Unaccompanied Immigrant Minors), Post-Colonial Theory, Medical Anthropology.

Introduzione

In questo contributo manifestiamo cura e attenzione, proprie dello sguardo post-coloniale, a non avere ansie classificatorie e a non prendere in considerazione le

origini dell'etnopsichiatria perché parlare delle origini e degli sviluppi dell'etnopsichiatria significa ,di fatto, ritornare alla psichiatria coloniale, alla rappresentazione che essa diede dell'*Altro* colonizzato, dei suoi deliri e delle sue credenze, della sua mente “primitiva” e alle teorie che gli antropologi andarono costruendo intorno alla famiglia africana, alle presunte conseguenze traumatiche di uno svezzamento improvviso quanto tardivo, all'etnicità, ai poteri rituali. In questo senso, l'antropologia, nel corso degli stessi anni, talvolta ha contribuito a correggere o a dissolvere gli stereotipi e i malintesi degli psichiatri coloniali.

Per prendere in considerazione il rapporto fra malattia mentale e cultura, all'interno di un orizzonte oggi radicalmente mutato, tanto sotto il profilo storico quanto epistemologico, daremo conto, nella prima parte del saggio, del posizionamento dei ricercatori davanti alle problematiche della cura del disagio delle persone migranti e, nella seconda parte, di un caso di studio relativo alla risoluzione di una problematica con un Minori Stranieri non accompagnati (MSNA).

1. Dentro le culture, dentro il “sortilegio”

Il problema della società attuale, relativista nel senso di individualista e non nella categoria cara agli antropologi, è la mancanza di dialogo. Le persone si ascoltano velocemente e, il più delle volte, aspettano solo il momento di poter dire la loro senza ascoltare veramente gli altri. Quello che manca è la capacità di ascoltare. Ascoltare le persone a noi vicine come quelle, culturalmente, lontane. Ma la questione più profonda è nel capire l'*altro*. *Altro* come diverso e uguale; *Altro* rappresentazione simbolica di un passato che si ha paura che ritorni; *Altro* visto come *capro espiatorio* (Villa 2015) fonte di dissenso, caos e contaminazione.

In questa prospettiva, e in una visione neo-colonialista (Latouche 1992) e in una società *sur-moderna* (Augé, 2000), si utilizzano categorie occidentali, ritenute oggettivamente traslabili a tutte le popolazioni e culture della terra. In questo senso l'idea che si possa prendere il concetto di disagio mentale occidentale e considerarlo valido per le donne e gli uomini adulti e per i minori che arrivano in Italia diventa pura follia. Da qui la necessità di entrare e conoscere le diverse culture e soprattutto le persone portatrici di tratti culturali specifici ma di “vedere” e non solo “guardare” la profondità dei disagi. Disagi che, per i

migranti, hanno valenza culturale e religiosa, dovuti a shock culturali, *post traumatic stress disorder*, vari tipi di stati depressivi, scissioni e ambivalenze. Valenza culturale e religiosa, e alla sua interpretazione e conoscenza, che Frantz Fanon ritiene alla base della riuscita del lavoro terapeutico sui pazienti non europei.

2. Coloniale e post-coloniale. Dallo zucchero raffinato allo zucchero di canna

Il lavoro dello psichiatra di origine martinicana, attuale nella sua portata innovativa, va visto sotto la duplice ottica del lavoro culturale e sociale. La sua attenta analisi dei processi e dei meccanismi mentali dei neri e dei migranti lo ha portato a comprendere che i fallimenti con i pazienti musulmani nell'ospedale psichiatrico di Blida deriva dalla mancanza di conoscenza approfondita della cultura di chi ha davanti. Ovvero: le istituzioni occidentali e i mezzi di cura occidentali poco si connettono con il tessuto culturale, sociale e di cura delle popolazioni altre in generale e di quella degli algerini musulmani in particolare.

Fanon (2008) sostiene:

“come psicoanalista devo aiutare il mio paziente a portare alla coscienza il suo inconscio, a non tentare più una lattificazione (*parvenza bianca, sbiancamento, ossessione bianca*) allucinatoria, *ma devo anche cercare di attivarlo nella direzione di un suo cambiamento e nelle strutture sociali.*” (Pag. 78)²

Il rischio è di reificare modalità di pensiero e interpretazioni che non restituiscono voce al paziente. Il monito, sempre presente, è quello di dire: i migranti pensano a modo loro; oppure: il paziente, straniero e che quindi non comprende che lo vogliamo aiutare, non pensa come dovrebbe. Sembra quasi di rileggere le parole di Bronislaw K. Malinowski (2011) quando sostiene che: i trobriandesi pensano che. Forme, non troppo velate di colonialismo intellettuale e di istituzioni che non comprendono le ragioni dell'*Altro* sotto forma di un neo-colonizzato.

