

Irene Ciambezi, esperta in mediazione interculturale, educatrice della Comunità Papa Giovanni XXIII

Mail: ireneciambezi@apg23.org

Martina Taricco, psicologa della Comunità Papa Giovanni XXIII

Mail: martinataricco@apg23.org

Salute mentale, violenze e migrazioni

Competenze interculturali nella definizione del disagio mentale delle donne migranti

Carpi (MODENA) - 14 ottobre 2021

«Ogni persona si sente importante nella misura che esiste per qualcuno. Se uno non esiste per qualcuno, in realtà è come se non esistesse» don Oreste Benzi.

Questa immagine ci ricorda che nessuna donna vittima di violenza, nella traiettoria del suo viaggio, e della sua vita, lascerà mai l'ambiente in cui vive – anche se è un contesto in cui subisce violenza – se non percepisce relazioni di fiducia e un nuovo ambiente positivo che l'aspetta e l'accoglie... se non c'è un qualcuno per cui ricominciare a vivere. Altrimenti potrebbe sentirsi di nuovo "in prigione".



- **La qualità della relazione è essenziale quando si è di fronte a equilibri interrotti in donne con differenze culturali nella rappresentazione di sé, delle relazioni intra-familiari e sociali...**

Quando affianchiamo una donna migrante o immigrata da tempo e già integrata nel nostro paese, da qualsiasi area provenga, occorre sempre tenere presente che ogni cosa che vede, dice e fa può avere per noi e per lei un significato molto diverso. Le sue tradizioni religiose, l'appartenenza ad una comunità etnica, la sua cultura - intesa come insieme delle rappresentazioni mentali socialmente elaborate che l'individuo interiorizza dalla nascita per orientarsi nella realtà quotidiana ed entrare in sintonia con il contesto in cui è inserito ma che anche modifica nel corso della sua vita in rapporto all'ambiente in cui vive e alle relazioni intra-familiari e sociali che di giorno in giorno costruisce, in una logica dinamica e non monolitica - tutti questi aspetti sono fondamentali nella comprensione dell'altra persona! La qualità della relazione necessita, quando necessario, anche di dare spazio e ascolto alle figure preziosissime delle mediatrici linguistiche e mediatrici interculturali perché non tutti i significati e i significanti possono essere intesi se non in una relazione "di squadra". Ancor di più lo sono in una situazione in cui manifesta un disagio mentale ovvero un equilibrio psichico interrotto temporaneamente da eventi esterni o da traumi sviluppatisi internamente. Equilibrio spezzato mai in realtà solo a livello mentale ma anche dal punto di vista fisico e spirituale.

Alcuni esempi, nomi e storie di bambine, adolescenti e donne accolte in questi anni, raccontano cosa significa questo equilibrio spezzato e quali violenze spesso multiple lo hanno determinato.

- **Occorre essere consapevoli di quali violenze multiple sono subite prima, durante e dopo il viaggio.**

Violenza sessuale, rapimento da parte di membri armati di parti in conflitto, comprese le forze di sicurezza; stupri di massa e gravidanze forzate.

Violenza domestica nelle relazioni intime tra partner o familiari, stalking. Persecuzione per motivi di genere o orientamento sessuale. Abuso sessuale su minori.

Prostituzione forzata, diffusione di immagini a sfondo sessuale su internet – revenge porn.

Matrimonio forzato, mutilazioni genitali forzate. Aborto forzato, sterilizzazione forzata.

Un equilibrio che per ogni persona si basa su una visione del mondo, visione del mondo in senso lato: una idea di famiglia, un concetto di salute, di tempo, di vergogna, di autorità, di religione, di rapporti di genere che siamo chiamati a riconoscere e ascoltare superando una visione etnocentrica quando siamo a contatto con una donna straniera, e ancor più con una donna che ha subito violenza.

- **Occorre allenarsi pertanto nel superare i pregiudizi ed evitare la costruzione di stereotipi che possano compromettere profondamente la comprensione dei bisogni espliciti o impliciti**, specie in questo tempo di pandemia che ha amplificato la destrutturazione dei rapporti interpersonali per sentimenti di paura dei contatti, ansia del futuro, insicurezza negli stessi spazi di vita, di lavoro, del tempo libero.

