

Per una prevenzione precoce che trasformi il rischio transculturale in una nuova risorsa per i genitori migranti e per i loro bambini

*Early prevention approach in transcultural clinics: transforming
transcultural issues into a positive experience for immigrant parents
and their children*

M.R. MORO*

*Università di Parigi 13, Ospedale Avicenne, Bobigny
www.clinique-transculturelle.org

Parole chiave. — Interazione precoce genitori-bambino - Clinica transculturale -
Prevenzione

Key words. — Early parents-child interaction - Transcultural clinics - Prevention

**Per invito
Invited article**

Summary

This work illustrates both theoretical and clinical aspects of the parents-children transcultural clinics, based on French studies. It examines each stage of pregnancy from potential misunderstandings, the migrant woman may experience – declaring pregnancy, obstetric sonogram and birth delivery – to development of early parents-child interactions. The author fosters the idea that this specific approach brings new perspective to general psychopathology.

La presa in carico della socializzazione da parte della società si potrà considerare completa solo con l'educazione dei genitori, visto il ruolo imprescindibile che loro spetta in tale processo. Il sostegno alla genitorialità è solo all'inizio.

Gauchet

La cultura della genitorialità costituisce per psicoanalisti, psicologi, psichiatri o neuropsichiatri, così come per i filosofi³, gli insegnanti, gli educatori e, non ultimi, i politici, la sfida del ventunesimo secolo. Quello del genitore, tut-

Le richieste di estratti vanno inviate a: Prof.ssa Marie Rose Moro, professore di Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Università di Parigi 13, Ospedale Avicenne, Bobigny.

tavia, è il più antico mestiere del mondo, il più universale e, di certo, quello più complesso, forse, addirittura il più impossibile, anche, però, quello più vario^{12 13 16}. L'importante – si potrebbe esser tentati di dire – è trovare il proprio modo di essere genitori, di trasmettere il legame, la tenerezza, la protezione propria e degli altri, la vita. Della parola genitorialità, un termine strano, che abbiamo forgiato in questi ultimi anni in diverse lingue, mutuandolo dall'inglese, abbiamo fatto, in francese, così come in spagnolo, in italiano, ma pure certamente in altri idiomi, un neologismo. In ultima analisi, è come se ci fossimo resi conto, solo di recente, di avere tra le mani una pietra preziosa, un gioiello di cui tutti i genitori del mondo possono fregiarsi. Ci siamo pure accorti che alcuni genitori, troppo vulnerabili o posti in situazioni difficili, situazioni alle volte perfino, inumane, sono talmente presi dalle proprie strategie di sopravvivenza, nelle diverse accezioni di questo termine, sopravvivenza psichica e materiale, da avere difficoltà o da essere nella reale impossibilità di trasmettere altro fuorché la precarietà del mondo e le sue complessità. Da qui l'importanza dello studio delle situazioni migratorie, di quei contesti che comportano per i genitori trasformazioni e, talvolta, rotture, tali da rendere l'instaurazione della relazione genitore-bambino più complessa, se non si considera la variabile della "migrazione". Le migrazioni fanno ormai parte di tutte le società moderne, multiple e meticce, e devono dunque destare il nostro interesse clinico. Tanto più che quando si prende in considerazione la variabile migratoria, sia per i bambini e le rispettive famiglie, sia per il personale curante, il rischio si trasforma in potenziale creativo, come intendiamo illustrare, muovendo dall'esperienza francese di accoglienza e cura dei bambini^{8 9 10}. Comprendere, curare e accogliere meglio, in Europa, i migranti e i loro figli, è l'obiettivo di una prevenzione e di una clinica precoci e impegnate nella società per come essa ci si presenta.

Gli ingredienti della genitorialità

Non si nasce genitori, lo si diventa. La genitorialità si costruisce con ingredienti complessi. Alcuni sono collettivi, appartengono alla società nella sua interezza, mutano col mutare dei tempi, sono storici, giuridici, sociali e culturali. Altri sono più intimi, privati, consci o inconsci; essi appartengono all'uomo e alla donna in quanto persone e in quanto futuri genitori, alla coppia, alle storie familiari proprie del padre e della madre. È questo l'ambito in cui si decide quanto sarà trasmesso e quel che sarà nascosto, i traumi infantili ed il modo in cui ciascuno li ha superati. Vi sono, poi, altri fattori che appartengono al bambino e che trasformano il padre e la madre in genitori. Alcuni bimbi sono più dotati di altri, certi nascono in situazioni che rendono più agevole tale compito; altri, invece, per ragioni connesse alle condizioni in cui sono nati (prematrità, sofferenza neonatale, handicap fisico o psichico) devono superare numerosi ostacoli e porre in essere strategie complesse e, sovente, dispendiose per stabi-

