

MAPPE BIOSISTEMICHE
e
STORIE DI MIGRANTI

Marcella Latrofa

2012

Introduzione

Siamo a Gennaio 2012, inizio di un nuovo anno, come ogni inizio di nuovo anno sono carica di “buoni propositi” e mi dico, devo iniziare a pensare su cosa scrivere la tesina del II anno per la Scuola Biosistemica! Una lampadina si accende: “e se parlassi della mia esperienza con i migranti?!”

In quel momento era entrato nel vivo il mio impegno di tirocinio (e volontariato) presso il Centro per la Salute della Famiglia Straniera dell'AUSL di Reggio Emilia. In questo centro si offrono cure primarie - medicina di base, ginecologia, pediatria - agli immigrati irregolari presenti sul territorio. Il mio ruolo è quello di offrire uno sportello di ascolto a tutti gli utenti stranieri che mostrano, più o meno direttamente, un qualche disagio emotivo, sociale o esistenziale.

L'esperienza al Centro Stranieri, oltre a rivelarsi un'esperienza di vita fondante per me e per la mia formazione, ha rappresentato il sottofondo musicale durante questi mesi di lettura dei libri per la stesura della tesina del II anno. Mi sono immersa nei libri cercando le chiavi di lettura per accogliere al meglio le complesse richieste che i diversi utenti e situazioni cliniche mi portavano.

Nel presente lavoro cercherò inizialmente di delineare quali possono essere i vantaggi più generali dell'approccio biosistemico nell'incontro clinico con utenti stranieri; passerò poi a presentare alcuni specifici casi attraverso mappe teoriche e metodologiche affiliate alla biosistemica; infine presenterò le peculiarità semantiche sia del processo migratorio in generale, sia della mia personale esperienza di migrante.

Il Trauma della Migrazione nel Linguaggio Biosistemico

La migrazione può rappresentare un passaggio tortuoso, un cambiamento radicale, una netta linea di demarcazione tra un prima e un dopo, nell'esistenza degli individui. Allontanarsi dalla propria terra di origine, i suoi sapori e profumi, dagli affetti primari e fondanti, dal proprio sistema sociale e culturale, dalle proprie credenze e valori, può certamente costituire un'esperienza traumatica, soprattutto se si arriva in un mondo totalmente diverso, sconosciuto, incomprensibile e non di rado ostile.

In Biosistemica definiamo il trauma come “quell'evento, o serie di eventi, collegato ad un'esperienza soggettiva di impotenza inerme o di incapacità di evitare il pericolo insito in esso” (Stupiggia e Lopez, 2009); la persona migrante e clandestina spesso si ritrova al suo arrivo in terra straniera in un contesto che necessariamente lo pone in una condizione di impotenza, quale impossibilità di comunicare, esprimersi, capire, agire liberamente.

L'esperienza migratoria può costituire un particolare evento traumatico: se da un lato è legata alla verità dell'esperienza e non ad un processo di falsità o rimozione del significato (Stupiggia e Lopez, 2009), dall'altro, l'immigrato ricorda spesso con grande vividezza il suo arrivo in terra straniera, è un ricordo caratterizzato da una carica emotiva talmente enorme e violenta da poter provocare un'alterazione dell'attività psichica (Mazzetti, 2008). Piuttosto che di un “trauma catastrofico” o di un “trauma cumulativo”, possiamo definirlo un “trauma iniziatico”, caratterizzato da una sorta di rito di iniziazione che definisce il passaggio al nuovo, rimarcando la cesura con il passato.

Come tutte le esperienze traumatiche, anche l'esperienza migratoria, lascia il suo segno più profondo nella memoria corporea; recenti studi di neurofisiologia sottolineano che il vissuto traumatico si iscrive peculiarmente nelle componenti sensoriali e motorie

dell'emozione. Questa idea trova riscontro nei numerosi pazienti arrivati al Centro Stranieri con una ampia varietà di sintomi psico-somatici: formicolii alle braccia, tachicardia, tensione alla schiena, insonnia, dolori al petto, rossore, etc...

L'approccio biosistemico, caratterizzato dalla peculiare attenzione al corpo, si configura pertanto come strumento preferenziale nell'incontro clinico con pazienti immigrati. L'attenzione al corpo e al significato emotivo racchiuso nel sintomo somatico, permette di costituire una via di accesso per entrare in contatto con "l'essenza dell'esperienza traumatica".

