

Un implacabile stare nel mezzo. Il sintomo postcoloniale come critica delle condizioni affettive delle seconde generazioni in Italia

di *Andrea Ruben Pomella**

Riassunto: Attraverso il contributo di tre professioniste del Servizio di Neuropsichiatria e Psicologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza della AUSL di Piacenza, il ragionamento che propongo è un ripensamento critico dell'approccio psicoanalitico (occidentale) quando si è in presenza di migranti e seconde generazioni. Grazie a una lettura di alcuni dei principali lavori dello psichiatra martinicano Frantz Fanon e all'archivio degli studi etnopsichiatrici, affronterò le concettualizzazioni di *sintomo*, *nostalgia* e *malinconia* al fine di operarne un ribaltamento e iniziare a concepirle come manifestazione di una *critica sociale* all'ambiente circostante.

Parole-chiave: Frantz Fanon; etnopsichiatria; seconde generazioni; spazio; sintomo; critica sociale.

A relentless being in the middle. The postcolonial symptom as a criticism of the second generations affective conditions in Italy

Abstract: Through the contribution of three professionals from the Childhood and Puberty Neuropsychiatry and Psychology Service of Piacenza AUSL, the argument that I propose is a critical rethinking of the (western) psychoanalytic approach when in presence of migrants and second generations. Thanks to the reading of some of the main works of the Martinique psychiatrist Frantz Fanon and the archive of Ethnopsychiatric Studies, I will face the conceptualizations of *symptom*, *nostalgia* and *melancholy* in order to overturn them and begin to conceive them as a manifestation of social criticism of the surrounding environment.

Keywords: Frantz Fanon; ethnopsychiatry; second generations; space, symptom; social criticism.

Ricevuto: 28 Febbraio 2020

Accettato: 29 Maggio 2020

*. Andrea Ruben Pomella, Università degli Studi di Napoli "L'Orientale" (Italia), Dipartimento di Scienze umane e sociali; arpomella@unior.it.

Premesse

«Nel nostro mestiere la finalità è quella di affrontare – trovare la maniera di affrontare – la contraddizione che noi siamo: oppressori ed oppressi, e che dinanzi a noi abbiamo una persona che si vorrebbe opprimere [...] L'uomo ha sempre questo impulso, di dominare l'altro; è naturale che sia così. È innaturale quando si istituzionalizza questo fenomeno oppressivo [...] Noi rifiutiamo questo discorso». È con queste parole di Franco Basaglia (1979), che provo a prendere parola sull'attuale condizione affettiva sofferta da una parte della popolazione italiana. Lo farò attraverso l'intervista a tre professionisti del “Servizio di Neuropsichiatria Psicologia Infanzia Adolescenza” della AUSL della provincia di Piacenza.

Prima di addentrarci nel cuore della riflessione che propongo riguardo la salute mentale dei migranti e delle seconde generazioni, ritengo preliminare interrogarci su quali siano le condizioni ambientali, affettive ed economiche che disciplinano quella che è stata definita *civic integration* (Carbone, Gargiulo e Russo Spena, 2018).

In primo luogo preme sottolineare un dato emerso da recenti ricerche, condotte da Medici Senza Frontiere, Fondazione Migrantes e alcune singole Aziende Sanitarie Locali: le cosiddette “Post-Migration Living Difficulties” sembrano giocare un importante ruolo tra i fattori di rischio per la salute mentale, insieme ai traumi subiti prima della partenza e a quelli sofferti durante il percorso migratorio (Aragona, Geraci e Mazzetti, 2014). Stando a uno studio elaborato dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

I fattori riconosciuti come in grado di aumentare il rischio di sofferenza psichica tra gli immigrati sembrano tuttavia essere in crescita [...] I servizi psichiatrici, già in molte aree del paese sotto pressione per la scarsità di personale, oltre a essere sottodimensionati soffrono a volte della mancanza di competenze specifiche, sia per quanto riguarda la psicotraumatologia da violenza intenzionale, un settore della psicopatologia relativamente recente, sia per la capacità di intervenire in modo culturalmente sensibile (Mazzetti, Aragona e Monti, 2016: 285).

A una certa inadeguatezza delle strutture socio-sanitarie pubbliche messe a disposizione dei migranti, si affianca la quasi totale mancanza di saperi istituzionali prodotti a riguardo. L'interesse istituzionale verso la salute mentale dei migranti sembra crescere sensibilmente in ordine ad alcuni fenomeni che hanno riguardato direttamente il sistema-paese e che possiamo così sintetizzare: la crisi economica del 2008, le cui ripercussioni psicologiche sono state ampiamente documentate (Cipriano, 2016); i movimenti arabi del 2011; la cosiddetta crisi dei rifugiati del 2015. La documentazione della SIMM e

non solo si sofferma in modo particolare su una figura sovra-rappresentata negli ultimi anni: il richiedente protezione internazionale.