Serge Latouche (1992) ha ben definito la condizione di neo-colonizzato del migrante moderno. Se, in passato, l'Occidente con le sue potenze coloniali si spostava dalla vecchia Europa per conquistare (Todorov, 1984; Diamond, 1997) con diversi mezzi, sempre violenti, le popolazioni dell'Africa o del Nuovo Mondo oggi, le condizioni, sono cambiate. Sempre l'intellettuale francese indica nell'economia il nuovo mezzo di colonizzazione. Nel passato si arrivava negli altri continenti con una sete di conquista di tipo armato diretto allo sfruttamento

² Corsivo di Mario Pesce.

delle popolazioni e delle risorse economiche e ambientali, nel mondo globalizzato moderno sono i vecchi colonizzati, come sostiene Fanon i “negri” che sanno di esserlo solo attraverso il riosocimento del bianco, ad arrivare nei paesi occidentali con la volontà di riscatto ma subendo un nuovo tipo di colonialismo: quello economico. Sono i nuovi schiavi che vengono pagati, quando hanno la fortuna di esserlo, molto meno del dovuto e non c'è neanche bisogno di invadere le loro nazioni perché i flussi globali li portano direttamente in Occidente.

In questa prospettiva il nero o il migrante, per lo più proveniente da paesi che hanno già vissuto il dramma del colonialismo, sempre secondo Fanon (1996), cerca una connessione, quasi un rapporto di identificazione per molti tratti ambivalente (Freud, 1979) con il colonizzatore bianco. Fanon la chiama “lattificazione” ovvero l'intenzione di divenire bianco e quindi essere incluso nella società dei colonizzaotri.

Per quanto ci riguarda preferiamo prendere come termine di paragone lo zucchero raffinato e lo zucchero di canna. La metafora dei due diversi tipi di zucchero, che poi sono uno soltanto come una soltanto è la razza umana, serve a comprendere come la costruzione della bianchezza o bianchitudine o illusione di divenire uguale al bianoc o “hallucinatory whitening” (Fanon, 2008) -

“lactification hallucinatoire ” (Fanon, 1952) sono costrutti culturali portati avanti dalla violenza del colonizzatore e dai modelli culturali imposti dal vincitore. Lo zucchero non nasce bianco è la raffinazione voluta dai colonialisti bianchi nelle americhe a renderlo più affine alla fisionomia dei vincitori a trasformarlo. Lo zucchero di canna è lo zucchero non raffinato ovvero senza i “condizionamenti” culturali coloniali. Nella stessa misura si deve comprendere che non c'è differenza tra zucchero raffinato o di canna, come non c'è tra bianco e nero, se non nello sguardo dell'altro. È l'egemone (Cirese, 1972) che detta le regole.

Lo scopo finale, sia per Fanon che per l'antropologia e le scienze sociali moderne da Ernesto De Martino a noi passando per l'antropologia pubblica di Robert Borofsky (2004), la *Public Ethnography* di Barbara Tedlock (2005) e la *Enquire Anthropology* con massimo esponente Maurice Eisenbruch (1991), è quello di affrancare il subalterno (Cirese, 1972) dalla sua situazione di inferiorità subita e fonte di destabilizzazione del se e di scissione della personalità. L'identità del nero o del migrante va in frantumi nel suo voler diventare altro, diverso e “lattificato” invece di presentare se stesso in piena dignità. Da qui la considerazione da parte dell'occidentale di vedere le modalità espressive di disagio come manifestazioni di patologie mentali e non culturali. Il disagio mentale del migrante, quindi, diviene modalità performativa di una sofferenza

culturale, di emersione di diverse istanze, di difesa identitaria, di mantenimento dei tratti culturali e unica possibilità di resistenza all'assimilazione. In mancanza di conoscenza delle espressioni corporali delle popolazioni diasporiche e della visione della cosiddetta malattia mentale come mezzo di connessione con l'alterità in Occidente il delirio del paziente è visto esclusivamente come atto negativo.