lire una relazione con un adulto disorientato. Il neonato, ce l'hanno detto i lavori di Cramer, Lebovici, Stern, come pure quelli di molti altri, è un partner attivo dell'interazione genitori-bambini e, ovviamente, della costruzione stessa della genitorialità. Egli contribuisce al manifestarsi dei caratteri materno e paterno negli adulti che lo circondano, lo accudiscono, lo nutrono, gli procurano piacere, in uno scambio di atti e di affetti che caratterizza i primissimi momenti della vita infantile.

Vi sono mille e più modi di essere padri e madri, come testimoniano i numerosi lavori di sociologi e antropologi ⁵. La difficoltà maggiore è, piuttosto, quella di favorire l'emergere di simili potenzialità, astenendosi da qualsivoglia giudizio circa "il miglior modo di essere padre o madre". È, però, un lavoro arduo; qualunque professionista, per sua naturale inclinazione, è portato a pensare di sapere meglio degli stessi genitori quale sia il modo di comportarsi con il bambino, quali siano i suoi bisogni, le sue aspettative. Il nostro ruolo consiste, quindi, non tanto nel dire ai genitori quale atteggiamento adottare o, addirittura, come fare, quanto invece nel permettere il manifestarsi delle capacità di cui essi dispongono, fornendo loro, a tal fine, il nostro sostegno. Alcuni elementi di natura sociale e culturale contribuiscono, dunque, alla costruzione della funzione genitoriale. I fattori culturali assolvono una funzione preventiva, poiché essi permettono di conoscere in anticipo il modo in cui si diviene genitori e servono, se occorre, a dare un senso alle quotidiane vicissitudini della relazione genitori-bambino ed a prevenire l'insediarsi di eventuali sofferenze.

Gli elementi culturali si mescolano e si incrociano, in modo profondo e precoce, con i fattori di tipo individuale e familiare. Anche quando le si credeva dimenticate, la gravidanza, per via del suo carattere iniziatico, riporta alla memoria le nostre appartenenze mitiche, culturali, fantasmatiche. Come proteggersi in esilio? Come avere dei bei bambini ⁵? In alcune regioni del mondo, non bisogna annunciare la propria gravidanza, altrove, occorre evitare di mangiare certi pesci oppure certi tuberi che perdono di consistenza con la cottura. Altrove ancora, quando la moglie è incinta, il marito deve astenersi dal mangiare alcuni tipi di carne ... In regioni più lontane, occorre tenere per sé i propri sogni, interpretarli e rispettare le domande che in essi vengono poste, poiché a parlare è il bambino. In esilio, questi elementi appartenenti alla sfera privata (non condivisi dalla società) vanno, talvolta, a cozzare con le logiche mediche, psicologiche, sociali e culturali esterne. Giunge, quindi, il momento del parto, momento tecnico e pubblico: si partorisce in ospedale senza i propri cari. Anche in questo caso, mille e più sono i modi di partorire, di accogliere il bambino, di presentargli il mondo, di pensare, dunque, alla sua alterità, persino, in qualche caso, alla sua sofferenza. Tutte queste "inezie" riattivate in situazione di crisi, ridestano rappresentazioni assopite o ritenute ormai superate.

In nome di un'universalità vuota e di un'etica riduzionista, non teniamo conto di queste logiche complesse, siano esse sociali o culturali, nei nostri siste-

mi di prevenzione e di cura, né le integriamo nelle nostre teorizzazioni. Raramente ci poniamo dei quesiti sulla dimensione culturale della genitorialità, trascurando, soprattutto, di riflettere sul fatto che questi modi di pensare e di fare sono utili strumenti per stringere alleanze, per comprendere, prevenire, curare. Riteniamo, di certo, che la tecnica sia nuda, priva di risvolti culturali; siamo convinti che la semplice applicazione di un protocollo sia sufficiente per la corretta esecuzione dell'atto.