Di fronte alla complessità dei sistemi di riferimento culturali e valoriali dei pazienti immigrati, dialogare con il contenuto emotivo universalmente racchiuso nei loro corpi, permette di andare oltre numerose barriere di significato altrimenti inavvicinabili. Come direbbe Arnold Mindell (1991), provare con questi pazienti ad introdurre canali del sentire diversi da quelli abituali, attraverso l'introduzione di basilari tecniche di propriocezione, può permettere di fermare la complessità del mondo là fuori e di entrare in ascolto con parti di sé primarie e basilari. Tutte le volte che con alcuni pazienti ho provato a farli entrare in contatto con il proprio respiro, a visualizzarlo nel loro corpo, ad ascoltarne l'energia emotiva sottostante, questo ha apportato un cambiamento nel fluire del colloquio, introducendo in loro un nuovo flusso di coscienza che spesso li portava a percepire i margini del loro esserci, a percepire il loro senso di identità, nonostante il senso di frammentazione che il processo migratorio comporta.

C'è un altro vantaggio del metodo biosistemico nell'incontro con pazienti stranieri: l'uso della parola chiave. Gli utenti stranieri che ho incontrato in questi mesi provengono da tutto il mondo: Brasile, Israele, Georgia, Libia, Pakistan, Nigeria, Ucraina, Congo, Cina; in

questa varietà di incontro, la lingua sicuramente rappresenta un grande ostacolo. Sono spesso persone arrivate da poco in Italia che non conoscono l'Italiano, o che lo parlano molto poco; a volte ho svolto i colloqui in Inglese, spesso invece ho chiesto l'intervento di mediatori linguistico-culturali; fattori che rendono molto particolare il setting del colloquio psicologico con utenti stranieri.

Il ricorso alla parola chiave si è rivelato un efficace strumento di intervento per accogliere l'essenza della richiesta di aiuto che queste persone mi portavano: in un sistema linguistico frammentato e povero, focalizzarmi sull'individuazione della parola chiave, centro emotivo del paziente nel qui ed ora, ha avuto il duplice vantaggio, da un lato di non perdersi in racconti spesso molto difficili da comprendere, dall'altro di riuscire ad entrare semplicemente in contatto empatico con persone per cui spesso il fulcro della sofferenza è caratterizzato da un profondo senso di solitudine. L'isolamento sociale, l'assenza di relazioni significative, il senso di solitudine estremo, sono infatti caratteristiche centrali delle persone traumatizzate ed anche delle persone migranti.

Infine un'ulteriore aspetto che rende pertinente il riferimento all'approccio biosistemico con pazienti immigrati è il non ricorso alla diagnosi psicologica. Il ricorso ad una diagnosi, ad una etichetta diagnostica da attribuire sulla base di una presunta oggettività metodologica, risulta estremamente stridente nell'incontro con "l'Altro doppiamente alieno – straniero e folle - " (Beneduce, 2007). Spesso i pazienti stranieri insieme al loro disagio intrapsichico portano un bagaglio culturale costituito da tradizioni terapeutiche, credenze magiche, metafore eziologiche, sofferenze sociali, storie di colonialismo e di sopraffazione, difficilmente leggibili attraverso le lenti di categorie diagnostiche intrise di una cultura occidentale.

Risulta pertanto evidente che con questi pazienti, per cogliere a pieno le loro storie e i loro significati esistenziali, sia necessario munirsi di un diverso e nuovo insieme di segni e strategie interpretative; questo passaggio risulta possibile soprattutto attraverso la strada dell'ascolto profondo (Liss, 2009).

Mappe Biosistemiche e Storie di Migranti

Se è vero che il ricorso alla diagnosi risulterebbe limitante nell'approccio con pazienti immigrati, è vero che in biosistemica possiamo fare riferimento a mappe teoriche e metodologiche che mettano in luce la complessità dell'altro. In questo paragrafo utilizzando due diversi strumenti presenterò alcuni dei casi che ho incontrato al Centro Stranieri.

Mappa della Configurazione Funzionale del Sé: il caso di Adam

Luciano Rispoli (1996) sottolinea che in un processo terapeutico di tipo psicocorporeo sia importante considerare più livelli del sé per ottenere un quadro di funzionamento complessivo del paziente. L'autore sottolinea come in una terapia psicocorporea sia importante osservare il piano cognitivo-simbolico, il piano emozionale, il piano posturale-muscolare ed il piano fisiologico di funzionamento del paziente, per comprendere quali siano le aree di intervento, che richiedono maggiore integrazione o maggiore sviluppo, nelle diverse fasi che si susseguono in un processo terapeutico.