Giorgio Villa propone, al contrario, di rendere “positiva” l'esperienza del delirio perché definisce la dignità del paziente. In questo senso chi elaborando un delirio è nella fase di emersione delle parti nascoste, delle questioni non comprese o irrisolte e “il paziente sta compiendo un massiccio sforzo di riemergere”. (Villa, 1990: pag. 24)

Il delirio, come hanno dimostrato Michele Riso e Wolfgang Böker (1992) nella ricerca condotta dai due psichiatri sugli italiani migranti in Svizzera negli anni '60, ha tratti culturali e il migrante li cura con i mezzi culturali a sua disposizione, perché diffidente della cultura di approdo e dei mezzi medici e psichiatrici presenti. Nel caso degli italiani in Svizzera il dispositivo magico rituale, per usare le parole di Ernesto de Martino (2001), era sciogliere la causa del male: ovvero il malocchio. L'essere vittima di un sortilegio, dalla parola sortilegio e dalla parola delirio la fortunata e geniale invenzione del titolo del

testo di Michele Riso e Wolfgang Böker, è l'unica possibilità e comprensione che l'italiano, di solito di estrazione popolare e proveniente dal Sud Italia, conosceva per comprendere perché le donne svizzere non si accorgevano di lui. Quasi fosse invisibile. Una vittima. Vittima di un maleficio. In questo senso

“la convinzione del malato che una fattura sia la causa di tutti i suoi mali, viene approvata senz'altro, dato che l'idea di subire una trasformazione morbosa da parte di un influsso magico non rappresenta nulla di strano.” (Riso, Böker, 1992: p. 149)

E Fanon (2011) sottolinea, con una domanda che in realtà è sia una risposta che un monito, parlando dei suoi pazienti nell'ospedale di Blida:

“a causa di quale errore di giudizio avevamo potuto immaginare una terapia sociale di ispirazione occidentale in un servizio di alienati musulmani? Come era possibile una analisi strutturale se mettevamo tra parentesi il contesto geografico, storico, culturale e sociale?” (pp. 112-113)

3. Il primato della parola: le voci degli *Altri* devono essere libere.

Dall'istituzione totalizzante all'istituzione dialogante

Quando Ernesto de Martino teorizza la categoria della perdita della presenza il campo d'azione è quello della cultura meridionale italiana. Una cultura per lo più contadina. La stessa cultura che emerge nello studio di Michele Riso e Wolfgang Böker. (1992) Quella cultura che per lo più veniva ritenuta arcaica, agganciata a tratti culturali di tipo magico (magismo, fascinazione) e con un senso profondo delle tradizioni. De Martino comprende che se una persona è convinta di essere vittima del malocchio, condizione presente nello studio di Riso e Böker (*Ivi*), quella persona proverà disagio psichico e fisico e a noi come scienziati sociali non interessa se il malocchio sia vero o falso ma interessa cosa fa emergere tale tratto culturale e quale disagio rappresenti. La sua “presenza” nel mondo è in discussione. Come sono in discussione le condizioni di questa “presenza”. L'antropologo di origine napoletana identifica bene questa perdita della presenza partendo da cosa è la “presenza”. La presenza è:

“esserci nel mondo, esserci nella storia sono espressioni equivalenti per designare la vitalità umana in atto di distinguersi dal vitale biologico e di aprirsi

alla distinzione delle distinte potenze operative creatrici di cultura e di storia: l'utile, la vita morale, l'arte, il logos". (De Martino, 2002: 657)

Per questo quando appare uno momento di crisi, di destabilizzazione, una modalità dove le coordinate storiche, sociali, culturali e relazionali si frantumano si ha una "perdita della cultura" e, quindi della possibilità di trovare le coordinate culturali e riemergere dal disagio e, ancora, "il risommersersi nella natura nel completo naufragio dell'umano." (*Ibidem*: pag. 366)

Questo "naufragio" è amplificato, come un *iceberg* che colpisce una fragile barca, dalle istituzioni, quasi un monolite, un levaitano, una entità astratta più vicina a *Qronos* che ingloba e non restituisce; che mangia senza provare sazietà; che non comprende che dall'altra parte c'è una persona e non un essere disumanizzato. Questa istituzione è quella descritta da Gofmann (2001) e ben spiegata da Franco Basaglia che ha bisogno di punire piuttosto che comprendere; che ha bisogno di giustificazioni del proprio operato in conformità ad una epistemologia ormai vecchia e desueta; che reifica se stessa; che controlla, punisce e non cerca di capire. L'idea è quella di deistituzionalizzare l'istituzione per permettere di far uscire le persone.

