

La resistenza culturale e le sue implicazioni nel transfert

Di Eleonora Riva

1) TRANSFERT, CONTROTRANSFERT E CULTURA

La *relazione* che si costruisce tra paziente e terapeuta è il primo e principale strumento utilizzato per stimolare il cambiamento, sciogliere le resistenze e promuovere l'evoluzione del Sé. Elemento fondamentale della relazione terapeutica è il *transfert*, un meccanismo inconscio per il quale ogni individuo tende a spostare schemi di sentimenti e pensieri relativi a una relazione significativa su una persona coinvolta in una relazione interpersonale attuale (Freud, 1909). In psicanalisi e nei modelli clinici psicodinamici il processo transferale è considerato in gran parte inconscio (Ellenberger, 1970): si attiva indipendentemente dalla volontà del paziente (e del terapeuta) e può acquisire caratteristiche positive o negative in dipendenza dalle caratteristiche delle relazioni oggettuali del passato del paziente che vengono sollecitate. E' infatti fortemente connesso alle relazioni oggettuali dell'infanzia, e le riproduce con la medesima intensità emotiva (Racker, 1970). Il transfert è presente in ogni tipo di relazione interpersonale, ma le relazioni di cura, ed in particolare i setting psicologici e psicoterapici, sono la sede elitaria per il suo dispiegarsi. Esso infatti si attiva sempre in maniera significativa nella relazione terapeutica, proprio a causa delle forti valenze emotive della stessa. Secondo Freud (1909) il transfert è una forma di innamoramento che prescinde dall'aspetto, dall'età e dal genere dello psicoterapeuta, e si manifesta anche quando egli si mantiene distaccato dal paziente e conserva un comportamento riservato. Attraverso di esso il paziente riproduce in forma attuale le esperienze emotive ed affettive del passato, rivivendole anziché semplicemente rievocarle. Il processo transferale inoltre ha sempre una dinamica bilaterale, poiché anche il clinico sviluppa a sua volta un processo *controtransferale* (Racker, 1970; Jung, 1985) investendo il paziente di processi emotivi e cognitivi della propria esperienza *sollecitati dalle caratteristiche del paziente stesso*. Come il transfert, anche il controtransfert non si manifesta solamente nel rapporto tra lo psicoterapeuta ed il paziente, ma anche nelle relazioni sociali e interpersonali, in particolare in quelle che vertono su di un asse verticale, asimmetriche, come quelle tra maestro e allievo, tra sacerdote e adepto, tra genitore e figli (Jung, 1985). Tuttavia nell'ambito della terapia esso diviene un "oggetto" clinico di fondamentale importanza. In primo luogo, grazie al controtransfert il terapeuta dimostra spontaneamente *empatia* nei confronti del paziente, e riesce ad immedesimarsi con il suo stato d'animo, cosicché quest'ultimo si sente accolto e compreso (Nicolò, 2007). Inoltre il controtransfert, proprio perché frutto della reazione tra l'inconscio del paziente e l'inconscio del terapeuta, diviene l'oggetto primario di analisi da parte del clinico (Racker, 1970).

Transfert e controtransfert vengono sollecitati e nutriti di volta in volta da caratteristiche differenti delle personalità del paziente e del terapeuta, che indirizzano la selezione, tra le

relazioni oggettuali pregresse, di quella che verrà proiettata nella relazione terapeutica. Tra le varie caratteristiche che elicitano il transfert vi sono spesso elementi di tipo *culturale* (Terranova, Servida, 2010). Possono essere *somiglianze* o *divergenze* tra le caratteristiche culturali dei due interagenti, oppure *aspettative* derivate dalle proprie conoscenze della cultura dell'altro. Paziente e terapeuta possono condividere elementi legati al genere e all'età, oppure al ceto sociale; oppure possono percepirsi come diametralmente opposti proprio su questi due assi. Possono emergere elementi di differenza culturale legati alla differente area del paese in cui sono cresciuti (Nord-Sud, città-campagna), oppure addirittura appartenere a popolazioni ed etnie manifestamente diverse ed essere influenzati dagli stereotipi e dai pregiudizi acquisiti relativamente all'etnia dell'altro. Il transfert e il controtransfert culturali sono più difficili da far emergere a livello di coscienza, proprio perché, in genere, viene sottovalutato l'impatto della cultura (che presiede i processi di significazione e simbolizzazione!) all'interno della relazione clinica. Proprio per questo essi possono creare movimenti emotivi molto violenti, in entrambe le direzioni. Per quanto riguarda il paziente, un transfert culturale negativo può rendere inefficace il lavoro di creazione della compliance, perché il paziente non riesce a sentirsi compreso, mentre un'identificazione troppo forte può portare al desiderio del paziente di assimilarsi (Berry et al., 1992) alla cultura del terapeuta costruendo un falso Sé, anziché rafforzare la propria identità. Il terapeuta a sua volta può vivere un processo di intensa immedesimazione con il paziente, con il rischio di promuovere un processo assimilatorio anziché uno di autonomia, oppure vivere dei sentimenti di rifiuto, incomprendimento, ostilità che lo spingono a mettere in atto movimenti espulsivi.