"Le differenze non significano necessariamente barriere, ma possono diventare ponti verso la comprensione e l'arricchimento della nostra vita". Robert Moran, Gestione delle differenze culturali, 1991

Ecco alcune skills rilevanti per chi entra in contatto con donne vittime di violenza:

- ascolto attivo
- assertività
- empatia
- creatività
- chiarezza
- pazienza nell'attesa della risposta
- rispetto dei silenzi

In questi tre giorni ascolteremo diverse storie di violenza e diverse esperienze di cura come pure verranno proposti diversi approcci riguardo alla salute mentale delle vittime di violenza o meglio, come preferiamo spesso dire, delle sopravvissute. Ma l'invito è a tentare di entrare in contatto con la propria sfera emotiva, la propria visione del mondo e in particolare con le reazioni che suscitano in noi narrazioni di violenza e di riscatto, storie migratorie che ascolteremo. **Il pregiudizio che si trasforma in stereotipo di tipo razziale o di genere - ovvero in una rigida schematizzazione precostituita e generalizzata, cioè non acquisita sulla base di un'esperienza diretta e di dati certi applicata spesso ad un gruppo sulla base di categorie d'identità sociale - rischia ogni giorno di condizionare l'impegno di psicologi, psichiatri, medici, infermieri, educatori e operatori dei centri di accoglienza.** Ecco perché questo seminario è centrato sul diritto di ogni persona, e in particolare di ogni donna, di ogni adolescente e di ogni bambina ad essere ascoltata e supportata perché ne viene riconosciuta la sua dignità qui e ora, anche attraverso il coraggioso lavoro comune di servizi integrati e in rete.

Il rischio di subire violenza e le difficoltà nel trovare supporto aumentano in maniera significativa se si è una donna o una donna migrante o una ragazza con disabilità o sottoposta ad altre forme di discriminazione
(Grevio – Gruppo esperti di violenza sulle donne del Consiglio d'Europa)

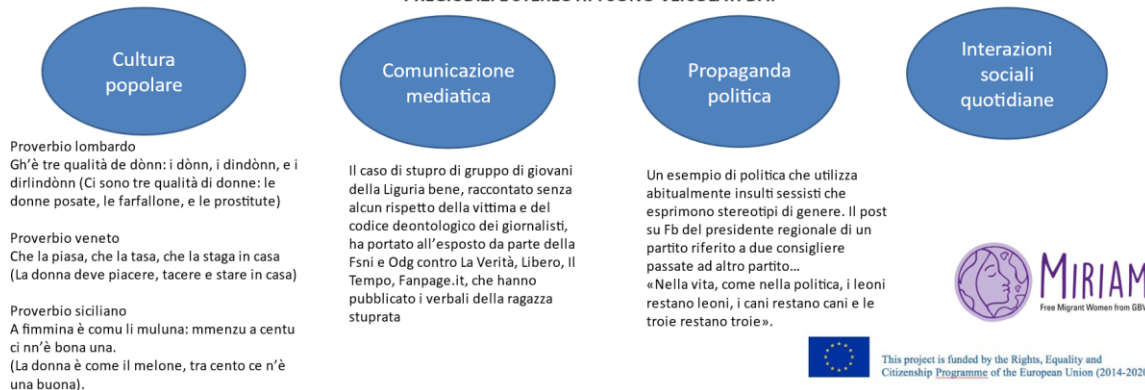
La disuguaglianza si sviluppa attraverso

PREGIUDIZIO=giudizio precedente all'esperienza, senza aver dati sufficienti. Reazione automatica ad uno stimolo, più spesso attivando sentimenti negativi, orientando poi azioni precise nei confronti dell'oggetto del pregiudizio (es. androcentrico, etnocentrico...)

STEREOTIPO= è una immagine mentale socialmente condivisa, un processo di rigida generalizzazione in cui attribuiamo un insieme di caratteristiche ad una categoria di persone secondo criteri non scientifici

DISCRIMINAZIONE= (pregiudizio in azione) Comportamento svantaggioso/ostile verso una persona perché membro di un determinato gruppo identificato sulla base di categorie di identità sociali quali razza, genere, orientamento sessuale, disabilità...

PREGIUDIZI E STEREOTIPI SONO VEICOLATI DA:



This project is funded by the Rights, Equality and Citizenship Programme of the European Union (2014-2020)

Pregiudizi e stereotipi di genere

Perché alcuni uomini sono violenti con le proprie compagne/mogli?