L'attenzione sui profili psicologici e sullo stato di salute con cui i migranti approdano sulle coste italiane, risulta quindi dominante sulla condizione di chi ha già conquistato un certo grado di "integrazione" nella "società di arrivo". Ciò sembra confermato dalle stesse parole della SIMM e di MSF che si concentrano in particolar modo sulla psicopatologia da violenze intenzionali, in altre parole la tortura, e sui traumi, ormai ampiamente accertati, provocati dalla stessa esperienza migratoria.

E tuttavia tra il 2009 e il 2011 i ricoveri di cittadini non italiani in psichiatria sono aumentati di circa il 50% in più in due anni, mantenendosi anche negli anni successivi intorno a quest'ordine di grandezza, con un incremento che non corrisponde a un aumento della presenza migrante nel paese (Da Silva, Estela *et al.*, 2016). Inoltre, il rapporto *Salute mentale in Piemonte*, redatto da IRES (2017), sostiene che «nelle coorti giovanili oggi sono presenti in numero elevato immigrati di seconda generazione, che in numerosi studi hanno mostrato di avere un rischio circa triplo di sviluppare psicosi rispetto alla popolazione generale» (p. 40).

1. Esistere un dramma: il desiderio di *cambiar pelle* dalla colonia alla metropoli

Se l'opera di Frantz Fanon negli anni è stata continuo oggetto di studi, mi sembra che la sua figura interroghi ancora le società occidentali su «un qualcosa di irrisolto e di urgente allo stesso tempo», lasciando un «*resto* perennemente in eccesso», «un supplemento di significazione» che rende l'archivio fanoniano sempre proficuo nel guardare il presente (Mellino, 2013). Preliminarmente vorremmo, quindi, fissare alcuni punti dei suoi lavori che riteniamo ancora produttivi, partendo direttamente dall'analisi delle sue opere e arricchendo il mio ragionamento grazie a una profonda e preziosa letteratura biografica e di scritti clinici.

In primo luogo, potremmo definire un presupposto della sua *socioterapia critica* (cfr. McCulloch, 1983; Gibson e Beneduce, 2017) e *clinica del reale* (Mbembe, 2007) la concezione che la psichiatria *dovesse essere politica* (cfr. Gordon, 2015; Khalfa e Young; 2018): una pratica al servizio di una *dialettica della liberazione*, di un movimento continuo e in continuo conflitto per sovvertire una condizione, quella coloniale, determinata dalla negazione sistematica all'Altro di qualsiasi attributo di umanità. La colonizzazione, scriverà Fanon nei *Dannati*, ha alterato le condizioni di esistenza, riducendo l'Altro a una *cosa*.

Un principio che muove e accompagna i suoi lavori è riempire un vuoto coloniale nella teoria psicoanalitica classica, quella di Freud, Adler e Jung, nel comprendere la struttura psichica del Nero. Sin dalle sue origini, secondo Fanon, la psicoanalisi occidentale-giudaico-cristiana si propone come obiettivo la comprensione dei comportamenti dati all'interno di un gruppo specifico, rappresentato dalla famiglia.

In *Pelle nera, maschere bianche* (2015) afferma che «la famiglia, in Europa, rappresenta un certo modo in cui il mondo si offre al bambino» e che «il bambino che esce dall'ambiente parentale ritrova le stesse leggi, gli stessi principi, gli stessi valori». Ciò non vale per l'uomo di colore, la cui struttura familiare e culturale è stata «incistata» e «atrofizzata» dalla situazione coloniale: il bambino Nero, secondo Fanon, si *anormalizzerà* al primo contatto con il mondo bianco. All'origine, dunque, delle nevrosi del soggetto Nero andrebbero ricercati quegli *Erlebnis* determinati proprio dal contatto con un Simbolico, nel senso lacaniano del termine, e quindi con un *linguaggio* diverso dal proprio, con la «metafisica bianca». Questo «mondo bianco» non è una realtà neutra e a-storica: *si è costruito* su processi di asservimento totale e inferiorizzazione, che hanno reso il “nero” l'archetipo delle qualità negative e inferiori del “bianco”.

[I] Lupo, il Diavolo, il Genio Cattivo, il Male, il Selvaggio sono sempre rappresentati da un negro o un Indiano, e poiché c'è sempre identificazione con il vincitore, il piccolo negro si fa esploratore, avventuriero, missionario «che rischia di essere mangiato dai negri cattivi» così come il piccolo Bianco (Ivi: 139).

Di fianco al «brutale sfruttamento dei muscoli del colonizzato», la produzione di saperi e di immaginari – quella che Fanon chiama «imposizione culturale irriflessa» – ha quindi *determinato dall'esterno* il soggetto oppresso e la sua struttura psichica. In altre parole, potremmo dire che il bambino Nero educato, come il bambino Bianco, a “colorare di nero” le emozioni negative, l'ignoto, è come se rivolgesse *contro se stesso* quelle energie accumulate sotto forma di aggressività e che ogni società libera attraverso mezzi catartici collettivi – giornali, fumetti, libri, a cui oggi aggiungeremmo televisione, videogames, web. «[C]ome spiegare, ad esempio, che l'inconscio che rappresenta le qualità basse e inferiori sia colorato di nero?» (Fanon, 2015: 172). Qui, il problema per Fanon è che il “colonizzato”, ma oggi potremmo anche dire il cittadino postcoloniale (cfr. Mezzadra, 2008; Mellino, 2012) che entra in contatto e vive nello spazio metropolitano, «non esiste più [...] esiste con l'europeo».

