

*Come inventare delle pratiche cliniche adatte ai mondi contemporanei?*¹

Françoise Sironi²

Signore e Signori, cari Colleghi, cari amici,

A nome di tutta l'équipe del Centre Georges Devereux, lasciatemi dire, prima di tutto, con che piacere vi accogliamo oggi all'Università Parigi 8, quanto siamo felici di vedervi così numerosi.

Gli anni 2000 vedono una svolta essenziale nelle pratiche cliniche contemporanee. Sono il riflesso dell'articolazione tra la continuità delle pratiche cliniche abituali e l'emergenza di pratiche nuove che cercano di adattarsi alle problematiche cliniche contemporanee. Le applicazioni dei principi fondamentali del metodo clinico etnopsichiatrico a diversi campi della pratica psicologica, medica e sociale contemporanea sfociano su delle aperture cliniche e teoriche appassionanti; e, nello stesso tempo, su delle pratiche terapeutiche che finalmente rispettano il punto di vista del paziente.

Mi propongo qui di essere la porta-parola di questo divenire delle nostre pratiche applicate al mondo di oggi. Perché l'etnopsichiatria racchiude così tante potenzialità creatrici? In cosa questa disciplina della psicologia clinica favorisce l'emergenza di domande psicologiche ancora ieri impensabili? In cosa favorisce l'emergere di pratiche cliniche realmente innovatrici? Uno dei potenziali più creativi dell'etnopsichiatria risiede certamente nelle particolarità del suo modo di apprezzare i fatti psichici, metodo che è stato descritto da Tobie Nathan. Chi sono, oggi, i nostri pazienti?



Oggi riceviamo al Centre Georges Devereux due categorie di pazienti: pazienti migranti moderni e pazienti che vengono da popolazioni francesi o occidentali.

Da subito diventa evidente, anche nel tipo di situazioni cliniche con cui abbiamo a che fare, ciò che è contenuto intrinsecamente nell'etnopsichiatria: l'articolazione tra mondi differenti, mondi lontani e mondi vicini, mondi visibili e mondi invisibili, mondi di ieri e mondi di oggi. Tutti coloro che frequentano il Centre Georges Devereux hanno percepito, fisicamente, questa compresenza di mondi antichi e della modernità, o addirittura del futurismo. Dai pazienti ai terapeuti, passando dall'arredamento, dagli utensili da cucina e dai cibi presenti nelle vetrine, tutto è segnato da questa presenza di rappresentanti dei mondi perduti, sepolti, nascosti; e insieme dalla presenza di popolazioni nuove, di problematiche inedite che costituiranno certamente la pratica clinica abituale dei futuri terapeuti di domani.

Dunque oggi noi continuiamo a ricevere rappresentanti delle popolazioni migranti. I migranti che vengono all'ambulatorio del Centro oggi, però, non arrivano più dal profondo delle foreste selvagge. Che siano originari delle grandi metropoli del terzo mondo o di piccoli villaggi, tutti vivono comunque nell'era dei cellulari e delle televisioni satellitari. In genere abitano le periferie francesi dove regnano la violenza, a volte il caos, sempre lo choc tra civiltà e gli effetti devastanti della deculturazione. Insieme alle malattie codificate dalle culture [le "malattie etniche", NdT], ci portano anche malattie "sociali", "mediche" o "psicologiche" che sono degli indicatori di un passaggio fallito tra due mondi.

¹ Conferenza del 29 Maggio 2001 all'Università Parigi 8, in occasione della giornata "porte aperte" del Centre Georges Devereux (<http://www.ethnopsychiatrie.net/actu/29mai.htm>). Traduzione di P. Coppo

² Docente all'Università Parigi 8; già Direttrice del Centre Georges Devereux, Parigi 8.

Uno che recalcitra davanti alla modernità, è un resistente. La sua malattia è un testo senza contesto che noi ci sforziamo di restituire e riparare in funzione delle logiche tecniche contenute nel sintomo.