1. perché le donne sono considerate oggetti di proprietà
2. perché fanno abuso di sostanze stupefacenti o di alcol
3. per il bisogno degli uomini di sentirsi superiori alla propria compagna/moglie.
4. Per la difficoltà di alcuni uomini a gestire la rabbia
5. Per le esperienze violente vissute in famiglia nel corso dell'infanzia



This project is funded by the Rights, Equality and Citizenship Programme of the European Union (2014-2020)

39,3% Una donna è in grado di sottrarsi a un rapporto sessuale se davvero non lo vuole



23,9% Le donne possono provocare la violenza sessuale con il modo di vestire

15,1% Una donna che subisce violenza sessuale quando è ubriaca o sotto l'effetto di droghe è almeno in parte responsabile

10,3% Le accuse di violenza sessuale sono false

7,2% Di fronte a una proposta sessuale le donne spesso dicono no ma in realtà intendono sì

6,2% Le donne serie non vengono violentate

1,9% Non si tratta di violenza se un uomo obbliga la propria moglie/compagna ad avere un rapporto sessuale contro la sua volontà.

(Dati tratti dal Report 2019 Dipartimento pari Opportunità - **OSTACOLI E STEREOTIPI SUI RUOLI DI GENERE E L'IMMAGINE SOCIALE DELLA VIOLENZA SESSUALE**)

- **Acquisire competenze interculturali per ascoltare, comprendere e intervenire al fianco di una donna vittima di violenza che ha vissuto una storia migratoria complessa è un processo che dura tutta la vita.**

In sintesi: **le competenze interculturali sono abilità che consentono di riconoscere, assegnare, apprezzare, rispettare e utilizzare reciprocamente le proprie azioni, i propri pensieri, i propri sentimenti e i propri giudizi e quelli degli altri, uscendo da una visione etnocentrica delle interazioni interpersonali, sociali e del proprio contesto di vita, di lavoro.** I prerequisiti per questo sono una comprensione culturale, una consapevolezza della diversità culturale come risorsa e non come ostacolo e un impegno su di sé rispetto a pregiudizi, stereotipi e discriminazioni. Le competenze interculturali comprendono la lingua, la comunicazione non verbale, la conoscenza culturale e la gestione della diversità culturale rispetto ad asimmetrie di potere, ad esperienze collettive, alla visione del mondo e alle differenze culturali.

LE DONNE MIGRANTI E IMMIGRATE HANNO UN FORTE SENSO DI APPARTENENZA

-ALLA PROPRIA COMUNITA' ETNICA

-ALLA FAMIGLIA DI ORIGINE

-ALLE TRADIZIONI E AI VINCOLI FAMILIARI

-AL PROPRIO SISTEMA SOCIALE (di frequente società collettive)

-HANNO UN METODO EDUCATIVO DEI FIGLI SPESSO DIVERSO DAL NOSTRO

Accessibilità e fruibilità dei servizi alla salute, al sociale, al welfare, al lavoro, all'istruzione e all'utilizzo degli spazi pubblici dagli immigrati:

'quando è la stessa complessità dei percorsi che crea l'ostacolo'



Nell'operatività dei servizi alla salute, servizi sociali etc..., occorre porsi periodicamente degli interrogativi.

Quale servizio può meglio supportare la donna vittima di violenza di genere? Il servizio è facilmente accessibile? È un servizio fruibile anche per chi non conosce la lingua italiana, anche per chi vive in aree periferiche, anche per chi ha figli piccoli con sé? Quale supporto psicologico allevierà il suo trauma o meglio curerà il suo disagio mentale? Quale strategia potrà meglio permetterle un duraturo progetto di riabilitazione?

NON DIAMO PER SCONTATO CHE I

SERVIZI SIANO CONOSCIUTI/ACCESSIBILI/FRUIBILI

Non dimentichiamo che:

- **Le donne vittime di violenza temono l'isolamento**
- **Spesso non si fidano delle figure di aiuto perché sono discriminate nella società ospitante**
- **Hanno paura di perdere la propria identità culturale**
- **Non conoscono del tutto il nostro sistema sociale e sanitario**
- **Se madri, temono che siano sottratti loro i figli**

1°CASO: una donna ucraina N. che era uscita dall'esperienza di sfruttamento sessuale e che aveva espresso il desiderio di diventare infermiera avendo già terminato gli studi universitari nel suo paese, tra mille peripezie... Nella casa di fuga dove era stata accolta era stata indirizzata al servizio psichiatrico territoriale per una compensazione farmacologica. Diagnosi: schizofrenia.