[I]o comincio a soffrire del fatto di non essere Bianco nella misura in cui l'uomo bianco mi impone una discriminazione, fa di me un colonizzato, *mi estorce ogni valore, ogni originalità*, mi dice che sono un parassita, che mi devo mettere il più rapidamente possibile al passo col mondo bianco [...] (Ivi: 99, corsivo mio).

Il giovane Nero adotta soggettivamente un atteggiamento bianco, *si identifica* nel bianco. È in questa «ambiguità straordinariamente nevrotica» che, secondo Fanon, matura la «scissiparità» dell'uomo di colore: si comporta in modo diverso se è in presenza dei “suoi” o se è in presenza di un bianco. Questo «dramma sociale» non si svolge sul piano dell'inconscio, ma lo «attravers[a] ad ogni istante», lo «esiste» quotidianamente.

Nella coscienza del Nero, quindi, inizia a innestarsi un desiderio: diventare bianco. È in ragione di questo desiderio inconscio e dei suoi effetti nel reale, che Fanon sostiene che è «in termini di Bianco che il Nero percepisce il proprio simile». Il Nero si sogna bianco. Questo fenomeno riscontrato nell'interpretazione dei sogni dei suoi pazienti martinicani, sarà chiamato da Fanon «lattificazione allucinatoria»: i Neri si sognano bianchi per realizzare un desiderio inconscio. Ma se un uomo o una donna si sentono «sommersi» fino a desiderare di *cambiare pelle*, è perché vivono in una società «che trae la sua consistenza dal mantenimento di tale complesso [...] è nell'esatta misura in cui questa società pone delle difficoltà che il nero si ritrova all'interno di una situazione nevrotica» (Ivi: 100). L'uomo di colore smette di essere un *individuo azionale* e inizia a vivere la propria esistenza in funzione dell'Altro-bianco, «perché solo l'Altro può valorizzarlo».

Entravo nel mondo [...] ed *ecco che mi scoprovo oggetto in mezzo ad altri oggetti. Rinchiuso in questa oggettività schiacciante, imploravo l'altro*. Il suo sguardo liberatore, scivolando sul mio corpo divenuto improvvisamente privo di asperità, mi restituisce una leggerezza che credevo perduta e, *rendendomi assente*, mi restituisce al mondo. Ma laggiù, proprio sul crinale, inciampo, e *l'altro [...] mi fissa, così come si fissa un preparato con il colorante*. (Fanon 2015: 109, corsivo mio)

Nella *Weltanschauung* di un popolo colonizzato c'è una tara che vieta ogni spiegazione ontologica: l'ontologia non ci permette di comprendere «l'Essere del Nero». Perché per il Nero non si tratta più di essere Nero, ma di *essere* di fronte al Bianco. Il Nero, dunque, non ha resistenza ontologica *ai suoi occhi*.

Nel dispiegarsi storico del colonialismo, i popoli colonizzati hanno avuto due sistemi di riferimento, due «metafisiche», rispetto cui posizionarsi. Nel

mondo bianco, l'uomo di colore incontra così delle difficoltà nell'elaborazione del suo schema corporeo, quello che Fanon chiama «schema epidermico razziale». Questa epidermizzazione della differenza, diciamolo nuovamente, è sovradeterminata dall'esterno: l'uomo di colore non è schiavo dell'*idea* che gli altri hanno di lui, ma della sua *apparenza*.

Lo sguardo del bianco, il *nostro*, dunque, *fissa, determina*, così da far desiderare e accettare qualsiasi condotta inferiorizzante, qualsiasi imposizione corporea e culturale, «purché non mi si scorga più». «L'evidenza era lì implacabile. La mia nerezza era lì, densa e indiscutibile. *Mi tormentava, mi perseguitava, mi inquietava, mi esasperava*» (Ivi: 115, corsivo mio). L'uomo di colore nel mondo bianco sentirà il *peso della sua melanina*, ne sarà tormentato, a ogni sguardo. Esasperazione, angoscia, inquietudine, una condizione «irragionevole», ha modo di dire Fanon. È questa disperazione, a volte invisibile, nascosta dalla perenne *tensione muscolare del colonizzato*, a volte silenziosa, zittita dal disagio della *presenza*, ma sempre lì, immanente, che *esiste* il cittadino (post)colonizzato, a caratterizzare la sua quotidianità.

2. Respirare morte: la vita dei cittadini postcoloniali nelle metropoli europee

Queste prime note sull'archivio fanoniano ci sottopongono all'attenzione le difficoltà esistenti quando si entra nel campo della “cura dell'Altro”, che ricordiamolo, per lo psichiatra significava «renderlo integralmente omogeneo ad un ambiente sociale di tipo coloniale». Oggi potremmo affermare: *renderlo integralmente omogeneo all'ambiente sociale prodotto dalla governamentalità necropolitica e razziale della cittadinanza neoliberale*. Nell'*Anno V della Rivoluzione algerina* (2007), così come nei *Dannati della terra* (1970) e in altri scritti, Fanon ci illustra la centralità, in quanto fattori nevrotici, dell'*ambiente*, dello *spazio* e dell'*atmosfera* in cui si svolge l'esistenza dell'oppresso.