Credo che sia importante anche ricordare oggi un altro punto importante: la migrazione non è una malattia. La maggior parte dei percorsi migratori avvengono senza problemi. Quelli che vediamo in ambulatorio sono dei casi che rappresentano gravi fallimenti di questi percorsi. Quelli che vengono da noi sono pazienti in scacco terapeutico rispetto ai modi di presa in carico abituali. Nella nostra attività clinica attuale molti invii vengono dai tribunali per decisione dei giudici. Gli ambienti dei tribunali, gli ospedali psichiatrici e le scuole sono osservatori privilegiati di patologie iatrogene che non esiterei a qualificare come “schizofrenie culturali” contemporanee.

Le pratiche cliniche e psicoterapeutiche sono dunque degli osservatori privilegiati della psicologia umana in un momento dato della sua storia. E allora, cosa ne è di tutte le altre popolazioni che abbiamo cominciato a curare in questi ultimi anni, e cioè dell'approccio etnopsichiatrico a rappresentanti di popolazioni francesi?

Gli anni 96-98 hanno segnato un passaggio decisivo nella storia dell'etnopsichiatria clinica come si pratica al Centro Georges Devereux. Delle tesi di dottorato e dei lavori di ricerca hanno spinto sempre più avanti le possibilità di applicazione dei progressi teorici, clinici e terapeutici ai quali l'etnopsichiatria era arrivata nel suo lavoro con i migranti.

Molti dei nostri pazienti che vengono da popolazioni francesi hanno già effettuato un intero percorso terapeutico. Hanno provato la psicoanalisi, le psicoterapie di ispirazione analitica, la PNL, le terapie spirituali, le comunità, il lavoro sul corpo, le diverse specializzazioni mediche e via di questo passo. La loro ricerca di terapia continuava perché restava sempre una parte irriducibile, una parte che non cedeva a nessuna modalità di presa in carico nonostante la qualità e l'efficacia abituale delle terapie che hanno seguito. Per via dell'egemonia della concezione esclusivamente “intrapsichica” della psicologia umana, gli avvenimenti collettivi e quelli reali (la loro natura e il loro impatto) non sono mai stati presi davvero in conto dalla psicologia clinica. Rimaneva sempre un “angolo morto”, una parte della loro storia che non era presa in considerazione nel loro percorso terapeutico. Questo angolo morto riguarda la loro storia collettiva, l'articolazione della loro storia particolare con quella dei loro mondi, quella dei loro gruppi, quella della loro cultura. Detto in altro modo, non sono importanti solo le problematiche legate a “babbo e mamma”. I pazienti occidentali sono venuti a dirci che pretendevano un di più di intelligenza nel modo in cui venivano trattati. La gravità di questa non presa in conto degli avvenimenti collettivi da parte della psicoanalisi nel funzionamento psichico e nella psicopatologia è diventata evidente nel corso degli ultimi venticinque anni (dopo il 1975).

Questi pazienti, questi nuovi recalcitranti dei dispositivi terapeutici abituali, venivano dunque a interrogarci sull'efficacia dei dispositivi terapeutici contemporanei.

“Mettere il paziente in posizione di esperto”, questo principio fondamentale dell'approccio etnopsichiatrico, noi lo abbiamo applicato alla lettera. Abbiamo preso il partito di “credere” ai nostri pazienti, di non denigrare il loro punto di vista, le loro rimostranze, le loro sofferenze. Ci siamo vietati di ridurli a una semplice domanda mascherata, a un equivalente somatico di questa o quella problematica edipica, di questo o quel conflitto della loro prima infanzia. Abbiamo proposto loro di analizzare insieme minuziosamente il loro percorso terapeutico, di decostruirlo, di trovare le logiche e le teorie soggiacenti, quelle dei loro terapeuti, e in questo modo li abbiamo messi pienamente nella posizione di esperti.

A ogni tipo di popolazione corrisponde un tipo di dispositivo clinico e di ricerca. Così, parallelamente alle sedute abituali rivolte alle famiglie migranti, nuovi spazi di clinica e di ricerca sono stati aperti. Ogni spazio può accogliere e trattare dei pazienti, e anche funzionare come luogo di ricerca. Nell'ordine cronologico della loro creazione, ecco un elenco di dodici nuovi spazi di clinica e ricerca che stanno attualmente³ funzionando al Centro Georges Devereux. Questi che noi chiamiamo “ambulatori di ricerca” sono di fatto ambulatori normali ma che si danno come obbligo anche la produzione di testi riguardo ai risultati ottenuti.