La donna rimandava alle operatrici in maniera quasi delirante l'urgenza di andare al Consolato per sistemare i suoi documenti. Dal canto loro, gli operatori pur competenti rispetto alla presa in carico sanitaria e al percorso di integrazione sociale che le veniva garantito dalla nostra legislazione in quanto vittima di grave sfruttamento e di tratta, progettavano l'avvio della denuncia degli sfruttatori e l'invio alla questura di competenza.

Nella storia migratoria di N. tuttavia l'elemento centrale era il suo percorso di studio, a quello si era aggrappato, non ottenere l'equipollenza del titolo feriva di nuovo la sua vita ferita. Arrivò addirittura a rinchiudersi in camera e non voler più mangiare. Si temeva per l'incolumità sua e delle altri ospiti della casa di fuga. La psichiatra del territorio accoglie la mia proposta di venire a farle visita a casa. Insieme le parliamo dietro la porta. Un dialogo a tre che non ho mai sperimentato prima. La paura che dietro quella porta possa accadere il peggio lascia spazio ad una domanda semplice della psichiatra. "Perché ti sei chiusa dentro? C'è qualcosa che non abbiamo capito della tua storia?" E in questa domanda chiave, dopo lunghi silenzi, si è aperta la via del racconto di sé, di quell'appuntamento in consolato mai fissato, di quel diploma di laurea da tradurre prima possibile... di tutto il peso di anni di migrazioni di badanti tra cui anche la sua mamma, considerata nel nostro paese donna da poco e spesso umiliata dagli anziani che aveva accudito, a volte anche molestata nell'indifferenza generale... mentre lei no... aveva potuto studiare grazie alla mamma per tornare in Italia da infermiera, a testa alta... il riscatto dunque sarebbe partito da quel titolo di studio con una doppia valenza, per sé e per la madre...

2°CASO: A proposito di madre, dato che recentemente accade spesso di essere contattati dal servizio sociale e psichiatrico, in diversi territori del nostro paese, per donne in stato di gravidanza o con minori a carico, ecco un altro esempio: madre marocchina con minore a carico di un anno e mezzo, presa in carico integrata con servizio sociale e tutela minori a seguito dell'intervento dei carabinieri perché dopo aver rischiato una sottrazione della minore all'estero, rientra in Italia e trova la casa con la serratura cambiata e il marito irreperibile. Viene accolta in una nostra casa-famiglia ed emerge che il matrimonio combinato – non forzato – ha iniziato a deteriorarsi al momento della gravidanza. L'uomo inizialmente non voleva che la donna portasse avanti la gravidanza ma successivamente cambia idea. La signora riferisce che solo dopo la nascita della bimba, a seguito di un viaggio in Marocco presso la famiglia di lui in cui aveva tentato di portarle via la bambina e avviare le pratiche per affidarla ai nonni paterni, ha iniziato a comprendere che il marito ha comportamenti che mettono in pericolo lei e la piccola, e in diversi casi ha limitato la libertà personale della donna. Nei primi tre mesi di accoglienza la signora manifesta di frequente stati d'ansia. Parla sufficientemente francese e italiano e riferisce di non essere capace di gestire da sola la fase dell'allattamento perché lontana dalla famiglia di origine e perché di norma è il marito che organizza visite mediche, documenti etc...

- In questo esempio è stato importante **SOSTENERE LA MADRE RISPETTO ALL'IDEA CHE:**
 - E' importante vivere in un ambiente sicuro
 - È fondamentale tutelare i figli, specie se minori
 - Salvo gravi situazioni di maltrattamento da parte della madre stessa, verrà supportata la diade madre bambino in ogni fase di uscita dalla violenza

-Le modalità di accudimento saranno confrontate passo passo insieme a personale specializzato (pediatra, psicologo, assistente sociale, educatore/educatrice...)

-Le figure di aiuto non hanno il compito di annullare le sue tradizioni ma di rispettare le differenze culturali anche nell'uscita dalla violenza

Quale approccio di genere verso le vittime madri?

-Non giudicare

-Tenere in conto la mancanza di un sostegno femminile e familiare

-Esprimere ascolto e rispetto, condividere un punto di vista con chiarezza e desiderio di cooperare, senza aggressività o passività.