W., 44 anni è un'insegnante di matematica in una scuola professionale di Milano. Lavora con molta energia e passione, ed instaura con i propri allievi ottime relazioni basate sul confronto, sulla discussione, a volte piuttosto vivace, e costellate di sinceri scambi emotivi. La scuola in cui lavora ha una prevalenza di studenti (e di insegnanti) maschi, ed è fortemente multietnica (70% di studenti stranieri, provenienti da più di 20 paesi diversi). W. Ha imparato quindi a relazionarsi a gruppi a prevalenza maschile, utilizzando toni e maniere dirette e vivaci, e non ha mai avuto problemi, fino all'arrivo, a scuola di un gruppo di studenti filippini. La relazione tra W. E questi studenti è difficile, la comunicazione scarsa, l'empatia assente da ambo le parti. L'insegnante descrive i ragazzi come svogliati, poco interessati alla relazione, poco presenti. Gli studenti filippini giudicano W. Maleducata e razzista. Cosa è successo? I giovani filippini sono il primo gruppo così ampio di studenti orientali della scuola, ed hanno delle modalità comunicative e relazionali parametralmente diverse a quelle degli studenti stranieri fin'allora incontrati da W. Quando vengono interpellati rispondono solo se sanno la risposta, se sgridati abbassano la testa e sorridono, per educazione e per vergogna, se le sgridate vengono ripetute restano ancora in silenzio. Quello che nella loro cultura è considerato un comportamento educato ed adeguato di rispetto verso l'adulto, è interpretato da W., che confronta il loro comportamento con l'esperienza sviluppata con ragazzi di altre culture, come apatia, disinteresse nella scuola, mancato desiderio di ingaggiare la relazione con gli insegnanti. A loro volta, gli studenti filippini confrontano il comportamento di W. alle proprie esperienze culturali di insegnante

di donna, e W., che si relaziona in una maniera molto mascolina, viene percepita come maleducata e inadeguata nel proprio ruolo, e, poiché insiste a provocare i ragazzi nella speranza di vedere una reazione e ingaggiare una relazione empatica con loro, viene vissuta come invadente e razzista.

G., 30 anni, proveniente dall'Est Europa, approda nello studio di una giovane terapeuta con sintomi ansioso-depressivi. La ragazza è stressata per via delle condizioni lavorative faticose, per la mancanza della famiglia d'origine, dei figli, e per il ricongiungimento con il marito, con il quale aumentano le incomprensioni e le liti. G. lavora tanto, fa la badante ad una persona anziana la notte e le pulizie di giorno, e con il marito si vedono poco. Quando va a casa, per poche ore, G. deve pulire, fare il bucato, cucinare. Suo marito non sa fare i mestieri di casa "perché è un uomo". Si lamenta perché G. c'è poco, si lamenta per la cena, si lamenta perché quando passa l'aspirapolvere la sera lo disturba mentre riposa. La terapeuta vede G. impegnata dal lavoro (immedesimandosi), in cerca di una migliore integrazione in Italia, in cerca di una situazione migliore per i suoi figli. Cerca di promuovere in lei un processo di emancipazione, che le permetta di essere più autonoma, più indipendente e più felice. Questo non fa che inasprire la situazione familiare, e G. si sente sempre più infelice e non realizzata. Finché ad un certo punto il marito trova un lavoro meglio pagato, per cui deve fare delle trasferte, e chiede a G. di lasciare parte dei suoi lavori, per occuparsi meglio della casa e della famiglia. G. guadagna meno, esce meno di casa con le amiche, ma è più felice: suo marito le ha dimostrato che ha bisogno di lei come moglie, quindi le vuole ancora bene: ciascuno ha recuperato il ruolo di genere riconosciuto dalla cultura di appartenenza, e la coppia è tornata a funzionare, con soddisfazione di entrambi.

2) RESISTENZE PATOLOGICHE E RESISTENZA CULTURALE

Secondo i modelli psicanalitici la patologia psichica origina da un blocco, uno stallo, che si viene a creare, a causa di esperienze destrutturanti, ad uno dei diversi livelli di sviluppo dell'età infantile. L'individuo non riesce ad avere un'evoluzione psichica armoniosa e serena e le sue emozioni e le sue energie rimangono legate al nodo evolutivo bloccato. La situazione patologica fa sì che egli sviluppi delle resistenze al cambiamento, all'evoluzione e alla guarigione, rimanendo in una situazione psicologica statica. Secondo Freud la *resistenza* è un processo dinamico che interferisce con il progresso dell'analisi (Freud, 1912, Eidelberg, 1968), ed è di natura inconscia; Reich (1933) dà il nome di "corazza caratteriale" all'insieme delle resistenze e delle difese che, nei diversi individui, possono assumere stili e tonalità particolari (isterica, ossessiva, narcisistica, masochistica, etc.). Nel corso della terapia psicoanalitica si dà il nome di *resistenza* a tutto ciò che negli atti e nel discorso del paziente si oppone all'accesso dei contenuti inconsci alla coscienza: è la forza che si oppone al lavoro analitico, alla guarigione e al superamento della nevrosi, come se il paziente "volesse" restare a convivere col proprio male. In modelli non a taglio psicodinamico, come nelle teorie cognitivo comportamentali, invece, la resistenza del