Eppure, e sono molte le esperienze cliniche a dimostrarlo ⁸, simili rappresentazioni condivise sono di provata efficacia. Da un punto vista teorico, esse rinnovano il nostro modo di pensare, ci obbligano a cambiare i nostri sistemi di riferimento, a rendere più complessi i modelli utilizzati ed a lasciare da parte ogni giudizio affrettato. Concepire una simile alterità, significa consentire a queste donne di vivere le tappe della gravidanza e della genitorialità in modo non traumatico, significa, altresì, abituarsi ad altri modi di pensare, ad altre tecniche. Il cambiamento è, in definitiva, una condizione imprescindibile della migrazione. Ignorare questa alterità, vorrebbe dire non solo rinunciare all'aspetto creativo dell'incontro, ma anche correre il rischio che queste donne non si integrino mai nei nostri sistemi di prevenzione e di cura, vorrebbe dire, pure, condannarle ad una solitudine di pensiero e di vita: per pensare, infatti, abbiamo bisogno di co-costruire, ci è necessario lo scambio, il confronto delle nostre percezioni con quelle dell'altro. Quando tutto questo risulta impossibile, il pensiero può solo confidare su di sé e sulle proprie sensazioni. L'assenza di confronto può condurre ad un irrigidimento, ad un ritiro psichico e identitario. È lo scambio con l'altro che mi modifica.

Trasparenza psichica/trasparenza culturale

Come sappiamo, tralasciate le dimensioni sociali e culturali, la funzione materna e paterna possono incorrere in tutte le vicissitudini cui è soggetto il funzionamento psichico individuale, a sofferenze antiche, ma mai placate, che riappaiono, in modo spesso brutale, nel momento in cui si attua il progetto della propria discendenza: sono le differenti forme di depressione post-parto o, addirittura, di psicosi che portano all'assenza di senso e allo spaesamento. La vulnerabilità delle madri, di tutte le madri, in questa fase è ormai ben nota e teorizzata, a partire, segnatamente, dal concetto di trasparenza psichica ¹, ove con trasparenza si intende il fatto che durante il periodo prenatale il funzionamento psichico della madre è più leggibile, più facile da percepire rispetto a quel che solitamente accade. In effetti, le mutazioni che accompagnano la gravidanza fanno sì che i nostri desideri, i nostri conflitti, le nostre emozioni siano espressi più facilmente ed in maniera più esplicita. Riviviamo e si riattivano i conflitti infantili, in modo particolare quelli legati alla problematica edipica. Successivamente, il funzionamento tornerà a divenire opaco. Una simile trasparenza psichica è me-

no evidente nei padri, sebbene pure loro si trovino ad attraversare le molteplici turbolenze legate alla recrudescenza dei propri conflitti, al vacillare della propria posizione filiale ed al passaggio dalla condizione di figlio a quella di padre. Essi rivivono ed esprimono queste esperienze in modo più diretto del solito. La fase perinatale autorizza ad una regressione e ad una espressione che di tale periodo sono tipiche.

L'esilio non fa che amplificare la trasparenza psichica, seppure essa si palesi in modo diverso, dal punto di vista psichico e culturale, in entrambi i genitori. A livello psichico, assistiamo alla recrudescenza dei conflitti e all'espressione delle emozioni. A livello culturale, osserviamo il medesimo processo, incentrato, in questo caso, sulle rappresentazioni culturali, sui modi di fare e di dire propri di ciascuna cultura. Tutti questi elementi che ritenevamo appartenere alla generazione precedente, si riattivano, divengono d'un tratto importanti e preziosi: ritornano ad essere vivi anche per noi. È quindi opportuno rifarsi all'idea della trasparenza culturale, per concepire e riuscire ad immaginare il percorso che i genitori affrontano. Il rapporto con la cultura dei propri genitori viene modificato e, per questa stessa ragione, la relazione che ad essi li lega non sarà più uguale.