- In questo caso subentrano anche altre competenze fondamentali sia nei servizi sociosanitari che nel terzo settore: le competenze interreligiose.

Ovvero quelle capacità che emergono attraverso la motivazione, la sensibilità e l'atteggiamento di rispetto della dimensione religiosa e spirituale dell'altro. L'approccio interreligioso permette di percepire il significato religioso e spirituale che sta dietro ai bisogni e alle domande di senso della donna. Queste competenze, permettono di interpretare e muoversi all'interno dei diversi e plurali contesti religiosi e spirituali che influenzano la formazione della vita e delle visioni del mondo con atteggiamento di tolleranza e ricerca di valori comuni per uscire da discriminazioni e contesti di oppressione.

La madre marocchina rassicurata in tutta la fase dell'allattamento da pediatra, medico di base ed educatrice di riferimento della struttura di accoglienza – mamma come lei 24h sotto lo stesso tetto - riferiva anche della necessità di riprendere la preghiera in moschea e di avere una rete amicale, e di sostegno di altre donne di pari lingua e religione. Aveva aspettato nel comunicare questo bisogno perché terrorizzata al pensiero di frequentare la moschea più vicina perché conosciuta anche dal marito. L'educatrice però non demorde e pur non essendo di religione islamica, si interessa nell'individuare nella provincia dove vivono altre comunità marocchine e altre moschee in cui possano esserci gruppi di donne coi loro figli che partecipano in gruppo alla preghiera e alla scuola di Corano. Insieme individuano il luogo di cura della dimensione religiosa di Miriam che l'aiuterà finalmente a ridurre ansia, sensi di colpa e solitudine.

3°CASO: una adolescente dell'Africa subsahariana, vittima di stupri di gruppo lungo la rotta libica, orfana, con 7 fratelli da mantenere. Arriva in Italia a 15 anni. Nel primo anno in questo caso specifico è stata fondamentale la figura di mediatrice di pari lingua perché la ragazza parlava il dialetto locale e pochissime parole in inglese. Dopo la necessaria assistenza sanitaria e screening, vien trasferita da un centro per minori non accompagnati ad una nostra casa-famiglia. Diagnosi ipotizzata: disturbo border line. Non vuole supporto psicologico e nemmeno farmacologico nonostante diversi episodi depressivi alternati a periodi di stabilizzazione dell'umore di eccesso di euforia e momenti di ira.

Qual è l'immagine che rappresenta la sua rinascita?
una macchina da cucire. Col supporto delle figure genitoriali della casa-famiglia ricorda quando a dodici anni ha visto la prima macchina da cucire nel suo villaggio. Non aveva i soldi per partecipare alle lezioni della signora che la utilizzava in un piccolo laboratorio. Fino a quel momento aveva visto solo tessere a mano sulla tela. Inizia ad aprirsi, racconta di quei ricordi di dodicenne, del sogno di imparare a fare la sarta... **e passo dopo passo la sua riabilitazione si costruisce inseguendo quel sogno, dando spazio a**

quella narrazione di sé e dei ricordi della sua terra. Riprende ad andare a scuola, si riducono le paure mentre cammina per strada, la sensazione di essere additata dagli uomini lentamente scompare. Prendono spazio i corsi di cucito, un corso di maglieria, la realizzazione di abiti tradizionali con tessuti multicolore tipici delle tradizioni del suo villaggio del Benin. Una sfilata di moda etnica nella città in cui studia.