paziente alla compliance terapeutica è considerata consapevole (Fensterheim, Glazer, 1983). In ogni caso in tutti i diversi modelli clinici la resistenza ha un *locus interno* all'individuo, soggettivo, individuale, ed è considerata un elemento negativo, che mantiene l'individuo in uno stato patologico e non ne permette l'evoluzione. Funzione della terapia è *sciogliere la resistenza* per far progredire l'evoluzione del Sé. L'abbandono o lo scioglimento delle resistenze psicologiche è quindi necessario per mantenere l'integrità psichica, recuperare la salute e continuare a crescere come persona.

Secondo Thomas Reid (1999), tuttavia, esiste una categoria di resistenze che sono positive e strutturanti per il Sé, e che possono facilmente essere confuse con resistenze psichiche patologiche nell'arco del processo psicoterapico. Si tratta della *resistenza culturale*, una situazione di stallo, di blocco, che *scaturisce da un conflitto interno tra valori culturali inconsci e valori consciamente espressi, o da un conflitto tra valori culturali inconsci del terapeuta e valori culturali del paziente*. Questo genere di resistenza, differentemente da quanto accade per la resistenza patologica, è funzionale a salvaguardare la *coerenza interna*, l'identità e la stima di Sé, e pertanto non va sciolta ma salvaguardata e rinforzata. La resistenza culturale ha *un locus in parte interno e in parte esterno*: nell'*individuo* trova le proprie origini e i suoi specifici contenuti nella *cultura intrasomatica* (Massimini et. al., 1986), ossia in quella parte di identità culturale che ciascuno di noi costruisce, fa propria e personalizza interiorizzando e assorbendo gli elementi culturali, gli artefatti con i quali interagisce quotidianamente (Inghilleri, 2009); nel *contesto sociale* esterno all'individuo la resistenza culturale si appoggia sui *garanti metasociali* (Kaës, 2007), cioè alle istituzioni che, all'interno di un dato sistema culturale, garantiscono la costanza dei valori socio-culturali e gli strumenti per mantenerli tali, e permettono alle persone di costruirsi dei valori, dei modelli socio-relazionali, dei sistemi familiari, delle norme e di tutti gli altri *garanti metapsichici* che sono necessari alla costruzione dell'identità e della sua manifestazione nel contesto di origine. La resistenza culturale è quindi l'effetto di un disequilibrio nella relazione tra valori, comportamenti e abitudini appartenenti alla cultura interna, fondanti l'identità dell'individuo e il modo in cui essa si manifesta nella quotidianità, e sistema sociale in cui il soggetto attualmente si trova, laddove gli è necessario fare riferimento ad istituzioni, modalità relazionali e strumenti di comunicazione. In genere è questo secondo addendo che si trova, per svariati motivi (migrazioni, cambiamento di situazione socio-relazionale, evoluzione del contesto socio-culturale, ...) ad essere differente, ed i garanti metapsichici, consolidati nella mente delle persone, nella cultura intrasomatica, faticano a trovare le istituzioni o gli strumenti necessari per essere riconosciuti come elementi fondanti l'identità. L'individuo si esprime o cerca di esprimersi attraverso elementi che ha interiorizzato dalla cultura di origine ma il contesto esterno, che non ha i medesimi garanti metapsichici, legge tali elementi come atti di scarsa comprensione culturale o addirittura sintomi di patologia psichica. Funzione della terapia diviene allora, anziché sciogliere le resistenze, esplorarle e mettere in luce l'incomprensione o la scorretta interpretazione reciproca tra contesto sociale e individuo, con le sue specifiche radici culturali. Il passo successivo sarà quindi quello di trovare una mediazione tra *esigenze di coerenza* del paziente e *richieste di adattamento* del mondo

esterno. L'obiettivo diviene promuovere il processo di evoluzione del Sé (Inghilleri, 1995, 1999), in modo che la persona possa trovare il modo di continuare ad esprimere le proprie caratteristiche culturali senza che queste ostacolino il suo processo di integrazione nel sistema socio-culturale attuale.