Fanon descrive e scompone la sofferenza interiorizzata dal colonizzato nella forma di «sogni di azione, aggressivi» o di una tensione muscolare costante di corpi immersi in un mondo ostile, ambito e odiato, quello della città (post)coloniale. Proprio da questa ambivalenza irriducibile, l'aggressività accumulata si libera nella violenza che contraddistingue il mondo colonizzato e decolonizzato: non molto diversamente accade oggi nelle metropoli europee, le cui periferie sono spesso oggetto di rivolte ed episodi di violenza, in cui l'organizzazione degli spazi fisici disvela una precisa *gerarchizzazione necropolitica e postcoloniale dello spazio* (Mbembe, 2013). All'interno di

questo assetto dalle *geometrie proteiformi*, si concentrano quelle *forze di negazione sistematica dell'Altro, di spersonalizzazione implacabile* che agglutinano un'*atmosfera latentemente nevrotica*. È in questa condizione che la struttura psichica di soggetti nati in Europa, ma non riconosciuti in quanto tali, va sensibilizzandosi: ormai lontani dalla cultura ancestrale, ma neanche definitivamente appartenenti al mondo in cui si è cresciuti, saranno tormentati da un chiodo fisso, “chi sono in realtà”?

I saperi istituzionali prodotti nei riguardi della crescita dei disturbi psichici rilevati nella popolazione migrante, si concentrano in particolare su *eventi* traumatici e sulle conseguenti *politiche terapeutiche*. Vi è solo menzione, però, degli *effetti* che i percorsi di “integrazione” nelle società d’arrivo e gli *spazi* in cui si realizza producono sulla struttura psico-affettiva. Le parole di Fanon nell’analisi dei disturbi mentali causati dalla guerra coloniale nei soldati algerini, sembrano potentemente attuali: la psichiatria clinica rubricava, infatti, i disturbi su cui Fanon si concentrerà nel cap. V dei *Dannati*, come “psicosi reazionali”; così facendo, si privilegiava l’evento che aveva scatenato la sofferenza e non la storia psicologica e affettiva del soggetto e il ruolo dello spazio. Dai casi clinici studiati, a Fanon pare che il fattore determinante sia soprattutto «l’atmosfera sanguinosa, spietata, il generalizzarsi di pratiche disumane, l’impressione tenace che ha la gente di assistere a un vero e proprio apocalisse» (Ivi: 186).

Diciamolo pure, in alcune aree delle metropoli europee i sintomi di questo apocalisse sono già evidenti: fatiscenza dei territori e urbanizzazione indiscriminata, frustrazione dei progetti di vita, incertezze sempre più pressanti, violenza diffusa, condizioni abitative non dignitose, sfruttamento lavorativo, possono diventare fattori di «una regolare e cospicua patologia mentale». È da qui che dovrebbe nascere la necessità di costruire un diverso approccio diagnostico: Fanon ricorda quanto sia importante a questo fine conoscere l’ambiente sociale, lavorativo, i pericoli che lo assediano, le preoccupazioni quotidiane, la sessualità. In breve «la storia della morte» vissuta ogni giorno sul bus, negli spazi pubblici, aspettando l’ascensore di casa, a scuola, a lavoro.

Ora possiamo meglio comprendere che il *rischio patogeno* connesso a certi spazi e a certe condizioni affettive e materiali, che può anche esprimersi con drammatica violenza – «l’omicidio di un passante innocente da parte di un “immigrato pazzo” per una strada europea» (Gibson e Beneduce, 2017) – non è legato unicamente a variabili soggettive, ma è un effetto sistematico generato dalla “situazione postcoloniale”.

Per quanto, secondo Lacan, l’iscrizione del corpo vivente nel simbolico avviene con l’entrata nel linguaggio, l’acquisizione dello stesso non significa meccanicamente l’accesso per il migrante in un nuovo simbolico, in un

“nuovo mondo”. Si produce quello che Albert Memmi, in *Ritratto del colonizzato e del colonizzatore* (1979), chiama *dramma linguistico*, ossia il bilinguismo coloniale. Le riflessioni di Memmi sui bambini e gli adolescenti colonizzati non sono meno preziose, se rivolte ai contemporanei conflitti delle seconde generazioni: impossibilitati a costruire il senso della propria appartenenza, forzati a un bilinguismo che umilia la lingua ancestrale – quella delle emozioni, delle passioni, dell’infanzia – si è condannati a perdere la propria storia.

Comprendere, quindi, la condizione di chi è «alienato permanentemente nel proprio paese» (Fanon in Beneduce, 2007), significa penetrare nella sua «mutilazione sociale e storica» (Memmi, 1979), esplorare i meccanismi psicologici, culturali e sociali, che concorrono alla riproduzione della sofferenza e dell’oppressione.