Adam è originario di Tel Aviv, ha 37 anni ed è in Italia da 4 anni. E' venuto in Italia per amore, è sposato con una donna italiana, e si rivolge alla psicologa perché dichiara di essere in un periodo di profonda sofferenza a causa di un malessere nella sua relazione di coppia, oltre ad essere molto a disagio perché disoccupato, "il lavoro è la sua terapia". Sul piano *cognitivo-simbolico* Adam è estremamente attivo, ha una vivida razionalità, racconta a lungo e minuziosamente dei fatti che caratterizzano la sua vita, è inoltre molto propositivo proponendo spesso collegamenti sui contenuti che emergono nelle sedute. Mi colpisce fin da subito il tipo di linguaggio che Adam usa, caratterizzato da frequenti riferimenti ad un contesto di guerra: attacco e difesa sono i poli attraverso cui Adam costruisce e descrive le sue relazioni sociali e affettive; spesso i suoi problemi sono descritti come nemici da combattere, le sue difficoltà possono essere lette come mancanza di strategie di intervento efficaci. La ricchezza cognitiva di Adam non trova rispecchiamento sul suo *piano emozionale*, la sua difficoltà a nominare le emozioni, se non come stato di generico malessere, a descriverle stereotipicamente come male (e molto raramente in termini di bene), non può essere collegata a delle limitazioni linguistiche (Adam capisce e parla piuttosto bene l'italiano), quanto piuttosto ad un ambiente familiare di origine totalmente anaffettivo. La chiusura emotiva di Adam trova un riscontro speculare sul suo *piano posturale-muscolare*: la posizione più tipica di Adam durante un colloquio è con le braccia incrociate ed una gamba accavallata all'altra, lui riesce a rimanere in questa posizione anche per tutti i 50 minuti. La sua struttura è imponente, è alto, spalle larghe, robusto, faccia molto grande; quelle rare volte in cui fa qualche movimento è sempre molto scattoso: la sensazione che mi arriva è quella di piccole impercettibili fughe di energia che il corpo subito fa rientrare. In parallelo il suo *sistema fisiologico* appare caratterizzato da croniche tensioni e fugaci formicolii, di cui

Adam appare completamente inconsapevole: il suo modo naturale di stare e relazionarsi nel mondo è quella del guerriero, sempre pronto a scattare, combattere, difendersi.

La lettura del funzionamento identitario di Adam attraverso questa mappa, si è rivelata molto utile nel corso delle sedute in particolare per sviscerare il nodo cruciale di un intervento clinico con un migrante: il suo *progetto migratorio*. Nel caso di Adam ci troviamo di fronte ad un progetto migratorio apparentemente più semplice del solito: lui aveva la passione per le lingue (studiava già da tempo Italiano), ha scelto di venire in Italia per amore, si è sposato con una Italiana e questo lo ha salvato da una serie di difficoltà burocratiche (permesso di soggiorno, etc..). Attraverso però un lento a volte quasi impercettibile processo di approfondimento della storia emotiva di Adam, durante un colloquio è emerso il significato soggettivo di Adam al suo essere emigrato: “il mio essere venuto qui è stata la mia *vendetta*”. Adam è ebreo, proveniente da una famiglia piuttosto religiosa: essersi sposato con una Italiana, non ebrea, aver lasciato la sua terra: rappresenta per lui la vendetta ed il riscatto nei confronti di una famiglia autoritaria, opprimente e ambivalente, che non ha mai dato sufficiente spazio alla sfera emotiva e corporea di Adam (per molti anni lui ha dormito in un salotto, spazio di passaggio per tutti i componenti della famiglia).

Mappa del Processo Corporeo attraverso la respirazione: il caso di Oksana

La lettura del libro di George Downing “Il Corpo e la Paola” (1995), ha rappresentato una guida importante per me in questa esperienza iniziale di terapeuta corporeo. Preoccupata che le mie sedute fossero comunque sempre molto verbali, ho trovato nelle parole di Downing ristoro: il quando inserire un lavoro corporeo, se esplorare un determinato movimento piuttosto che un altro, se chiedere ad un/una paziente di ascoltare il proprio corpo, sono tutte fasi del processo terapeutico estremamente delicate e che possono

avvenire o meno a seconda della funzionalità complessiva del/la paziente stesso e della qualità della relazione empatica con lui/lei. Descriverò ora brevemente il passaggio di una seduta con una paziente del Centro Stranieri in cui ho potuto sperimentare l'avvio di un *processo corporeo* (Downing, 1995) attraverso diverse fasi della respirazione.