La resistenza culturale, è il risultato di un conflitto interno tra valori culturali inconsci e valori consciamente espressi (come sopra descritto), ma anche di un conflitto tra valori culturali inconsci del terapeuta e del paziente (Reid, 1999), che hanno costruito la propria identità in contesti socio-culturali differenti, facendo riferimento a garanti metasociali diversi, a valori differenti, a sistemi comunicativi e relazionali non compatibili. In tal caso può essere il terapeuta a fungere da fattore ostacolante, in vece del contesto sociale. Se il terapeuta non comprende la funzione identitaria di comportamenti, atteggiamenti, sistemi di valori, modelli di pensiero del paziente, può insistere per sciogliere tali "resistenze", chiedendo al paziente di abbandonare tali comportamenti strutturanti per avvicinarsi all'idea di salute e di equilibrio più proprie del sistema culturale del terapeuta stesso. La resistenza culturale si riscontra facilmente a seguito dei cambiamenti conseguenti i processi migratori, proprio perché lo spostamento geografico sottende al cambiamento di molteplici parametri culturali. Per salvaguardare la coerenza interna, la resistenza culturale tende a rendere gli individui impermeabili a molti segnali di diversità, situazionale e contestuale (Riva, Conti, Rossi, 2010). Le persone continuano così a mettere in atto comportamenti propri di un sistema culturale non più attuale o non più presente, che permettono loro di percepire una continuità psichica con il proprio passato, nonostante che questi comportamenti possano essere faticosi o addirittura dannosi per l'individuo stesso.

X., peruviana, 46 anni, si reca in consultazione da una psichiatra e una psicologa, perché fortemente depressa (Petruzzi, Riva, 2002). Racconta la storia di una donna stanca, frustrata, sola: terza di 7 fratelli è emigrata in Italia da sola, per supportare economicamente la famiglia d'origine a Lima. A suo carico sono la madre anziana, tre sorelle, una cognata e diversi nipoti. Dopo dieci anni di migrazione X. È al punto di partenza, se non peggio: la famiglia dilapida costantemente il denaro che invia, fa fallire le attività commerciali che X. Apre per loro, continua a chiedere denaro, e lei è ancora precaria, economicamente e amministrativamente, lavora come OS, non si è sposata e non ha avuto figli suoi. Vive per la famiglia d'origine che le sta risucchiando le energie economiche, psicologiche e affettive. Le terapeute iniziano con lei un lungo lavoro psicologico, accompagnato da antidepressivi. Si lavora sull'individuazione, sulla presa di coscienza di un Sé autonomo e indipendente, sul distacco e sulla promozione delle proprie qualità. Il percorso procede a tentoni, con continui passi avanti e indietro: X. capisce il significato di quanto proposto, ma non riesce a dividerlo. Per la sua cultura di appartenenza la famiglia materna è tutto, è la fondamentale fonte di identità, specie per una donna. E' un gruppo sociale dal quale non si esce mai, non si diventa mai autonomi del tutto, ed in particolare se ci sono situazioni di bisogno. Per X. prendere distanza dalla famiglia materna, costantemente bisognosa, con diverse persone con problemi di salute, significherebbe rinunciare alla propria identità, alla propria appartenenza, alla propria cultura: preferisce rinunciare al suo futuro.

3) RESISTENZA CULTURALE, RESILIENZA E INERZIA

Per meglio caratterizzare il processo di resistenza culturale approfondiamo ora due concetti che sono ad esso legati: la *resilienza* e l'*inerzia*.

La *resilienza* è definibile come *la capacità umana di confrontarsi con le inevitabili circostanze avverse della vita di superarle, di imparare da esse o ancora di essere da loro trasformati* (Groteberg, 1995). E' una competenza psicologica che permette agli individui che la possiedono di affrontare situazioni di grande cambiamento e/o a forte impatto emotivo avvalendosi di risorse proprie di un soggetto con grande complessità psichica (Csikszentmihalyi, 1993; Inghilleri, 1995, 1999), ed apprendendo da tali situazioni ad utilizzare ancor meglio le proprie capacità. E' una competenza psicologica complessa, che mette in gioco contemporaneamente più livelli e funzioni, e viene considerata un processo mentale attivo più che una semplice assenza di patologia (Magrin, 2006). E' un processo dinamico che permette alla persona che è in grado di attivarlo il mantenimento di un buon adattamento psicologico al contesto nonostante i continui cambiamenti di quest'ultimo (Luthar et al., 2000), e garantisce la capacità di riprendersi prontamente dopo un evento traumatico (Kahn, 1991); l'individuo mantiene una "traiettoria stabile di funzionamento sano" nonostante le esperienze negative, anche grazie alla capacità di promuovere esperienze generative nelle varie situazioni che il contesto esterno offre di volt in volta (Bonanno et al., 2001).