Perché non c'è niente di più coloniale di una istituzione totalizzante sorda alle voci degli uomini e che non si fa umile “di fronte alla cultura che si presentava al nostro sguardo. Ci siamo rivolti a lei, timorosi e attenti.” (Fanon, 2011: pag. 104)

4. Il migrante è il suo corpo

“N. bengalese sedicenne comincia a lamentare mal di pancia, i mal di pancia diventano costanti, le lamentele anche: appena arrivo in casa famiglia, struttura nella quale lavoro da 4 anni, viene da me a piangere e mi chiede di dargli medicine o portarlo dal medico. Vengo rimproverata, perché sembrerebbe che lui adotti questa modalità lamentosa solo con me!

Ma lui non è lagnoso, mi difendo, lui sta male. Inizia il vomito, questo provoca lesioni e rottura dei capillari, sanguinamento. Segue una lunga ospedalizzazione a singhiozzi, la diagnosi è spiazzante: N. è sano, sanissimo.

Mi rendo conto, dopo circa tre mesi, che in realtà lui non può guarire:

guarendo tornerebbe a non-essere”³.

L'immigrato è *il suo corpo*, scrive Sayad (2002), il lessico ancora povero dell'immigrato non permette altro che l'espressione attraverso il corpo; la malattia diventa centrale, è attraverso questa e il dolore che essa provoca che inizia la ri-individualizzazione. È come se il corpo si facesse parola e si facesse caratterizzazione nuova; l'indigenza concettuale e la povertà semantica della lingua “concreta” del migrante si trasformano in sintomo, il dolore si materializza e nel dolore si riconosce.

Un nuovo paese d'approdo significa destrutturare e ri-strutturare l'intero sistema per la persona: il suo vissuto, i suoi valori, i suoi "punti cardinali", la sua lingua, il suo sistema di credenze, la percezione che ha di sé, la sua personalità.

Michele Risso (1992) ha ben delineato come la descrizione del processo di adattamento ad un nuovo luogo ed a un diverso *mélange culturale* si possa intendere come modalità microtraumatica quotidiana con processi conflittuali continui e che perdurano nel tempo.

La continuità del trauma, nella definizione di trauma cumulativo di Masud Khan (1979), è una serie di eventi che colpiscono l'individuo in continuità. Non

³ Dal diario di campo di Lavinia Bianchi, educatrice in centro di accoglienza per minori stranieri non accompagnati, 2011

parliamo solo di “colpi” da un punto di vista che colpisce la psiché ma “lacerazioni” del tessuto traumatizzante che, *tout court*, compenetra e rende la “violenza” forma strutturale di un senso continuo e strutturale del vissuto del migrante.

Il microtraumatismo progressivamente “trasforma” la struttura psichica, rendendola magari più vulnerabile e aumentando il rischio che si possa sviluppare quella che la medicina occidentale definirebbe una malattia psichica.

Nella teorizzazione di Masud Khan (*Ivi*) la categoria di trauma cumulativo è il risultato di diversi fenditure nel muro protettivo dell'individuo che si possono avverarsi nell'intero corso della vita del bambino durante il suo sviluppo. Il trauma cumulativo si può originare in uno specifico momento del vissuto del bambino: nel momento storico e psichico dove la barriera protettiva che fa da scudo alla sua persona perde la figura guida della madre.

Le carenze dello scudo protettivo, divenute ripetute, producono fratture sia nella psiché che nel corpo e, di conseguenza, la risultante è una impossibilità di superare la crisi e una reazione patogena nel nucleo fondamentale della propria costruzione psico-somatica.

In un passaggio analogico di questo costruito dal tessuto sociale di appartenenza a quello di approdo seminato da fallimenti nella costruzione del sé, si nota che il percorso del migrante è costellato da diversi fattori di stress e lacerazioni che Marie Rose Moro (2009) chiama trauma migratorio.