Per una prevenzione precoce delle vicissitudini della genitorialità

In una realtà, come questa, in cui si assiste all'interazione tra diversi livelli, la dimensione psicologica assume una valenza specifica sul piano della prevenzione e della cura. La prevenzione, in effetti, comincia già dalla gravidanza. Bisogna aiutare le madri in difficoltà a pensare al nascituro, ad investirlo, ad accoglierlo, nonostante la solitudine in cui versano, una solitudine sociale, certo, ma, più ancora, una solitudine esistenziale. La condivisione della cultura consente di anticipare quel che accadrà, di pensarlo, di proteggersi. Essa funge da supporto alla costruzione di un posto per il bambino che verrà. Le difficoltà connesse all'instaurarsi del legame genitori-bambino trovano nell'esperienza del gruppo sociale nuclei di significato che, nella condizione migratoria, sono assai più difficili da cogliere. In una simile condizione, i soli punti fermi divengono il corpo e lo psichismo individuale, mentre tutto il resto assume un carattere instabile e precario. Anche altre donne si ritrovano, sole, ad affrontare il lavoro di umanizzazione del neonato, quel lavoro che è tipico di ogni nascita, sono le madri autoctone in rotta con la società, donne isolate al pari delle migranti – il bambino è un estraneo che bisogna imparare a conoscere e a riconoscere.

Durante il periodo perinatale, tra madre e neonato, come pure tra marito e moglie, sono necessari degli aggiustamenti. Le disfunzioni, sebbene possibili o, alle volte, inevitabili, hanno spesso natura transitoria, a condizione che l'intervento sia sufficientemente precoce. È per questo che bisogna saper riconoscere le anomalie dalle loro manifestazioni somatiche o funzionali, individuarle nelle

domande che, in alcune circostanze, risultano persino difficili da formulare, poiché non si sa a chi rivolgerle e come farlo. Bisogna imparare a cogliere lo sconforto e il dubbio delle madri migranti dalle piccole cose (sofferenze somatiche, lagnanze riguardo al bambino, richieste di aiuto sociale). Occorre soprattutto consentire a queste madri di esprimersi nella propria lingua, quando ciò sia necessario, mediante l'intervento di altre donne della comunità di appartenenza.

La prevenzione precoce si espleta, già dalle prime fasi della vita, presso i centri di *Protection maternelle et infantile* (PMI), i servizi di maternità e di pediatria, gli spazi per l'accoglienza dei più piccoli, gli studi dei medici di famiglia, gli spazi dedicati alla neuropsichiatria infantile ... La prevenzione, durante il periodo perinatale, è essenziale, poiché esso riveste un'importanza fondamentale nello sviluppo del bambino e perché è in questa fase che si costruisce il posto del bambino all'interno della famiglia.

Prevenzione, certo, ma anche cura. Le difficoltà quotidiane legate alle famiglie migranti, o alle famiglie socialmente svantaggiate ed ai loro figli, ci costringono a modificare la tecnica, così come la teoria delle cure psicologiche, per adattare a situazioni cliniche nuove e sempre più complesse: cambia il nostro modo di fare, ma cambia pure il nostro modo di pensare¹⁴. Occorre quindi modificare il proprio setting, per accogliere in modo appropriato questi bambini ed i loro genitori o per lasciare spazio, se del caso, ad una consultazione specialistica, nell'ambito di una rete che consenta l'instaurazione di legami e la possibilità di passaggio tra i luoghi di prevenzione e di cura, in un contesto in cui la complementarità è un elemento necessario.

L'obiettivo è di permettere al genitore il passaggio da un dentro ad un fuori che gli fa paura ed essere, per utilizzare la bella metafora di Michel Serres, "il tessitore che lavora per ricucire localmente due mondi separati...da un arresto brusco, la cesura metastrofica che accumula i morti ed i naufraghi: la catastrofe"¹⁵. Così, questo operaio tessitore "intreccia, torce, assembla, fa passare sopra e sotto, poi riannoda, razionale ed irrazionale, dicibile ed indicibile, la comunicazione e l'incomunicabile"¹⁵. Ci troviamo nel cuore del mandato transgenerazionale, di cui andiamo ora a definire gli elementi.