L'*inerzia*, per come definita da Massimini e colleghi (1996) all'interno del frame della psicologia evoluzionistica, è da intendersi come la *tendenza dell'uomo, sia in termini individuali sia come gruppi, a resistere al cambiamento*. E' una caratteristica che, secondo gli autori, appartiene agli esseri viventi nella loro interfaccia biologica, in quanto portatori di genoma, alla psiche individuale, in quanto costruita storicamente e culturalmente (Vygotskji, 1934), sia agli oggetti culturali esterni all'uomo, depositati negli artefatti, in quanto prodotto dell'investimento psichico degli esseri umani (Inghilleri, 2009). Gli esseri viventi infatti, tendono a resistere al cambiamento, promuovendo la trasmissione di un genoma quasi uguale di generazione in generazione, per mantenere nel tempo quegli elementi che possono permettere agli individui di sopravvivere. In tal modo a volte vengono conservate anche delle caratteristiche (come ad esempio il coccige negli esseri umani) che non sono più utili, o sono fastidiose, ma sono state importanti in un'era passata. Questa caratteristica conservativa viene trasferita dagli esseri umani anche sugli altri sistemi di significazione che gli corrispondono: la psiche e il sistema culturale. La struttura psichica, nella sua costituzione, tende a conservare e riutilizzare tutte le informazioni che appaiono utili per la relazione della persona con gli altri e con il contesto: in tal modo si costruisce l'identità personale e culturale, e si organizzano i contenuti mentali. Ciò che è risultato utile nel passato viene conservato, per inerzia, e riattivato in situazioni che appaiono simili in futuro. Nel sistema culturale invece gli artefatti vengono depositati ed utilizzati da più persone in momenti storici diversi, e vengono abbandonati

solo nel caso in cui diventino veramente obsoleti o vengano sostituiti da altri nuovi, Spesso tuttavia, anche in questi casi, una qualche forma degli artefatti vecchi possono essere conservati, per venire utilizzati come oggetti della memoria (come ad esempio i vecchi dischi in vinile, o le macchine da scrivere) o risignificati con nuovi utilizzi (Riva, 2011). L'inerzia quindi permette la conservazione dell'individuo, dell'informazione e dei significati, si oppone al disordine e all'entropia¹, a livello biologico, di cultura interna e di cultura condivisa. Se diviene eccessiva, tuttavia, produce situazioni di irrigidimento e può diventare disfunzionale o addirittura patologica (come ad esempio i rituali ossessivo compulsivi).

Resistenza culturale, resilienza e inerzia sono dunque processi che hanno molto elementi in comune ed interagiscono costantemente tra loro. Tutti e tre sono processi dinamici che agiscono sulla relazione tra psiche e cultura, tra l'individuo ed il suo contesto di vita. Sono processi sani, non patologici, che si oppongono al disordine e all'entropia e permettono quindi di mantenere costanti i significati, gli oggetti psichici e culturali, le relazioni tra individuo e ambiente. Resistenza culturale, resilienza ed inerzia emergono in seguito al confronto quotidiano delle persone con esperienze varie e potenzialmente stressanti. La loro attivazione permette di avere una capacità di coping rapido e efficace in situazioni stressanti, ma a volte possono divenire eccessive, ed in tal caso possono creare situazioni negative o anche francamente patologiche. Obiettivo di queste tre funzioni è in primo luogo salvaguardare la coerenza interna dell'individuo (o del sistema culturale), ma contemporaneamente concorrono a salvaguardare la coerenza di relazione e significazione tra persone e sistema culturale, sia esso quello presente, attuale, o quello interiorizzato nella cultura intrasomatica ed espresso nell'identità culturale.

4) RESISTENZA CULTURALE NEL PERCORSO CLINICO: SVILUPPO DEL SÉ E INTEGRAZIONE PSICOSOCIALE

Le esperienze connesse ai *processi migratori* ci permettono di mettere maggiormente in evidenza il *legame tra resistenza culturale e identità soggettiva*. In queste occasioni di completo eradicamento e mutamento dell'orizzonte culturale, infatti, i processi di resistenza culturale impediscono l'attuarsi o ridimensionano la violenza del conflitto interno che si produce a causa della differenza tra la cultura interna all'individuo e quella esterna, depositata negli artefatti con cui egli viene costantemente a contatto nel nuovo paese. Mantenendo alcuni comportamenti, abitudini, atteggiamenti, valori, modi di pensare propri della cultura d'origine, anche se poco utili o coerenti nel nuovo contesto di vita, i migranti salvaguardano la continuità della propria identità culturale, costruitasi nel paese d'origine,

¹ Il secondo principio della termodinamica definisce come *entropia* la tendenza di qualunque sistema chiuso a disperdere energia ed aumentare gradatamente il livello di disgregazione e di disordine. L'entropia è una caratteristica degli elementi non viventi, che tendono a disgregarsi per raggiungere uno stato di equilibrio di energia e densità all'interno del sistema cui appartengono, mentre gli esseri viventi tendono a mantenere il proprio stato resistendo alle forze entropiche.

e la relazione tra garanti metapsichici e garanti metasociali (Kaës, 2007) che infonde all'individuo senso di ordine e di sicurezza. Le resistenze culturali salvaguardano i valori ed i significati culturali trasmessi dal gruppo di appartenenza, ed i legami che l'individuo ha costruito con esso, e gli permettono di introdursi nel nuovo mondo senza perdere le proprie radici e senza sentirsi spaesato, perché gli forniscono costanti elementi di memoria ed identificazione.