Il punto di vista che assumiamo è intersezionale, transdisciplinare e va ad inserire l'esperienza del trauma nella cornice che Marie Rose Moro (*Ivi*) preferisce definire “etnopsichiatria”, intendendo una disciplina che comprende la psicoterapia con orientamento analitico, la psichiatria e le diverse psicoterapie non analitiche. In questo senso, l'antropologia, si ridefinisce come “pietra angolare” per la decodifica delle coordinate di interpretazione dei disagi mentali delle culture cosiddette etnologiche e per individuare le sofferenze e i processi di rappresentazione sociali del trauma che gli individui esprimono.

L'etnopsichiatria, nel suo statuto epistemologico, ha come categorie chiave: l'universalità psichica e la variabile culturale. La variabile culturale intende prendere in considerazione, in senso relativistico, il mondo sociale comprendendo le differenze e le uguaglianze, i rapporti endogeni e esogeni, di leggerlo e comprendendo le categorie di “normale” e “patologico”.

La categoria di “universalità psichica” (*Ivi*) è il funzionamento psichico e la capacità dell'individuo di vedere se stesso come tale e trova fondamento

strutturale di ogni donna, uomo e bambino nelle diverse culture e nel loro vissuto.

Proprio Tobie Natam (1996) parla di “cultura vissuta” come di una elaborazione che permea tutta la vita degli individui e la cultura del gruppo, una vera e propria “pelle dell’apparato psichico” (*Ivi*), che si modifica, come fa un serpente con la pelle che ormai gli va stretta, in modalità dinamica per mezzo del supporto di tutti i singoli, in continuo movimento.

La categoria di trauma migratorio è consequenziale al concetto di “bozzolo culturale”. Per “bozzolo culturale”, seguendo l'intuizione di Tobie Nathan, intendiamo: la capacità dei tratti culturali propri di un individuo, appresi, interiorizzati, espressi e in transito tra il dentro e il fuori, di dialogare con le persone, portatrici di tratti culturali e “bozzoli culturali” diversi, tra loro. In mancanza di dialogo l'individuo si trova nella posizione traumatica.

5. La storia di Frantz

Frantz, lo chiamiamo così in onore di Fanon e per rispettare la privacy del minore, viene dal Gambia, ha 17 anni è in Italia da meno di un anno.

Riportiamo uno stralcio dell'intervista intensiva fatta alla psicologa del centro molisano che ha in carico Frantz:

M (psicologa)... c'è stato il caso... Non so se puoi... c'è stato un caso, te lo racconto per porre l'attenzione sulla differenza culturale, sul come attribuiamo significati noi... c'era un ragazzo...

L (intervistatrice): sì, mi interessa moltissimo

M: allora c'era un ragazzo che vedeva gli spiriti.

L: Jijn o altri spiriti?

M: non lo so..

L: non importa...

M: Sì, allora lui vedeva gli spiriti e di questa cosa soffriva tanto tanto.

Per esempio quando stava a scuola, non riusciva a guardare in faccia il professore perché vedeva gli spiriti. In certe circostanze non ci riusciva nemmeno a guardare neanche gli operatori, vedeva queste figure, soprattutto la sera... le vedeva ai piedi del letto, quando iniziava un po'a imbrunire ecc... ecc...

il punto è questo. Qui che significato attribuiamo a una cosa del genere? Eh?

L: Eh!!.....

M: Eh! psicopatia...skizzofrenia... eh! una patologia bella grave! che facciamo?

ah! e poi.. una delle credenze sue, è che lui poteva guarire da questa malattia soltanto con una... come si dice, un infuso, una cosa...

una pozione... una pozione che doveva spedirgli la madre... ma questa pozione è costosissima, la raccolta delle erbe richiedeva giorni e giorni di cammino, tutti questi riti.

Ecco quando ti dicevo che anche i sogni si costruiscono in quella realtà.. immaginiamo una persona che ha costruito tutta quella credenza in quella società, no? con quei pensieri, con quella modalità di pensiero...ehmm... inserita in un contesto completamente diverso, non ha alcun senso, non ha alcun significato...e lì che si può -come si dice- slatentizzare una situazione, voglio dire magari c'era già una fragilità di fondo che però con la perdita dei punti di riferimento è ovvio che viene sú!