Questo *stare nel mezzo*, dentro un tempo sospeso, questa *ambiguità perenne*, genera un senso di impotenza generalizzata la cui unica evasione sembra essere un ripiego sui “valori rifugio”, come la famiglia e la religione, o il soccombere a forme estreme di nostalgia e melanconia (Beneduce, 2007). È tra questi interstizi che la comprensione della sofferenza dell’Altro mi sembra debba necessariamente passare.

3. Un’opposizione silenziosa: la nostalgia come costellazione psichica in rivolta

I modelli di trauma e di cura, in accordo con la teoria etnopsichiatrica e con un approccio epistemologico postcoloniale, mi sembra debbano essere situati in una trama più complessa della genesi dei disturbi e della sofferenza. La nozione di *nostalgia*, che qui propongo, va collocata all’interno dell’etnopsichiatria delle migrazioni (Beneduce, 2007); in particolare, l’aspetto che vorrei evidenziare è la dimensione di *critica sociale* che si esprime nel sintomo nostalgico.

La nostalgia, come “dolore del ritorno”, è stata interpretata da alcuni come vera e propria “psicosi degli immigrati”. Eppure non manca chi sottolinea quanto il sentimento nostalgico non fosse solo riferito al desiderio di fare ritorno alla terra natia, ma si esprimesse come «un disgusto della vita determinato dallo sradicamento e dal disadattamento alle nuove condizioni di esistenza» (Collier e Bourbon in Beneduce, 2007).

La nostalgia evoca una specifica lacerazione della trama di riferimenti che sono a fondamento dell’esperienza, una disarticolazione di ricordi e voci, mettendo in crisi il senso di continuità della nostra esistenza e identità. La nostalgia indica quindi un evento psicologico il cui teatro è quello di un

mondo perduto, *meta-territori*, la cui separazione non riesce a essere efficacemente elaborata.

Torna utile a riguardo un tema ripreso in numerose occasioni da Ernesto de Martino (1977), quello dell'*angoscia territoriale*. Se la nostalgia traduce rapporti storici, simbolici ed economici determinati e assume «il connotato di reazione patologica estrema a situazioni di dominio e di violenza», l'angoscia territoriale esprime una crisi della propria *presenza*, ossia una mancanza disorientante di riferimenti simbolici e memorie condivise. Ancora una volta, quindi, al prodursi della nostalgia e della sofferenza che può accompagnarla concorre sempre anche il contesto, l'*atmosfera* in cui si vive.

È dentro gli interstizi della solitudine che l'erosione dello slancio iniziale, il silenzioso logorarsi delle speranze di cambiamento, l'amarezza quotidiana accresciuta dal confronto con chi ha realizzato la propria integrazione o dalla scoperta che le *reti di solidarietà* operano solo a livello immaginario possono diventare sintomo. È qui che prende corpo la *doppia solitudine* degli immigrati, «orfani della propria cultura» (Ben Jelloun) e talvolta incapaci di costruire rapporti sociali e affettivi efficaci (Beneduce, 2007: 248-249).

Mi sembra però che si rischi di sottostimare la sistematicità di quella che qui è definita “incapacità” nella costruzione di relazioni efficaci. Tale capacità mi pare sia direttamente connessa proprio a quel contesto di cui lo stesso Beneduce parla: sarebbe scorretto ritenere che più sia ostile l'ambiente urbano, culturale e istituzionale, meno facile sia stabilire connessioni col mondo circostante? Ciò sarebbe difficilmente imputabile alle capacità individuali, intese come *attualizzazione* di un capitale accumulato. Al contrario mi sembrano dipendere da una *oggettivazione spaziale* di precisi rapporti sociali.

L'ambivalenza “straordinariamente” ambigua di questa tensione, tra l'idealizzazione della terra natia e il disincanto del “mondo nuovo”, deriva, secondo la teoria etnopsichiatrica, da una *costellazione psichica in rivolta*, che può evolversi fino a trasformarsi in costrizione melanconica. Il sintomo nostalgico diventa, dunque, un *atto di ribellione*, una *critica* nei confronti di un nuovo contesto che risulta, per ragioni differenti, altrettanto intollerabile di quello originario.

Se il concetto di nostalgia rielaborato dall'etnopsichiatria può essere particolarmente utile per comprendere le dinamiche affettive dell'emigrante, quando lo sguardo si rivolge alle seconde generazioni, le trame sembrano complicarsi ulteriormente. Ai miei occhi pare che una dimensione particolarmente sottovalutata sia il percorso di crescita del “bambino nero” nel “mondo bianco”, per riprendere le parole di Fanon.

Da un lato la famiglia rappresenta un mondo ancestrale mai conosciuto, che nello spazio domestico continua ancora a far valere le sue norme e i suoi

codici religiosi, morali ed etici; dall'altro, il mondo esterno, la scuola, le amicizie, si mostrano come *normalità ambita*, che entra in conflitto con la dimensione familiare.