³ Al tempo della redazione di questo testo, NdT.

1. Un gruppo di parola per le vittime e i discendenti delle vittime della Shoah, i cui partecipanti cambiano ogni anno, è attivo ormai da dieci anni coordinato da Nathalie Zadjé e Catherine Grandsard.
2. Una ricerca coordinata da Tobie Nathan e Catherine Lewertowski si occupa di pazienti migranti affetti da AIDS: l'ambulatorio, chiamato "ambulatorio medicina" è sempre pronto ad accogliere questo tipo di pazienti.
3. Una ricerca clinica sulle popolazioni Tzigane è stata condotta da un gruppo di ricercatori del Centro coordinati da Nathalie Zadjé.
4. Un gruppo di ricerca è sempre attivo in un ambulatorio dedicato ai recalcitranti alla medicina.
5. Un gruppo di ricerca sulla transessualità e un ambulatorio di accompagnamento delle persone transessuali, che io coordino, funziona da quattro anni. Alcuni rappresentanti di una Associazione di persone transessuali (*Association du Syndrome de Benjamin*) lavorano con noi in stretta collaborazione sia nelle attività cliniche che in quelle di ricerca.
6. E' stata condotta una ricerca coordinata da Tobie Nathan e Paulette Rosevègue sull'approccio etnopsichiatrico all'autismo.
7. E' anche in corso una ricerca sui disturbi del comportamento alimentare a partire da un gruppo di parola i cui partecipanti cambiano ogni anno, coordinato da Céline Adret e Marie-Liesse Perrotin.
8. E' attivo un gruppo di ricerca sulle popolazioni ebrae dell'Africa del Nord.
9. Da tre anni il Ministero degli Affari Sociali ci ha incaricato di seguire le persone che escono dalle sette e che necessitano o richiedono aiuto psicologico. Lavoriamo in stretta collaborazione con ADFI (*Association de défense des familles et des individus*) che non solo ci invia dei pazienti, ma che partecipa alle sedute. Questo dispositivo è coordinato da Jean-Luc Svertwaegher.
10. E' attualmente in corso una ricerca sui fondamenti culturali dell'infertilità, coordinata da Nathalie Zadjé.
11. Un ambulatorio per persone vittime di traumatismi intenzionali legati alla repressione politica, ai genocidi e alla tortura è attivo sotto la mia coordinazione. E' anche uno spazio a cui possono rivolgersi gli ex-combattenti, gli ex-artefici di violenza e gli ex-aggressori.
12. Infine, comincia a funzionare nel Centro uno spazio per persone che si definiscono come "vittime della psicoterapia".

L'approccio etnopsichiatrico riabilita fino in fondo il ruolo del contesto nella psicopatologia individuale. In questo inizio di millennio, il nostro mondo è in piena mutazione. Per via della globalizzazione, l'adattamento quasi "obbligatorio" degli umani alle esigenze di questo nuovo ordine del mondo, all'omogeneizzazione dei saper-fare e dei saper-vivere, genera nuove patologie e nuove recalcitranze.

Questi recalcitranti, io li chiamo gli emarginati, quelli che non sono considerati dalla Storia collettiva. Questi lasciati fuori dai mondi economici, dai mondi politici che mettono sulla strada, sui marciapiedi migliaia di profughi e rifugiati, sono portatori di mondi perduti. L'etnopsichiatria si occupa spesso di ciò che c'è dietro le quinte, degli emarginati, di coloro che non sono presi in nessun conto nella storia ufficiale. Sono lì, presenti nei nostri ambulatori e nelle nostre sedute, perché noi ci preoccupiamo di farli di nuovo emergere, e questo con un obiettivo terapeutico.