L'albero della vita

"Ognuno di noi è portatore di un mandato transgenerazionale: si potrebbe dire che il nostro "albero della vita" affonda le proprie radici nella terra bagnata dal sangue sgorgato dalle ferite provocate dai conflitti infantili dei nostri genitori. Queste radici, tuttavia, possono consentire lo sviluppo rigoglioso della pianta solo se non si perdono nei meandri reconditi del terreno, divenendo, quindi, inaccessibili. In generale e per fortuna, la filiazione segnata da conflitti nevrotici, non impedisce i processi di affiliazione culturale"⁶. L'albero della vita del bambino, il mandato cioè che gli viene affidato nell'ambito della trasmissio-

ne transgenerazionale, consente, quindi, l'accesso alla sua vita psichica della generazione dei nonni, per il tramite dei conflitti infantili, siano essi preconsoci o rimossi, dei suoi genitori. È pure possibile che nell'albero della vita trovino posto conflitti più recenti, in particolare, traumi; eventi che, talvolta, ridanno un senso a posteriori a conflitti o ad episodi traumatici infantili. È il caso, ad esempio, dei traumi migratori. Quando il peso della trasmissione è insostenibile e la sua traduzione troppo diretta, la filiazione si trasforma per il bambino in una "patologia del destino"². Vi sono allora "dei fantasmi nella stanza dei bambini"¹⁷. Sono i visitatori del passato non ricordato dei genitori; gli ospiti "inattesi al battesimo". Nelle situazioni migliori questi visitatori ostili e non invitati, vengono cacciati dalla stanza dei bambini e ritornano alle proprie dimore sotterranee. In circostanze sfavorevoli, invece, le rappresentazioni del passato nel presente invadono i luoghi e vi si installano, influenzando in modo preoccupante la relazione tra la madre e il neonato. È qui che si colloca la sfida terapeutica. Occorre creare, co-creare con la madre e le persone che le sono vicine, partendo dal bambino, partner attivo dell'interazione, le condizioni necessarie all'identificazione di tali fantasmi: più che scacciarli, bisogna in realtà negoziare con loro, renderli in una qualche misura umani. Ancora e sempre, produrre umanità, anche quando si parte dal trauma, quale che sia, in questo caso, la lacerazione legata all'esilio.

Analizziamo, ora, alcune delle tappe fondamentali per la madre migrante e per il suo bambino, valutandone le implicazioni in termini di prevenzione precoce.

Gravidanza e parto in esilio

Sul piano tradizionale, la gravidanza è un momento iniziatico cui la futura madre è introdotta dalle donne del gruppo: accompagnamento, preparazione alle diverse tappe, interpretazione dei sogni⁷. La migrazione incrina in vario modo questo processo di introduzione e di costruzione del senso. In primo luogo, si assiste alla perdita dell'accompagnamento del gruppo, dell'appoggio familiare, sociale e culturale, nonché all'impossibilità di dare un senso culturalmente accettabile a disfunzioni, quali la tristezza materna, la sensazione di incapacità, l'interazione disarmonica nella relazione madre-bambino. Sul piano medico, inoltre, le donne si trovano di fronte a modi di fare che non rispettano i sistemi di protezione della tradizione. Le pratiche mediche occidentali sono alle volte giudicate violente, impudiche e traumatiche, quando non addirittura "pornografiche" (più d'una delle mie pazienti ha impiegato questo termine). Ho percepito in modo vivido il peso della violenza vissuta dalle donne migranti incinte, agli inizi della mia esperienza con loro. Mi riferisco a donne migranti provenienti da regioni rurali del Maghreb, dell'Africa nera, dello Sri Lanka. Anche le donne originarie di zone urbane, sono soggette, senza dubbio, a questi processi, ma il modo in cui essi si manifestano è meno esplicito.

Ogni giorno è una vita

Ricevo Medina, una donna soninké originaria del Mali. Mi è stata inviata per una depressione *post-partum* con tratti che, in apparenza, sono stati ritenuti deliranti, ma che alla luce di una valutazione transculturale, si sono rivelati, invece, l'espressione culturale di un vissuto traumatico. Nessun delirio, in realtà, ma solo trauma, per quanto singolare nella sua espressione. Medina è una donna magnifica, alta e snella, con lo sguardo velato da una profonda tristezza. In occasione del nostro primo incontro, porta un boubou, una tunica tradizionale, di colore giallo acceso, mentre una fascia dello stesso colore le raccoglie i capelli. Il viso è grave e reca i segni delle scarnificazioni rituali: un tratto verticale in corrispondenza del mento, due tratti orizzontali lungo gli zigomi ed un piccolo segno verticale sulla fronte. Si esprime in soninké e la sua voce è monocorde. Di quando in quando, delle lacrime le solcano il viso; non se ne cura, continua a parlare della totale incomprensione di quanto le è accaduto mentre aveva ancora in grembo il proprio figlio, Mamadou. Il giorno dell'incontro, porta Mamadou sulla schiena. Si tratta del primo figlio, il bimbo ha due mesi: il suo corpo è minuto, mangia con difficoltà, piange tanto, si lamenta in modo penoso. Non lo ha potuto allattare, ha avuto problemi ad attaccarsi al seno e, tra l'altro, Medina è convinta di non avere latte o, quantomeno, latte che sia per lui abbastanza nutriente. Medina è in Francia da un anno, ha raggiunto il marito che vive qui ormai da otto.