Andiamo da uno psichiatra alla ASL di Campobasso, lo psichiatra mi sembra che gli aveva prescritto l' HALDOL un antipsicotico e pure in dose massiccia...

il ragazzo ovviamente sentiva tutti gli effetti collaterali...sonnolenza, stava male.... e non voleva prenderlo. Andiamo da un altro psichiatra, una dottoressa

di Campobasso: anche lei, ridusse il dosaggio ma disse che per 3-4 mesi doveva prenderlo. Dopo di che, abbiamo seguito anche il suo consiglio e cioè cercare di non metterlo in situazioni stressanti... ehmm.. a lui ad esempio il contesto scolastico stressava tanto, quindi abbiamo ritenuto opportuno ritirarlo da scuola, ha studiato con i nostri insegnanti di italiano, qui in struttura e poi... ha trovato questo lavoretto...e ora è il ragazzo che diceva A., il più integrato.

è il ragazzo che ha richiesto più aiuto, più fatica e impegno...però è anche il caso più rappresentativo delle differenze culturali. cioè uno psichiatra qui legge questa cosa secondo la sua cultura...ma le credenze sono diverse, i significati sono diversi ovviamente la realtà non è obiettiva, la leggiamo con i nostri occhi...

Frantz vedeva gli spiriti – i *jinn* in particolare - apparire sui volti degli insegnanti, a volte uscivano dalla bocca, a volte la sera lo accompagnavano a letto: tutta la vita di comunità viene investita del caso-Frantz, in particolar modo l'equipe multidisciplinare che si occupa di lui e degli altri minori.

La coordinatrice del centro molisano R., giovane donna competente e molto ricettiva, inizia ad ascoltare i suoi collaboratori e cerca di ricostruire in maniera

più aperta e comprendente possibile ciò che accade: alcuni operatori rifiutano di somministrare la terapia farmacologica a Frantz, la psicologa stessa è molto combattuta e rimette in discussione più e più volte i suoi punti fermi, anche i mediatori culturali non sembrano schierati in un'unica direzione. L'etica e la responsabilità nel servizio sono prioritari, come prioritaria è la protezione del ragazzo e il suo benessere psico-fisico: dubbi e conflitti iniziano ad affacciarsi in modo ricorsivo e il monitoraggio attento all'evoluzione degli eventi cammina di pari passo con il sostegno costante e totale che R. e la sua equipe dedicano al ragazzo.

L'utilizzo di farmaci rende Frantz più sofferente, il minore continua e anzi aumenta i suoi episodi di disagio e il malessere diventa totalizzante.

L'equilibrio del contesto muta, Frantz diventa "l'emergenza": il senso di inadeguatezza provato dagli esperti che si occupano di lui, l'inefficacia palese delle cure farmacologiche e anzi, il peggioramento globale delle condizioni psicofisiche del ragazzo, portano R. a richiedere un confronto con il supervisore del servizio centrale sprar di Roma. Dopo varie ricerche e non pochi intoppi burocratici (nell'intervista a R., emerge la difficoltà nel sobbarcarsi di tutte le procedure e, soprattutto responsabilità e del senso di abbandono da parte delle strutture socio-assistenziali e sanitarie locali) R. e Frantz partono per Roma e

vanno al Sa.Mi.Fo⁴.

Frantz viene accolto immediatamente dall'equipe del Prof. Santone, il mediatore mandingo è pronto, R., viene fatta uscire: "per la prima volta, - racconta R.- ,il medico non vuole parlare con l'adulto che accompagna il ragazzo, anzi non vuole proprio l'interferenza dell'adulto"

Dopo qualche ora, R. viene accolta e alla presenza di Frantz il Professore da conto del percorso che è per lui auspicabile: il minore sta vivendo un momento di particolare difficoltà, l'inserimento in una scuola dove lui è il più grande, dove non ha alcuna comprensione né di ciò che viene detto né di ciò che accade, dove non ritrova il senso e dove l'ansia da prestazione è aumentata dalla vergogna dell'essere diverso per età e per capacità, lo stanno portando a manifestare il disagio e la sofferenza nella maniera che lui conosce-riconosce come normale, forse l'unico modo che ha per palesare uno stato di dolore forte.

Illuminante l'esempio che R. mi riporta: "se tu vedi un gatto nero che attraversa la strada e pensi alla sfortuna, magari accennando un piccolo rito scaramantico...mica ti portano dallo psichiatra, no!?".