Oksana è Ucraina, ha 25 anni, è in Italia da 3, lavora come badante presso una coppia di anziani; si rivolge al Centro Stranieri perché preoccupata da alcuni suoi comportamenti alimentari disordinati. Oksana conosce l'Italiano sufficientemente bene, quello che mi colpisce quando lei parla è il suo ritmo, estremamente lento, accompagnato da una voce molto fiavole: la sensazione che mi arriva ascoltandola è “se ti racconto di questo, ho paura di disturbare”. Durante il 5° colloquio con lei, questa sensazione di lentezza mi era arrivata quasi come opprimente, sentivo che potevamo avvicinarci a qualcosa di cruciale, ma con quel ritmo non sarebbe mai stato possibile. Durante una delle lunghe pause di Oksana, le ho chiesto di chiudere gli occhi e di ascoltare il suo respiro. In qualche modo ho chiesto ad Oksana di entrare, come lo definisce Downing, in uno *stadio di incubazione*. Oksana mostra subito un viso rilassato e di piacevolezza, quasi a dirmi grazie di avermi fermata; nulla sembra che stia per accadere, eppure all'improvviso, spontaneamente, Oksana porta la sua mano sulla pancia, nucleo centrale del suo funzionamento emotivo. Rimando ad Oksana il suo gesto e la invito a mettere in contatto il suo respiro con quella parte e a raccontarmi cosa sente; entriamo così nello *stadio del tremito*, Oksana dice di sentire la sua pancia che trema. Come direbbe Downing, in quel momento il corpo della paziente contatta “la punta di un iceberg psicologico”, ed è il suo corpo che “si apre all'emozione”. Oksana riconosce quella sensazione corporea come paura, l'entrata nello *stadio dell'emozione* è caratterizzato da un radicale cambio nel suo ritmo espressivo vocale; aveva dimenticato quella sensazione, ora che era qui in Italia, ma la ricorda bene, la provava ogni volta che era in casa in Ucraina e sapeva che suo padre poteva entrare in

una stanza da un momento all'altro. Accompagno Oksana in questa fase delicata di scoperta dell'oggetto dell'emozione, del suo referente primario (Downing, 1995). La invito a mantenere il contatto con il suo respiro e Oksana stringe le spalle, solleva le braccia e comincia a farle vibrare ritmicamente: “era così che mi sentivo, ogni volta che ero in casa, così”, stavamo entrando nello *stadio di amplificazione dei movimenti*. Grazie al processo corporeo avviato in quella seduta, nei colloqui successivi sviscereremo con Oksana il significato primario del suo progetto migratorio: Oksana che era venuta in Italia, perché una cugina le aveva detto che qui si trovava lavoro facilmente, lei che era partita un giorno all'improvviso - non aveva avuto tempo di salutare nessuno -, lei che era una giornalista in Ucraina e in Italia faceva la badante, Oksana era partita per fuggire alla paura intrisa nelle sue mura domestiche.

Il Significato Soggettivo della Migrazione e la Ritraumatizzazione.

Dalla presentazione dei due casi precedenti è emerso come il progetto migratorio, spesso legato principalmente a fattori economici o politico-sociali, racchiuda in sé una serie di motivazioni soggettive, che a parità di condizioni, porteranno una persona a decidere di partire ed un'altra a restare.

Esiste un detto : “Partire è un po' morire”, eppure l'idea che mi sono fatta dall'incontro con pazienti immigrati è che partire sia un po' ri-vivere.

Il progetto migratorio, come descritto all'inizio, iscrive nel funzionamento psichico ed emotivo del migrante una frattura, un trauma; contemporaneamente, nello zaino del migrante c'è un nucleo di significato che trova le sue origini nella memoria ontogenetica dell'individuo (Stettbacher, 1991), nella sua storia personale, nella sua infanzia. All'arrivo

nel nuovo, il trauma della migrazione si palesa in tutta la sua forza, ma è proprio qui, in questo passaggio tra il prima e il dopo, che il migrante ri-vive drammaticamente anche il suo trauma originario, quel qualcosa da cui era voluto fuggire, come nel caso di Oksana, o quel qualcosa contro cui vendicarsi come nel caso di Adam. Ecco che quindi il trauma della migrazione può diventare esperienza drammatica perché spesso inevitabilmente comporta di dover fare i conti, anche nel nuovo, con la memoria dolorosa di ciò da cui ci si voleva allontanare. E' quindi importante in un intervento clinico con un migrante avere sempre ben presente due livelli: da un lato, il qui ed ora, con le sue difficoltà, la discriminazione, l'illegalità, la mancanza di libertà, l'incomunicabilità, l'isolamento; dall'altro la memoria soggettiva, i ricordi del passato doloroso di ogni singolo migrante.