Come in un tiro alla fune, esistono due poli traenti che puntano a direzioni opposte; questa *duplice tensione* ha una potenzialità lacerante: la coscienza dell'individuo sembra oscillare senza tregua tra questi due poli. Senza un'efficace *strategia di sopravvivenza*, la fune può spezzarsi. Ed è in questo processo di lacerazione che mi pare possano inserirsi quegli elementi di sofferenza che portano a un crollo dell'Io. Il Soggetto migrante e postcoloniale si trova, quindi, costretto in un opprimente *temporalità di mezzo*, immerso in una *dimensione spaziale angosciante, impermeabile e gerarchizzata*.

4. Una presenza invisibile

Esistono alcuni esempi territoriali di servizi di cura che hanno provato a decostruire l'approccio psicoterapeutico classico, attingendo all'archivio degli studi etnopsichiatrici e transculturali¹. A completamento, quindi, del ragionamento che ho proposto mi sembrava necessario rappresentare una di queste esperienze. È per questo che ho contattato e intervistato in gruppo tre professioniste, Donatella De Buglio, Alessia Ravarelli e Nina Loriaux², che operano nella AUSL della provincia di Piacenza³.

La rilevante presenza di famiglie migranti e figli di seconda generazione ha progressivamente messo le strutture socio-sanitarie, nello specifico i servizi specialistici per l'infanzia e l'adolescenza, di fronte a problemi nuovi che gli strumenti clinici classici non riuscivano a spiegare⁴. A una presenza principalmente italiana hanno iniziato ad affiancarsi i primi migranti: «Dal 2005 le cose sono iniziate a cambiare, già iniziavamo ad avere un'utenza etnicamente eterogenea», mi dice la dott.ssa Ravarelli. E tuttavia

-
1. Per un approfondimento sulla corrente transculturale si veda in particolare l'opera di Marie Rose Moro (2009). *Manuale di psichiatria transculturale*. Milano: Franco Angeli e (2002) *Genitori in esilio*. Milano: Raffaele Cortina.
 2. Rispettivamente: dirigente psicologo UONPIA e responsabile Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale "Clinica Transculturale", attivato nel 2018 e operativo dal 2019; psicologa consulente e componente del gruppo tecnico PDTA; dirigente medico e neuropsichiatra infantile UONPIA.
 3. Una delle province con la maggiore incidenza a livello nazionale (14,7%, Istat 2019) di residenti stabili senza cittadinanza italiana.
 4. Attualmente la percentuale di minori migranti in carico ai tre servizi coinvolti nel PDTA è del 23% in UONPIA e del 24% in Unità Operativa Psicologia di base (dati provinciali); del 65% in Unità Operativa Minori – Servizio Sociale Tutela Minori (dati riferiti alla città di Piacenza).

è stato un fenomeno molto singolare perché è *come se all'inizio fossero stati invisibili*. Pur interfacciandoci con loro, con questi bimbi e queste famiglie, *abbiamo continuato a lavorare, probabilmente in modo difensivo, come se fossero italiani* [...] Poi a un certo punto, quando i numeri e anche alcuni tipi di problematiche si sono resi più evidenti, ci siamo prima di tutto interrogati individualmente e collettivamente e abbiamo detto “beh in effetti non possiamo far finta di niente” (dott.ssa De Buglio, corsivo mio).

A partire da questo posizionamento riflessivo iniziano a sorgere i primi dubbi, le prime perplessità sul «modo di approcciarsi ai bambini e alle loro famiglie» e conseguentemente sugli strumenti clinici a disposizione. Sono stati proprio questi dubbi e l'*incongruità dei dati clinici* registrati, a guidare verso nuove pratiche di cura.

Una delle principali sfide sembra essere stata l'ottenimento di un grado di fiducia, in particolare dai genitori, accompagnato da una certa sensazione di disagio dell'operatore clinico all'idea di non riuscire a svolgere efficacemente il proprio lavoro

sentivi questa sensazione di non riuscire, dentro a un processo di valutazione, conoscenza e assessment di una situazione, a creare una sufficiente fiducia nell'interlocutore, in particolare nei genitori, e quindi di non costruire un'alleanza che potesse permettere la costruzione di questa fiducia. Quindi *sentivi questa sorta di diffidenza, di modalità difensiva dei genitori* che diciamo "ti dicevano quello che volevano", negando, minimizzando. O erano troppo distanti o cercavano di assimilarsi, e *questa situazione la respiravi*, quindi *sentivamo che i dati che accumulavamo erano poco significativi* (dott.ssa De Buglio, corsivo mio).

Anche qui vediamo una sorta di *tensione estrema* tra la *distanza* e l'*assimilazione* del nucleo parentale del bambino alla cultura della società di immigrazione. Una diffidenza che, secondo quanto sto sostenendo, può trovare la sua genesi proprio nell'*atmosfera di logoramento sistematico dei propri desideri e godimenti*, in cui avviene il processo di integrazione: o l'*isolamento* nei valori rifugio della comunità di appartenenza o l'*assimilazione* de-soggettivante e alienante alla società “di accoglienza”. *Tertium non datur*. Una diffidenza che può essere vista come il *sintomo* di una costellazione psichica che *rifiuta* quel contesto, quell'atmosfera. Un'opposizione che si manifesta proprio nel momento del confronto con saperi particolarmente *disciplinanti*, per dirla con Foucault, come quello psichiatrico. Un confronto che avveniva, prima della formazione alla Clinica Transculturale e della successiva attivazione del PDTA, come se i pazienti e le loro famiglie «fossero italiane».