Gli scartati, emarginati, i non tenuti in conto dalla Storia collettiva sono tutti i "non adattati", i "fallimenti", i "residui" delle mutazioni forzate che possono essere di natura politica, economica, sociale o culturale. Gli emarginati dalla Storia sono anche quelli che non possono conformarsi, si potrebbe piuttosto dire "formattarsi", a quelle che bisogna pur chiamare assurdità della Storia collettiva: annessioni di territori, spostamenti forzati di popolazioni per soddisfare ambizioni bellicose di dirigenti paranoici, sparizioni pure e semplici di popoli e territori...

Altri emarginati dalla Storia collettiva in Francia, per esempio, lo sono diventati per via della scomparsa di certi mestieri tramandati da padre a figlio, o per il fatto che si svolgevano in luoghi che non esistono più.

Alcuni dei nostri pazienti che vengono da popolazioni francesi sono discendenti di famiglie nomadi tardivamente sedentarizzate. Questi mondi perduti sono, lo ripetiamo, di natura politica, culturale, religiosa, geografica, economica o sociale. Questi mondi perduti noi in etnopsichiatria li esploriamo sistematicamente, fino nelle tracce più remote della storia familiare dei soggetti. I sedimenti soggiacenti

alla laicità, i guaritori locali, i santi e i demoni vengono, così, a popolare di nuovo l'universo dei pazienti e insieme quello dei terapeuti.

Questo modo di lavorare restituisce tutta la sua pertinenza a un concetto sviluppato da Michel Foucault, quello di “mondi dominanti” e “mondi assoggettati”. La sua opera è stata una costante dimostrazione della tracciabilità della storia dei pensieri, delle teorie e delle pratiche (sociali o psicoterapeutiche).

Degli strati di significati e avvenimenti che originano in mondi oggi scomparsi restano a volte ancora identificabili e attivi (sia sociologicamente, sia “psicopatologicamente” parlando) nel presente. Questo accredita l'idea del *continuum* della storia iscritto nella maniera di occuparsi del folli e delle persone marginalizzate. Riprendiamo la proposta di Foucault in una versione contemporanea e clinica, e cioè che esiste nella manifestazione individuale di una sofferenza psicologica o fisica la traccia di un avvenimento collettivo, di un ancoraggio molto più antico, che può risalire molto lontano. In questo modo dunque il disordine, il sintomo non è tanto un'anomalia che si va a cercare di spiegare attraverso un'eziologia, una causalità legata alle vicissitudini della psicologia individuale. Il sintomo, il disordine, la malattia sono molto spesso indicatori di comportamenti adattati, di gruppi socialmente e culturalmente strutturati ma che fanno parte di mondi dimenticati, sepolti, di mondi di cui noi siamo, tuttavia, gli eredi.

Un'altra categoria di emarginati dalla Storia collettiva riguarda quelli la cui vita è stata fortemente attraversata dalle ideologie di questo secolo e di cui troviamo, anche in questi casi, tracce nel lavoro che facciamo con loro, nelle sedute consacrate alle problematiche portate da pazienti che vengono da popolazioni francesi: come quelli che escono dalle sette, le vittime delle psicoterapie o le persone marginalizzate o screditate per via del loro interrogarsi relativo all'identità di genere (come il gruppo dei transessuali, per esempio). Tra i nostri pazienti e il personale della sanità che si rivolge a noi sia per attività cliniche che di ricerca, ci sono poi anche quelli che non si sentono rappresentati, compresi dalle teorie e pratiche psicologiche.

Vorrei ora affrontare l'ultimo aspetto dell'etnopsichiatria, che non è il meno importante.

In poche parole: i professionisti in scienze umane (psicologi, psichiatri, medici, lavoratori sociali, educatori, giudici, antropologi...) pretendono a volte di agire in nome di un sapere, quello che si è costruito nel seno della loro disciplina; mentre di fatto agiscono a nome proprio e per sé stessi. Più precisamente, mettono la loro intelligenza al servizio di una ideologia, di una morale. Questa morale, questa ideologia agiscono come potenti filtri che avranno un'influenza totalmente distruttrice sui pazienti, quando vengono sottoposti a tentativi di normalizzazione.

In questi casi si tratta di veri e propri maltrattamenti teorici, di cui ci sforziamo, nei pazienti che riceviamo nei nostri ambulatori, di riparare i danni.

(1- Continua)