Sono diversi i momenti che possono rappresentare delle vere e proprie violenze di ordine culturale e psichico per queste donne migranti di origini rurali. Prima ancora di analizzarli, però, occorre ribadire con forza che ad essere violento è l'atto in sé, quando viene eseguito senza preparazione. Questi gesti tecnici sono intimamente legati al contesto culturale occidentale; per chi non li condivide, essi divengono, per via del loro carattere scontato, dei veri e propri generatori di violenza psichica. Le donne possono a malapena prevederli e farne una rappresentazione. Non si vuole con questo giungere alla conclusione che sia necessario privarle di simili atti, ciò sarebbe assolutamente intollerabile sia sul piano etico, sia sul piano della salute pubblica. Privare queste donne delle pratiche mediche significherebbe escluderle ancora una volta dal nostro sistema di cura e fornire un ulteriore contributo alla loro emarginazione sociale. Al contrario, questi atti vanno eseguiti in maniera tale da risultare efficienti e raggiungere realmente l'obiettivo perseguito. Per adeguare le nostre strategie di prevenzione e di cura, dobbiamo necessariamente fare di questa alterità l'oggetto del nostro interesse, cosicché, lungi dal costituire un ostacolo all'interazione, essa divenga l'opportunità di un nuovo incontro.

Quali sono i momenti che possono corrispondere a possibili violenze psichiche per le donne migranti incinte? Ritorniamo, per poterli descrivere, al percorso affrontato da Medina, per come lei stessa lo racconta.

La dichiarazione di gravidanza

Secondo la tradizione, la gravidanza va nascosta il più a lungo possibile o, quantomeno, se ne deve parlare il meno possibile, per non suscitare l'invidia della donna sterile, di quella che non ha figli maschi, di quella che ha meno figli, della straniera⁴. Da qui, la paura che Medina ha provato quando si è dovuta recare dall'assistente sociale, per farsi compilare i moduli della "dichiarazione di gravidanza". Si sentiva minacciata, perché non protetta. Le sarebbe potuto accadere di tutto, persino di essere "colpita da una fattura", e perdere il bambino che portava in grembo. Una paura che l'ha seguita per tutto il periodo della gravidanza e che, anche dopo la nascita di Mamadou, ha continuato a terrorizzarla: il suo bambino non era protetto, sarebbe potuto ritornare in qualsiasi istante nel mondo degli antenati, cioè, morire.

L'ecografia

Le cose per Medina sono continuate secondo questa stessa logica: in ospedale, le hanno fatto delle "foto" che mostravano quel che aveva in grembo, che "mostravano ciò che Dio teneva ancora nascosto", per utilizzare le parole di Medina. In effetti, per lei, l'ecografia costituiva un atto ai limiti della pornografia. Tanto più che, considerata la sua scarsa comprensione del francese, l'équipe medica le mostrava delle immagini quasi senza fare commenti. Queste immagini mute, prive di qualsiasi spiegazione, sono percepite in modo ancor più violento! L'ecografista non riusciva a capire perché si rifiutasse di guardare, le parlava, le diceva, di certo, di guardare, di non preoccuparsi. Lei chiudeva gli occhi nel tentativo di non vedere. Un rifiuto di volgere lo sguardo verso le immagini che veniva interpretato come una difficoltà d'investimento del nascituro. Per altre donne migranti, invece, donne che provengono da luoghi in cui è diffusa la richiesta di atti divinatori nel corso della gravidanza, ad esempio, le mina o le ewe del Togo o del Benin, l'ecografia può essere assimilata a tali pratiche. In simili casi, l'atto medico rientra nell'ambito delle cose familiari. Ogni situazione individuale e culturale è singolare.