Tutto questo richiede tempo, spazi mentali e fisici per tutti gli operatori del settore sanitario e del sociale. **Tutto questo richiede non solo risorse ma ancor più la scelta di contribuire con la propria competenza per un tratto di strada, servizi pubblici e terzo settore insieme...** lo abbiamo sperimentato nei primi mesi della pandemia quando ogni idea e ogni strategia era bene accetta perché eravamo consapevoli di essere tutti coinvolti, parte di una umanità ferita grande come il mondo coi confini spazzati via dal covid. C'è un rischio che ritorna oggi ad oscurare quel che nei primi mesi abbiamo colto come valore universale di coesione, di aiuto reciproco e di diritti umani per tutti. Nessun cittadino del mondo escluso. E per le donne? E per le donne che emigrano? E per le mamme che scappano da una vita di disgrazie o per quelle che qui in Europa come sentiremo hanno incontrato il loro orco vicino a sé? Per quelle donne vale la pena ripensare i servizi, per non cadere nel rischio di usarle di nuovo come oggetto, questa volta **oggetto di una monetizzazione degli interventi in realtà assolutamente sterili.** Quell'equilibrio psicofisico interrotto, che sarebbe da ricucire con tocchi delicati, resta invece bloccato lungo la traiettoria del percorso di vita di ogni donna e incancrenito dai deliri e dagli incubi che ritornano. Quel viaggio di chi emigra non raggiunge mai la mèta se non è supportato da persone che prima di tutto riattivando l'umanizzazione della propria professione diventano persone di fiducia in ascolto della narrazione personale - e nuova perché "altra" da noi - del disagio mentale. Quella donna, quella madre, quella moglie, quella lavoratrice, quella studentessa che ci troviamo spesso davanti inerme nei colloqui perché è stato spezzato il suo viaggio da chi l'ha violata, teme che qualunque altro sia pure un'assistente sociale, un medico, una psicologa, un operatore di una comunità anche in una relazione d'aiuto paradossalmente possa di nuovo deviare la sua traiettoria e farle fallire il suo sogno.

Martina Taricco,

psicologa della Comunità Papa Giovanni XXIII, sono impegnata nel supporto psicologico delle vittime della tratta in Piemonte, lavoro in una comunità per minori vittime di violenza assistita, spesso figli di seconda generazione. Vorrei raccontarvi attraverso questa immagine più in profondità cos'è questo equilibrio interrotto, questa traiettoria spezzata nella persona migrante, nel suo viaggio.

La migrazione porta in sé due traiettorie: da una parte quella geografica, che riguarda l'attraversamento vero e proprio di un confine geografico, dall'altra quella psichica, che è insita in qualsiasi tipo di viaggio.



Le donne che incontriamo attraversano una doppia frontiera: quella geografica in senso stretto e quella che riguarda il proprio ruolo di donna, spesso anche madre, la propria posizione sociale, il proprio confine tra pubblico e privato. E questo ci fa capire bene quanto sia da subito maggiormente esposta al rischio dello sguardo transculturale.

E' qui che sorge l'interrogativo che ci accompagnerà in questi giorni: dove si colloca il nostro incontro con queste donne migranti e spesso in viaggio su traiettorie difficili da tracciare e quali sono le competenze che possiamo mettere in campo per stare in questo incontro?


ISTITUTO MAGAZINE CATALOGO SCUOLA LIBRI ARTE TRECCANI CULTURA

malattia mentale

Enciclopedia on line

Crea un ebook con questa voce | Scaricalo ora (0)

Condividi   

malattia mentale Sindrome o modalità comportamentale o psicologica, clinicamente significativa, associata a un malessere o a una menomazione, da considerarsi manifestazione di una disfunzione comportamentale, psicologica o biologica della persona. Non esiste una definizione soddisfacente che specifichi i confini precisi del concetto di m.m. (o disturbo mentale, come talvolta si preferisce chiamarla). Tuttavia né il comportamento deviante (politico, religioso o sessuale), né i conflitti tra individuo e società sono da considerarsi m.m., a meno che non siano sintomi di una disfunzione della persona come descritto sopra. Di molte m.m., peraltro, non si conoscono né l'eziologia né i processi fisiopatologici. La cura fa ricorso, a seconda dei casi, a psicofarmaci e alla psicoterapia.

Partirei dalla **definizione di malattia mentale**, secondo l'Enciclopedia Treccani. Non esiste una definizione soddisfacente che specifichi i confini precisi del concetto di malattia mentale... Spesso quello che ci troviamo a fare come operatori ed esperti del settore è focalizzarci sul sintomo e non sull'appartenenza di quel sintomo all'interno di una cornice più ampia.

Gilles Deleuze, filosofo francese conosciuto anche in Italia, scrisse, nel suo libro "Anti-Edipo", che "ogni delirio è storico e mondiale, spostamento di razze e confini".

E quindi la domanda sorge spontanea: cosa c'entra questo con la ragazza nigeriana che di fronte alla comunicazione dello spostamento in un'altra struttura, inizia ad incupirsi e a cambiare atteggiamento, arrivando anche a usare atti di aggressività o alla donna marocchina che urla e prega tutto il giorno dopo che le è stato detto che probabilmente il figlio andrà in stato di adottabilità?