Un esempio della *colonialità strutturale*⁵ di alcune delle tecniche adoperate dalla psicologia clinica è espresso in modo esemplificativo da due strumenti clinico-valutativi, messi in discussione dall'approccio proposto dalla Clinica Transculturale: l'anamnesi e le «batterie di test».

Erano tutte anamnesi uguali, io le chiamavo *anamnesi lista della spesa*, perché arrivavi alla fine velocemente, in tre secondi, loro dicevano sempre di sì o di no. Arrivavi alla fine, sembrava che tutto andasse bene però di fatto non erano clinicamente significative. Ti accorgevi che erano molto difensive. Non volutamente. Era proprio il loro modo di approcciarsi a noi, un po' come quando hanno ancora un linguaggio non congruo e dicono che capiscono tutto, quando di fatto non era possibile (dott.ssa De Buglio, corsivo mio).

All'anamnesi classica si è dunque affiancata l'«anamnesi transculturale», che consiste nel ripercorrere tutta la storia migratoria, a partire dai genitori: le difficoltà incontrate, le motivazioni della migrazione, le differenti esperienze migratorie. Possono insorgere, quindi, crisi identitarie che hanno ripercussioni notevoli sui bambini, proprio perché sono dentro le dinamiche rappresentative profonde dei genitori.

Avevamo poi degli strumenti valutativi, penso alle batterie dei test, che sapevamo non essere adeguati a valutare quello che volevamo valutare, perché erano standardizzati su campioni nostri, occidentali. *Si poteva rischiare di usarli in modo non consapevole, quindi creando dei bias diagnostici*. Un mio grande dubbio è sempre stato quello di avere molta attenzione e scrupolo nel fare diagnosi di ritardo mentale nei bambini stranieri, perché il rischio è quello di creare *falsi positivi*. Bisogna valutare l'esposizione alla lingua e siccome *i nostri test sono processati verbalmente* (l'intelligenza è studiata verbalmente), anche quelli dove devi fare delle prove non verbali, rischiamo di scambiare lucciole per lanterne (dott.ssa De Buglio, corsivo mio).

Come in un perenne *deja vu* (Gibson, Beneduce, 2017) l'opera fanoniana ci obbliga a interpretare i conflitti del presente come dolorosi ritornelli di qualcosa già accaduta. Il limite coloniale e razzista delle tecniche clinico-valutative è analizzato in modo esemplificativo nel *TAT con donne musulmane. Sociologia della percezione e dell'immaginazione* (Fanon, 1956 in Beneduce, 2011).

Il Thematic Apperception Test è un test proiettivo in cui si sottopone il soggetto a una serie di situazioni e panorami percettivi; viene, dunque, preso in esame l'incontro tra essere umano e le circostanze della sua esistenza.

5. Per la definizione di colonialità vedi Quijano A. (2019). *Ensayos entorno la colonialidad del poder*. Ediciones del signo.

Dopo averlo sottoposto a un certo numero di donne musulmane nell'ospedale di Blida, Fanon giunge alla conclusione che «l'analisi delle modalità percettive mostra che il test non è capito ed è trasformato in un test di decifrazione». A suo parere tale atteggiamento deriva dalla situazione in cui sono posti i malati: chiedendo loro di descrivere una scena elaborata da occidentali, per occidentali li si immerge in un «mondo straniero», di cui non possono appropriarsi. «È chiaro quindi che a dispetto di uno sforzo intellettuale così importante, così laborioso, si siano potute ottenere solo risposte disorganizzate, che non oltrepassano lo stadio dell'elencazione, lo stadio del "c'è"». Qualcosa di simile alle risposte *monosillabiche* di affermazione e negazione, le risposte "sì/no" registrate dalle anamnesi basate su campioni occidentali.

Quanti falsi positivi sono tuttora certificati negli sportelli di salute mentale sparsi per il territorio nazionale? Chi sono questi uomini e queste donne colpiti da *tetanizzazioni affettive* (Taliani, 2012) anche se non hanno vissuto traumi reali in patria e che si trovano di fronte a esperienze di inesorabile logoramento? Un elemento che risulta particolarmente rilevante ai miei occhi e che resta *invisibile* nelle rilevazioni statistiche e *sottorappresentato* nelle analisi transculturali offertemi dalle tre professioniste dell'UONPIA, è che nella classificazione "minori stranieri" si opera un'assimilazione di tutti quei bambini che hanno esperito il proprio sviluppo qui, in Italia, ma non sono cittadini di diritto. Insomma si è di fronte al rischio opposto, ossia quello di *scambiare italiani per stranieri*. Solo che sono italiani dalla pelle scura. Con questa affermazione intendo sostenere che se è vero che l'uso del linguaggio, "parlare", corrisponde ad «assumere su di sé una cultura», a essere *barrati* all'interno di un preciso Simbolico (Aramini, 2017), mi sembra evidente, dunque, che le seconde generazioni meritino strumenti clinico-valutativi ancor più efficaci. Come muoversi quindi tra due Simbolici, quello della famiglia e quello della società in cui si nasce, si cresce e si costituiscono le reti sociali? Ci troviamo, a mio parere, di fronte a un'altra di quelle che Fanon avrebbe definito condizioni di nevrosi latente, affiancata da un sovente sentimento di eccessiva responsabilizzazione: «se il ponte con la cultura della società di arrivo per il nucleo parentale diventa il bambino stesso, in questa situazione iniziano a nascere dei conflitti di lealtà»; ma anche «come i genitori hanno chiamato il bambino, in che lingue si parla in casa, se si autoimpongono di non parlare la lingua di origine o viceversa» (dott.ssa Loriaux), quali sono le pratiche domestiche e come si intessono le relazioni sociali possono *informare* i presupposti di un conflitto identitario. Lo stesso potrebbe essere detto per quelle attitudini che vengono rubricate come disturbo del comportamento e dell'apprendimento: e se la loro genesi si annidasse in un *affetto inconscio di rifiuto delle condizioni ambientali in cui si vive?*