Il parto

Poi, vi è stato il parto, da sola, senza interprete, con la presenza quasi obbligatoria del marito, un buon musulmano, fatto entrare in sala "parto", poiché le cose si mettevano male. L'équipe pensava di praticare un cesareo, il marito si è rifiutato, terrorizzato. Alla fine, hanno deciso di attendere un po'; per tranquillizzare Medina si è andata a chiamare un'altra donna soninké che si trovava nello stesso reparto, perché aveva appena partorito. A quel punto, come dice Medina, il bambino ha finalmente deciso di uscire "da solo". Conosciamo, oggi, le

conseguenze disastrose dei cesarei praticati a donne migranti e siamo convinti della necessità di rispettare, quando ciò sia possibile, quando cioè non si mettono a repentaglio la vita del bambino e della madre, la lentezza del travaglio fisiologico delle donne dell'Africa nera.

Queste parole ripetute, in seguito, spesse volte da altre migranti, mi hanno obbligata a riconoscere la violenza di talune pratiche mediche giudicate a priori innocue. In Medina, ricorre spesso l'idea che il bambino che ha portato in grembo e che è nato in simili condizioni non sia protetto, che entrambi, madre e bambino, siano in pericolo. Alla luce del lavoro fatto in seguito con Medina, la categoria "giusta cui pensare", in un caso simile, è quella della "mancanza di protezione della madre e del bambino" e la relativa conseguenza culturale, la vulnerabilità ad una "fattura". In effetti, Medina ha cominciato a trovare sollievo grazie ad atti culturali che hanno contribuito a sanare questa violenza, a porre rimedio a questa mancanza di protezione: i genitori hanno chiesto alle famiglie di origine, rimaste nel paese natale, di mettere in atto delle difese rituali per Mamadou, così da consentirne l'ingresso nella catena delle generazioni e nella famiglia allargata. Nel contempo, con la madre abbiamo lavorato sull'elaborazione della tristezza e sulla perdita dell'appoggio, rendendo vive rappresentazioni culturali che avevano perduto il proprio senso a seguito dell'esilio e dei conflitti familiari, abbiamo, cioè, ricostruito almeno parzialmente, il sostegno culturale all'interno gruppo terapeutico: il suo primogenito era privo di protezione, poiché lei aveva abbandonato il proprio paese senza l'accordo del padre. Questo lavoro di co-costruzione di un senso culturale segnò la prima tappa del nostro percorso, quella della definizione di un *setting*.

In un secondo momento, furono trattate le varie perdite subite da Medina. Sua madre era morta dandola alla luce e lei era stata cresciuta dall'altra moglie del padre. Inoltre, Medina viveva con dolore e grande tristezza l'esilio e la separazione dalle sorelle, una delle quali era morta senza che lei avesse potuto rivederla. Agevolata in questo dal gruppo e dal *setting* proposto, Medina sarebbe riuscita ad elaborare la propria tristezza, a dare un senso a tutto quel che era successo nel corso di una gravidanza oltremodo solitaria ed a costruire un legame "sicuro" con il figlio Mamadou. La protezione del nonno materno, da Medina richiesta ed ottenuta, diveniva, finalmente, efficace.

Dal punto di vista della prevenzione, ci si rende conto, attraverso questa e molte altre storie simili, di quanto sia necessario che la donna incinta possa costituirsi una rappresentazione culturalmente accettabile di ciò che le viene fatto. È così che la futura madre può definire una strategia individuale che le consenta di passare da un universo all'altro, senza rinunciare alle proprie rappresentazioni: costruire, quindi, una reale strategia di meticciamiento.

In un contesto intraculturale, per il tramite della gravidanza e del parto, la donna si va ad inscrivere nella filiazione delle madri, trovando sostegno in un appoggio efficace (la famiglia, la medicina, le amicizie). In ambito transcultu-

rare, la donna non trova più gli appoggi esterni necessari a colmare il proprio disordine interno, “con la conseguente amplificazione per effetto dell’esilio dei meccanismi di confusione”¹¹.

Si osservano talvolta nelle madri altri atteggiamenti che occorre ritenere connessi al trauma di certi esili ed ai conflitti anteriori che questi riescono a riattivare. In primo luogo le pseudo-dimissioni materne: è come se queste donne si dicessero “le competenze in terra straniera sono altrove”. Esse procedono così ad una acculturazione precipitosa: tutto ciò che posso offrire è cattivo, tutto quel che è buono viene dal di fuori. Oppure, al contrario, degli irrigidimenti culturali: la tendenza al ritorno a pratiche talvolta superate persino nelle famiglie di origine, evidenziando, in particolare, una perdita di elasticità adattativa verso qualsiasi cultura ed un irrigidimento delle pratiche, ma, soprattutto, pensieri secondari di un trauma non elaborabile.