Nella relazione di cura e nel percorso clinico è quindi necessario prendere in considerazione la presenza di resistenze patologiche quanto quella di resistenze sane, che vanno tutelate e rinforzate. Questo vale in maniera particolare quando paziente e terapeuta non provengono dallo stesso universo culturale, ma può essere importante anche quando la differenza culturale non è di particolare rilevanza.

In primo luogo compito del clinico è *far emergere e portare a livello di coscienza gli elementi valoriali alla base della resistenza*, siano essi propri della cultura originaria del paziente o di quella dell'operatore. Nelle situazioni citate, ad esempio, nel caso dell'insegnante W, è stato necessario mettere in luce come il suo modello di relazione fosse improntato su degli scambi comunicativi vivaci e quasi anche aggressivi, che le davano una sensazione di genuinità, e questa esperienza pregressa le impediva di percepire positivamente modalità relazionali di tipo più indiretto. X., la signora peruviana, invece proveniva da un sistema culturale dove la partecipazione e la cura della famiglia sono fondamentali per il mantenimento dell'identità, mentre per le terapeute divenire adulti significava prendere le distanze ...

Per superare, dove possibile, questo gap culturale, e diminuire l'effetto patogeno o disturbante che la resistenza culturale può produrre quando contrasta o si oppone alla relazione della persona con il suo contesto attuale, il clinico può provare, se possibile, ad *integrare elementi valoriali alla base della resistenza con i nuovi elementi valoriali introiettati dal nuovo sistema culturale*. Nel caso di G., ad esempio, il recupero dei ruoli e dei compiti di genere all'interno dell'ambito familiare permette alla giovane donna e a suo marito di condividere un sistema di significati comune, e di riattivare costantemente i legami culturali con il paese d'origine, mentre in ambito lavorativo G. ha l'opportunità di sperimentare modi di relazionarsi e di comportarsi dei colleghi italiani e di costruirsi nuove relazioni improntate ad un modello interculturale (Mantovani, 2008).

Laddove è possibile, inoltre, si può lavorare per *integrare e declinare gli elementi valoriali alla base della resistenza nel nuovo contesto di vita*, cercando degli spazi all'interno della cultura di accoglienza dove i contenuti importanti per il paziente possono essere espressi. Se l'oggetto della resistenza è l'alimentazione, si può promuovere l'utilizzo delle competenze culinarie acquisite nel paese d'origine per la ricerca di un posto di lavoro, o per la costruzione di una rete sociale collaborando con il contesto associativo.

Infine può essere possibile *promuovere una migliore integrazione tra comportamenti resistenti e richieste del nuovo sistema sociale*, promuovendo il cambiamento di quelle

aree di competenza che non sono limitate dal blocco della resistenza, in modo che nuove parti del Sé vadano a compensare i limiti di quelle resistenti.

Nel percorso di psicoterapia transculturale è necessario quindi promuovere la ricerca di una *mediazione* tra esigenze di *coerenza interna* di paziente e richieste di *adattamento* del mondo esterno. Per promuovere l'evoluzione della compliance ciò può avvenire anche attraverso una *costruzione condivisa* tanto dell'analisi eziologica quanto della scelta del percorso tratta mentale. Gli elementi culturali alla base della resistenza non solo devono essere esplicitati, ma è necessario dar loro valore e spazio all'interno del setting psicoterapico, in modo che il paziente si senta considerato e valorizzato, accolto nella sua identità culturale altrà, e si senta libero di portare la propria esperienza e l'interpretazione soggettiva e culturale da di essa. Condividere la costruzione del progetto terapeutico inoltre permetterà di integrare elementi culturali alla base della resistenza con elementi funzionali e culturali del sistema medico-sanitario, che possono non essere ben noti al paziente ed essere percepiti come estranei ed ostili se proposti con un metodo standard.

5) STORIE

Stella: la perdita dei garanti metasociali e la costruzione di una nuova sicurezza.

Stella ha 19 anni e viene dal Ghana (Riva, Rossi, 2010). E' stata ricoverata in reparto psichiatrico perché ha ingerito dei vetri. La storia della sua famiglia gira intorno alle liti dei genitori, ad un padre che si propone come esempio e promotore del culto nella comunità Ghanese e che a casa picchia la moglie, la deruba, la tradisce. Stella non vuole e non può sopportare questa situazione di ipocrisia e di violenza e cerca diverse soluzioni, fino all'estremo gesto. Prima di questo ha cercato varie volte di attivare i garanti metasociali (Kaës, 2007), propri della cultura d'origine: i referenti religiosi ed i capi villaggio. Tuttavia non è stato possibile, a causa della struttura labile del gruppo di immigrati ghanesi nella città di residenza, e così Stella non è riuscita a trovare un'autorità responsabile della comunità che si ponesse nella condizione di affrontare il padre e riportarlo all'ordine, come avrebbe fatto se fosse stata in Ghana, ed ha cercato di attirare l'attenzione su di sé. Compito del terapeuta, allora, è prima di tutto *far emergere e dare spazi e valore agli elementi culturali alla base della resistenza*. Dare la parola a Stella, e a sua madre, per ricostruire il percorso di significazione che ha portato la ragazza al gesto estremo, che non è più allora un gesto privo di senso, ma la celebrazione di un fallimento culturale. Dare atto della scarsa possibilità di ritrovare dei referenti metasociali adeguati alle esigenze culturali della famiglia, e, a questo punto, *integrare elementi culturali alla base della resistenza con elementi funzionali e culturali del sistema medico-sanitario*, ossia in primo luogo promuovere un percorso psicologico che aiuti Stella ad approfondire le differenze tra la società ghanese a lei nota, la comunità ghanese in Italia e la società italiana; in secondo luogo aiutare Stella a conoscere strade alternative per affrontare i futuri problemi, approfondendo il funzionamento dei garanti metasociali italiani (la scuola, i servizi sociali,