Il sintomo, quindi, come critica della realtà circostante, come ribellione inconscia che non trova altra liberazione se non la sofferenza del corpo, non ha cura nella sua negazione, in un'ulteriore umiliazione inferta da saperi e istituzioni *autorizzate*. Al contrario, se da un lato la sua espressione ci pone di fronte la necessità di approfondire e implementare la *decolonizzazione* delle tecniche cliniche a nostra disposizione; dall'altro ci rammenta che la liberazione da rapporti sociali di *deumanizzazione* dell'Altro è l'imprescindibile *cura della sofferenza* da praticare.

Bibliografia

- Aramini B. (2017). Jacques Lacan. L'estimità tra sessismo e razzismo. In: Conelli C., Meo E., a cura di, *Genealogie della modernità*. Milano: Meltemi.
- Aragona M., Geraci S. e Mazzetti M. (2014). *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*. Bologna: Pendragon.
- Basaglia F. (1979). *Lezione/conversazione con gli infermieri nel congedo da Trieste*, disponibile sul sito www.fondazionefrancobasaglia.it.
- Beneduce R. (2007). *Etnopsichiatria*. Roma: Carocci editore.
- Beneduce R., a cura di (2011). *Decolonizzare la follia*. Verona: Ombre corte.
- Carbone V., Gargiulo E. e Russo Spena M. (2018). *I confini dell'inclusione. La civic integration tra selezione e disciplinamento dei corpi migranti*. Roma: Derive Approdi.
- Cipriano P. (2016). *La società dei devianti*. Milano: Elèuthera.
- Da Silva E. et al. (2016). Variazioni demografiche e impatto sulla salute psichica dei richiedenti asilo in Italia. In: Affronti M., a cura di, *Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute*. Bologna: Pen-dragon.
- De Martino E. (1977). *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*. Torino: Einaudi.
- Fanon F. (2015). *Pelle nera, maschere bianche*. Pisa: Edizioni ETS.
- Fanon F. (2007). *Scritti politici. L'anno V della rivoluzione algerina*. Milano: Derive Approdi.
- Fanon F. (1970). *I dannati della terra*. Torino: Einaudi.
- Fanon F. (1956). Il TAT con donne musulmane. Sociologia della percezione e dell'immaginazione. In: Beneduce R., a cura di, *Decolonizzare la follia*. Verona: Ombre corte, 2011.
- Gibson N. and Beneduce R. (2017). *Frantz Fanon, Psychiatry and Politics*. London New York: Rowman & Littlefield.
- Gordon L.R. (2015). *What Fanon Said. Introduction to His Life and Thought*. New York: Fordan University Press.
- Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte (2017). *Salute mentale in Piemonte*. Torino.
- Khalfa J. and Young R. (2018). *Alienation and Freedom*, Bloomsbury: Bloomsbury USA Academic.

- Mazzetti M., Aragona M. e Monti M.C. (2016). Immigrazione e salute mentale nell'Italia del 2016. *Rapporto sulla protezione internazionale in Italia 2016*. Fondazione Migrantes, SIMM (a cura di).
- Mbembe A. (2007). De la scène postcoloniale chez Frantz Fanon. *Rue Descartes*, 58 (4).
- Mbembe A. (2013). *Necropolitica*. Verona: Ombre corte.
- McCulloch J. (1983). *Black Soul White Artifact. Fanon's Clinical Psychology and Social Therapy*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
- Mellino M. (2013). *Fanon postcoloniale*. Verona: Ombre corte.
- Mellino M. (2012). *Cittadinanze postcoloniali*. Roma: Carocci editore.
- Memmi A. (1979). *Ritratto del colonizzato e del colonizzatore*. Napoli: Liguori.
- Mezzadra S. (2008). *La condizione postcoloniale*. Verona: Ombre corte.
- Quijano A. (2019). *Ensayos entorno la colonialidad del poder*. Buenos Aires: Ediciones del signo.
- Taliani S. (2012). Per una psicanalisi a venire. Politiche di liberazione dei luoghi della cura. *Aut aut*, 354.