“Chi non conosce il paese da cui proviene non troverà il paese che cerca” (Sconosciuto). Mi risuona questa frase ascoltata durante una lezione di quest'anno riportata dalla dott.ssa Poggioli. E' come se, il trauma del nuovo aprisse le porte per rivivere a pieno il dramma del proprio passato; il processo migratorio è quindi non solo un'esperienza traumatica, ma può anche essere letta come una esperienza ri-traumatizzante.

C'è un ultimo elemento su cui riflettere nell'incontro con pazienti migranti: la memoria ontogenetica, la memoria personale del singolo individuo, si somma alla memoria filogenetica, all'insieme di esperienze accumulate nella storia di un popolo (Stettbacher, 1991). Tornando al caso di Adam, più volte mi sono chiesta che significato potesse avere nella sua storia personale di ebreo, questo bisogno di vendetta contro la sopraffazione, quanto la vendetta sia insita nella sua storia familiare, fra i suoi antenati? Interrogativi come questo, lontano dal trovare risposte immediate, possono essere importanti nell'instaurare una relazione terapeutica con una persona portatrice di una memoria filogenetica in parte diversa dalla nostra, così da potersi avvicinare più profondamente alle

esperienze emotive dell'altro, strettamente connesse all'ambiente storico-culturale da cui proviene.

Nota Personale

Ho deciso di scrivere la nota finale di questa relazione da qui, con i piedi radicati in quella terra da cui sono emigrata oltre 14 anni fa. Sollevo gli occhi dallo schermo e mi nutro: l'orizzonte è aperto, in lontananza l'azzurro blu del mare, la sua maestosità, la sua forza, il suo profumo; prima del blu l'orizzonte è frastagliato dai riflessi verde oro degli ulivi; la terra rossa, la luce bianca del sole. Succede ancora, succede sempre, inevitabilmente mi commuovo.

Quando quattordici anni fa avevo deciso di lasciare, questo che oggi mi appare come un paradiso, non mi era chiaro quale fosse il luogo da cui volevo andare via. Il progetto migratorio era chiaro, avrei studiato Psicologia, unica facoltà universitaria che non c'era nella mia città di origine. Il trauma della migrazione è vivo nella mia memoria, nel mio piccolo, ero straniata: da quell'accento così diverso, da un dialetto (il veneto) che trovavo fastidioso, da piccoli gesti di discriminazione, dall'appellativo terrona che mi dava sempre ogni volta che lo ascoltavo un senso di soffocamento misto a rabbia, da quel caldo umido e appiccicoso totalmente diverso dal caldo torrido della mia terra; mi sentivo sola; ricordo la fatica e lo spaesamento nell'imparare ogni giorno nomi di strade e luoghi sconosciuti.

Oggi, dopo così tanti anni, il ricordo di quei primi anni in una "terra straniera" è quasi un ricordo di tenerezza nostalgica, a quella migrazione ne sono seguite tante altre; anche in continenti diversi; ogni volta sapevo che non sarebbe stato facile, all'inizio almeno, ma anche se lo sapevo, il trauma, "il partire-morire-rivivere", arrivavano inesorabilmente.

Ci sono voluti parecchi anni ed un percorso di psicoterapia individuale perché capissi il significato soggettivo del mio progetto migratorio: avevo il bisogno di prendere la giusta distanza da legami importanti. Non è stato facile, ammetterlo, viverlo, sentirlo, ma ora che in qualche modo sono riuscita ad affrontarlo, solo ora, seduta con i piedi in questa terra rossa, riesco ad amare ancora di più i suoi profumi, i suoi colori e la mia casa.

Libri di Riferimento

- Downing G., *Il corpo e la parola*, Astrolabio, Roma, 1995.
- Mindell A., *Lavorare da soli su se stessi. Il corpo, la mente , i sogni*, Astrolabio, 1991.
- Rispoli L., *Le esperienze fondamentali del Sé come nucleo centrale della psicoterapia*, 1996.
- Stettbacher J.K., *Perché la sofferenza*, Garzanti, Milano, 1991.
- Giommi R., & Cristofori S., *Il benessere nelle emozioni, Manuale del metodo Biosistemico*, Edizioni la meridiana, Molfetta (BA), 2009.
- Beneduce R., *Epistemologia e metodologia della cura nelle società multiculturali*, 2007.
- Mazzetti M., *Trauma e migrazione. Un approccio analitico transazionale a rifugiati e vittime di tortura*, 2008.