La gravidanza e il parto in situazione migratoria riattivano la perdita dei punti di riferimento. Questi avvenimenti non sono accompagnati dal gruppo, donde l’amplificazione del loro carattere traumatico. Così il parto, momento di violazione dell’involucro materno – fisico e psichico – si ritrova sovente ad essere un fattore di riattivazione della sofferenza dell’esilio. Si vede così emergere il carattere peculiare della presa in carico di queste donne migranti e dei loro neonati: se vi è, come noi pensiamo, una patologia dell’esilio, non la si può situare sul piano dei contenuti, che sono universali e invariabili, ma la si deve rilevare invece sul piano del funzionamento dei contenenti e dei contesti interni ed esterni.

Riassunto

Vengono presentate le basi teoriche e cliniche della clinica transculturale genitori-bambini con riferimento alla letteratura francese. Vengono analizzate le differenti tappe della gravidanza ed i relativi possibili malintesi che la donna migrante può sperimentare (dichiarazione dello stato di gravidanza, ecografia, parto) sino alle interazioni precoci genitori-bambini. L’autrice sostiene l’idea che questo approccio specifico stimola il rinnovamento della psicopatologia generale.

Bibliografia

- ¹ Bydlowski M. *La transparence psychique de la grossesse*. Études freudiennes 1991;32:2-9.
- ² Coblence F. *Serge Lebovici*. Paris: PUF 1996.
- ³ Gauchet M. *L’enfant du désir. Le Débat*. L’enfant-problème 2004;132:98-121.
- ⁴ Giami I. *Recherches ethnologiques sur les maternités de femmes africaines en milieu hospitalier parisien. Mémoire de maîtrise d’ethnologie*. Paris: Université de Paris X 1987.
- ⁵ Lallemand S, Journet O, Ewombe-Moundo E, Ravololomanga B., Dupuis A., Cros M, et al. *Grossesse et petite enfance en Afrique Noire et à Madagascar*. Paris: L’Harmattan 1991.

- ⁶ Lebovici S. *L'objet est investi avant d'être perçu*. *Psychiat Enf* 1961;3:1.
- ⁷ Moro MR. *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris: Coll. Fil Rouge 1994.
- ⁸ Moro MR. *Bambini di qui venuti da altrove*. Saggio di transcultura. Milano: Franco Angeli 2005.
- ⁹ Moro MR. *Genitori in esilio. Psicopatologia e migrazioni*. Milano: Raffaello Cortina 2002.
- ¹⁰ Moro MR. *Bambini immigrati in cerca di aiuto*. I consultori di psicoterapia transculturale. Torino: Utet 2001.
- ¹¹ Moro MR, Nathan T, Rabain-Jamin J, Stork H, Si Ahmed J. *Le bébé dans son univers culturel*. In: Lebovici S, Weil-Halpern F, eds. *Psychopathologie du bébé*. Paris: PUF 1989, pp. 683-750.
- ¹² Moro MR, Réal I, Baubet T. *Consultation transculturelle en périnatalité: une psychiatrie de liaison pour les bébés et leurs parents migrants*. In: Bailly D, ed., *Pédopsychiatrie de liaison: vers une collaboration entre pédiatres et psychiatres*. Doin: Rueil-Malmaison 2005, pp. 35-41.
- ¹³ Rabain-Jamin J. *La famille africaine*. In: Lebovici S, Weil-Halpern F, eds. *Psychopathologie du bébé*. Paris: PUF 1989, pp. 722-727.
- ¹⁴ Real I, Moro MR. *De l'art d'humaniser les bébés. Clinique transculturelle des processus de socialisation précoce*. *Champ psychosomatique* 1998;15:31-44.
- ¹⁵ Serre M. *Discours et parcours*. In: Lévi-Strauss C. *L'identité*. Paris: Grasset 1977.
- ¹⁶ Stork H. *Enfances indiennes. Etude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant*. Paris: Paidós - Le Centurion 1986.
- ¹⁷ Fraiberg S. *Fantômes dans la chambre d'enfants*. Paris: PUF 1999.