4 Il centro SaMiFo (Salute Migranti Forzati) nasce nel 2006 dalla collaborazione tra il Centro Astalli e la ASL RMA al fine di promuovere la tutela della salute dei migranti forzati. L'équipe è composta da operatori e mediatori del Centro Astalli e personale medico in parte volontario, in parte messo a disposizione dalla stessa ASL.

Frantz inizia a frequentare la scuola privata del centro, quella organizzata dagli insegnanti L2 interni, continua anche a utilizzare il famoso unguento inviato dalla madre: inizia a migliorare; i fenomeni descritti in precedenza diminuiscono fino a scomparire. Lungimiranza, apertura e una "sana diffidenza" in un approccio eurocentrico, poco attento alla narrazione del vissuto personale e forse, troppo cristallizzato in una cultura medica basata su *evidence*, ha portato alla risoluzione di una questione delicata e spinosa come questa.

La riflessione condivisa con R., fa riferimento all'approccio del problema: precedentemente era un approccio alla manifestazione patologica, dall'equipe del SaMiFo, invece, un approccio olistico alla persona.

Bibliografia

Augé M., (2000), *Il senso degli altri. Attualità dell'antropologia*, Bollati Boringheri, Torino.

Basaglia F., *Postfazione*, in *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Goffman E., Edizioni di Comunità, Torino, (2001).

Borofsky R., (2004), *Conceptualizing Public Anthropology*, Electronic document, <http://www.publicanthropology.org/public-anthropology/>

Cirese A. M., (1972) *Cultura egemonica e culture subalterne. Rassegna degli studi sul mondo popolare tradizionale*, Palumbo, Palermo.

De Martino E., (2001), *Sud e Magia*, Feltrinelli, Milano.

De Martino E., (2002), *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Einaudi, Torino.

Diamond J., (1997), *Armi, acciaio e malattie. Breve storia del mondo negli ultimi tredicimila anni*, Einaudi, Torino.

Eisenbruch M., (1991), *From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: diagnosis of Southeast Asian refugees*, *Social Science and Medicine*, 33(6), 673-80.

Fanon F., (1952), *Peau noire, masques blancs*, Les Editions du Seuil, Paris.

Fanon F., (1996), *Pelle nera, maschere bianche. Il nero e l'altro*, Marco Tropea Editore, Milano.

Fanon F., (2008), *Black Skin, White Masks*, Pluto Press, London.

Fanon F., (2011), *Decolonizzare la follia*, Ombre Corte Editore , Verona.

Freud S., (1991) *Il perturbante*, in *Saggi sull'arte, la letteratura e il linguaggio*, Bollati Boringhieri.

Goffman E., (2001), *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Edizioni di Comunità, Torino.

Khan M., (1974), *The Privacy of the Self*, Hogart Press, London, [trad.it. *Il concetto di trauma cumulativo in Lo spazio privato del sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1979.]

Malinowski B. Kasper, (2011), *Argonauti del Pacifico occidentale. Riti magici e vita quotidiana nella società primitiva*, Bollati Boringhieri, Torino.

Mauss M., (15 mars - 15 avril 1936), *Les techniques du corps*, *Journal de Psychologie*, XXXII, ne, 3-4.

Moro R.M., (2009), *Manuale di psichiatria transculturale. Dalla clinica alla società*, Franco Angeli, Roma.

Nathan T. (1996), *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino.

Risso M., Böker W., (1992), *Sortilegio e delirio. Psicopatologia delle migrazioni in prospettiva transculturale*, Liguori, Napoli.

Sayad A., (2002), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Cortina Editore, Milano.

Tedlock B., (2005), *The Observation and Participation of and the Emergence of Public Ethnography.*” Pp.. 151-171, in *The SAGE Handbook of Qualitative Research*, edited by Norman Denzin and Yvonna Lincoln, Thousand Oaks, CA: SAGE.

Todorov T., (1984) *La conquista dell'America. Il problema dell'”altro”*, Torino, Einaudi.

Villa G., (1990), *Delirio e fine del mondo*, Liguori, Napoli.

«Illuminazioni» (ISSN: 2037-609X), n. 40, aprile-giugno 2017

Villa G., (settembre-dicembre 2015), *Il capro espiatorio come espressione di intolleranza sociale*, pp. 97-104, *Religioni e Società, Rivista di scienze sociali della religione*, Fabrizio Serra editore, Pisa – Roma, Anno XXX, 83