la polizia), ed aiutarla a connettere i propri garanti metapsichici con questi ultimi, in modo da sentirsi sicura e sapersi tutelare anche nel nuovo paese d'accoglienza.

Meriem: garanti metapsichici e metasociali tra Italia e Marocco.

Meriem ha 13 anni, prima di 4 figli, è nata a Milano da genitori marocchini. Arriva al reparto di neuropsichiatria dopo un ricovero in reparto. Lamenta spesso svenimenti a scuola, e in condizioni di stress. Non ci sono elementi clinici degni di nota, e si pensa ad una forma di tipo isteriforme. La neuropsichiatra viene colpita dalla serietà di Meriem, che viene sempre accompagnata dal padre, che si dichiara un musulmano aperto, che ha amici italiani, ben integrato. Meriem porta il velo, e le attenzioni della dottoressa vanno fin dal principio in quella direzione, mentre il padre continua ad insistere sulla poca cura che la figlia ha dell'alimentazione e del sonno (si alza alle 5 per studiare e non fa colazione). Transfert e controtransfert fanno emergere una scarsa fiducia reciproca, i clinici sospettano una situazione in cui la ragazza sia costretta a pratiche religiose che non sente proprie, il padre percepisce di non essere ascoltato come vorrebbe. Ci si dibatte tra religione ed integrazione, come se una non potesse essere se non a discapito dell'altra. Finché Meriem ci ferma e dice "Nessuno mi ha imposto il velo, sono io che l'ho scelto, in prima media, perché mi sentivo matura per questo. Mia sorella che non lo sente non lo porta. Non mi ha creato problemi perché conoscevo tutti i miei compagni di scuola fino dalle elementari. Quello che mi stressa è la scuola, quando non riesco ad avere il massimo del voto." La resistenza culturale dunque non è sulla religione, che viene vista come un elemento flessibile e ben integrabile dalla ragazza, tuttavia l'esperienza pregressa della terapeuta con altre famiglie ha orientato il suo controtransfert culturale alla ricerca di un elemento eziologico relativo al tema religioso. Superato questo impasse, emerge infine il reale elemento di resistenza culturale, che riguarda l'eziologia degli svenimenti di Meriem. Madre e padre infatti le imputano due origini differenti, e seguono due diversi modelli di cura. La madre, con tendenze ipocondriache, crede sia un disagio di origini fisiologiche; il padre crede che sia legato ad un'interazione con i Gin, spiriti naturali che, nelle tradizioni delle culture africane, vivono parallelamente agli uomini e possono, in alcune occasioni, cercare di possedere il corpo di alcune persone. Per questo a suo dire Meriem sviene, a causa del tentativo di un gin di possederle, essendo lei l'orgoglio della sua famiglia. Queste due eziologie, differenti a loro volta dall'ipotesi dello staff medico-curante, fanno sì che gli approcci curativi al problema di Meriem non siano mai condivisi: il padre cura l'intervento dei gin con la preghiera, la madre cerca dei farmaci, la neuropsichiatra propone la psicoterapia: Meriem è di fatto bloccata in una rete di interpretazioni, e la situazione evolverà quando lei stessa prenderà una posizione sull'eziologia del proprio problema e sulla terapia che desidera seguire.

Davide: tra immaginario e inimmaginabile.

Davide ha 11 anni, è nata a Milano da madre ecuadoriana (Riva, Conti, 2010). Sua madre gli ha raccontato di un padre egiziano mai conosciuto, di cui Davide sa solo di avere gli stessi capelli. Anche il Sudamerica è lontano, tra il sogno e la menzogna, idealizzato come

il paese dei sentimenti materni, ma fuggito perché porta nella storia materna esperienze di uomini violenti, in famiglia e altrove. Mano a mano che il ragazzo cresce diventa sempre più aggressivo, a scuola, con la mamma, con le amiche della mamma. Quest'ultima trasferisce tutti i suoi timori sul genere maschile sul figlio, che crescendo incarna le sue paure. Il padre ed i fratelli violenti, il compagno che l'ha tradita, vengono investiti su Davide, che assorbe suo malgrado la cultura maschile come cultura dell'aggressività e della violenza. La resistenza culturale della madre diviene sintomo nell'esperienza del figlio, ed è necessario andare ad approfondire tutti i segreti che hanno portato l'allontanamento della donna dalla famiglia prima e dal padre di Davide poi, e restituire un'identità distinta al ragazzo, che può finalmente chiedere di più sulle proprie origini e contemporaneamente compiere delle scelte di individuazione che permettano uno sviluppo del Sé in termini più complessi e più vari (Inghilleri, 1995, 1999).