L'importanza di collocare la cultura nella storia. Spesso la cultura la riferiamo solo agli altri, come se le nostre pratiche, le nostre diagnosi, i nostri usi non avessero dietro una cultura.

Cosa alimenta la sofferenza di queste donne immigrate?

L'operatore in questi contesti viene sfidato due volte: deve confrontarsi con un linguaggio che non è semplice da decifrare, anche in termini di lingua parlata e deve fare i conti con appartenenze culturali che hanno sullo sfondo vicissitudine storiche e politiche.

Nei rapporti che ho avuto con queste donne, spesso molto giovani, nei loro discorsi e nei loro silenzi ho ascoltato la cacofonia di mille altri interlocutori che a volte bisbigliavano e altri, al contrario, urlavano a gran voce. Madri, padri, sorelle, sacerdoti, sfruttatori, fidanzati o mariti e poi operatori sociali, poliziotti, medici.

Si erano moltiplicati gli attori sociali per produrre dei precisi destini individuali. E a volte quelle traiettorie hanno preso la forma del reale riscatto, altre volte quello di bagliori agonizzanti.

Nell'incontro con l'altro, che sia in una struttura di accoglienza, in un pronto soccorso, in una stanza di terapia o in un servizio pubblico, la cura non è possibile se chi ho di fronte non si sente un pochino creduto.

Il nostro compito è quello di trasformare un pò l'esperienza dell'altra persona. Ad esempio il delirio che non paralizzi, non silenziarla e sedarla e poi, in un secondo momento, ascoltare qualche frammento di parola presente già prima della confusione.

L'altro, nel nostro sistema, spesso è già per definizione scarsamente creduto e non credibile: "te lo racconto, ma so che non mi credi".

Il rischio che corriamo è quello di semplificare le traiettorie di vita, di viaggio, di sofferenza.

Non serve sapere a memoria cosa accade in un rito voodoo, quale siano le pratiche di cura per i Dogon del Mali o quelle di scambio nella cultura Rom, la prima cosa da fare è riuscire a creare le condizioni affinché l'altro si senta ascoltato.

Esiste una violenza dell'immaginario che è difficile da riconoscere, ma l'altro, per riconoscerci portatori di cura, deve porci fuori da quella gabbia di confusione e violenza in cui si trova.

La cura sarà sempre un esercizio dall'esito incerto, spesso abitato da una palude di incertezza e di non conoscenza.

Le donne che incontriamo non possono essere viste come delle monadi, ma come parte di una narrazione condivisa, di una memoria collettiva, di un gruppo di appartenenza. Per questo si diceva sono importanti le competenze interculturali ed interreligiose.

Gli operatori devono assumere il ruolo di gruppo, talvolta villaggio, altre volte famiglia, altre ancora relazione per permettere di essere lo sfondo su cui proiettare angoscia, ansie, domande, aggressività.

Creare relazioni visibili e tangibili, contro cui urlare. Ascolto e cura di traiettorie in frantumi.

Eric Devanny disse che l'autentica cura è un atto di ricapitolazione.

Spesso ci troviamo di fronte a pezzi frammentati, incompleti. Colleghi che dicono non mi ha detto tutto, c'è qualcosa che non rivela. Nel momento in cui ci apprestiamo a fare esercizi di cura dobbiamo lasciare sempre uno spazio alla domanda Che cosa può aver vissuto? Che cosa può aver sofferto? Quali sono le esperienze traumatiche di cui non riuscirà forse mai a parlare con nessuno ma di cui io devo poter almeno tracciare qualche profilo?

Dobbiamo imparare a saper lavorare nell'incertezza, nel segreto, nel non detto.

Quali competenze dobbiamo sviluppare?

- Saper fare della nostra ignoranza una leva terapeutica (Es. rito voodoo mio)
- Non ridurre e semplificare, ma complessificare
- Collocare in una cornice di senso
- Saper creare stanze e tempi di complicità anziché oggettivare la sofferenza e la domanda d'aiuto e prescrivere modelli, protocolli o diagnosi
- Riuscire a lavorare con le loro lingue, che sono tesori infiniti di idee e intuizioni, in grado di rigenerare la relazione con l'altro, cercando di accrescere le nostre competenze interculturali
- Particolare attenzione alla lingua locale e alle figure dei mediatori, che non devono essere sostituiti