Angela: un paese per me.

Angela è una giovane quattordicenne italo-filippina (Riva, Conti, 2010). Ha trascorso l'infanzia nelle Filippine e si è poi trasferita con la famiglia in Italia per frequentare la scuola, dove dopo pochi anni si è ammalata di un grave disturbo dell'umore. Alla sua malattia i genitori, che già dall'inizio avevano investito diversamente su Angela, reagiscono in maniera molto diversa. Il padre, che la vedeva come la sua bambolina, rimane indispettito, la sua bambina non è più brava e perfetta, legge il suo comportamento come indisciplina, dice "la ragazza fa i capricci". La madre invece, che ha visto nella figlia un passaporto per la vita in Italia e l'integrazione con nuovi mondi. Si vergogna dei suoi comportamenti, e finisce per poterla giustificare solo considerandola folle. Quale paese per Angela? Per gli italiani è troppo filippina, per i filippini tutta italiana, e lei si ritira all'interno della propria mente, lasciando il corpo come campo di battaglia dove si giocano i sintomi depressivi e ossessivi. La follia diventa un nuovo mondo culturale, dove poter esprimere in maniera forte, preponderante, quello che non viene ascoltato altrimenti. La malattia è l'unico modo di essere possibile, e qualunque terapia non può iniziare se non superando le resistenze culturali dei genitori (capricci e follia), e creando uno spazio terzo dove la ragazza può cercare di scegliere come manifestare se stessa senza essere completamente coesa alle aspettative genitoriali oppure espulsa. E' un lungo cammino che prevede la ricostruzione di garanti meta sociali e metapsichici nuovi, prima mancanti, e l'inserimento in un mondo di artefatti non ben conosciuto, se non attraverso gli occhi di una cultura familiare patologica. La resistenza culturale è anche una resistenza alla sua esistenza in quanto essere individuato, ed è questo il primo elemento patogeno.

BIBLIOGRAFIA

- BERRY, J.W., POORTINGA, Y.H., SEGALL, M.H., DASEN, P.R. (a cura di) (1992), *Psicologia transculturale: teoria, ricerca, applicazioni*. Tr. it. Guerini e Associati, Milano, 1994.
- Bonanno, G.A., Papa, A., O'Neill, K. (2001), "Loss and Human resilience", *Applied and Preventive Psychology*, 10, 193-206.
- CSIKSZENTMIHALYI M. (1993), *The Evolving Self: A Psychology for the Third Millennium.*, Harper Collins, New York.
- EIDELBERG, L. (Ed.). (1968). *Encyclopedia of psychoanalysis.*, The Free Press, New York.
- ELLENBERGER, H. (1970). *La scoperta dell'inconscio*, Bollati Boringhieri, Torino.
- FENSTERHEIM, H., GLAZER, H.I. (1983). *Behavioral psychotherapy: Basic principles and case studies in an integrative clinical model*, Brunner/Mazel, New York.
- FREUD, S. (1909), "Osservazioni di un caso di nevrosi ossessiva.", - In: *Opere*, vol.6., Bollati Boringhieri, Torino, 1985.
- FREUD, S. (1912). "A note on the unconscious in psychoanalysis." – In: STRACHEY, J. (Ed.) (1958)., *The Standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud* (Vol. 12; pp. 264-282), The Hogarth Press, London.
- FREUD S. (1920) "Al di là del principio del piacere", *Opere*, vol. 9, Bollati Boringhieri, Torino, 1985.
- GROTBERG, E.H. (1995), *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit.*, The Bernard van Leer Foundation, The Hague, Netherlands.
- INGHILLERI, P. (1995), *Esperienza soggettiva, personalità, evoluzione culturale*. UTET, Torino.
- INGHILLERI P. (1999), *From subjective experience to cultural change*, Cambridge University Press, New York.
- INGHILLERI P. (a cura di) (2009), *Psicologia culturale*, Raffaello Cortina, Milano.
- JUNG, C.G. (1985) *Psicologia del transfert*, Mondadori, Milano.
- KAËS, R. (2007), *Un singolare plurale*. Tr. it. Borla, Roma 2007.
- KAHN R. L. (1991) "Retention, resilience, and enhancement: Components of vitality throughout the life course"., Course paper presented at the meeting of MacArthur Foundation Successful Aging Program, San Francisco.
- LUTHAR S, CECCHETTI D, BECKER B. (2000), "The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work.", *Child Development*, 71: 543-562.
- MAGRIN, M.E., SCRIGNARO, M., & VIGANÒ, V. (2006), "Fattori di resilienza e benessere psicologico.", *Psicologia della salute*, 1, 9-24.
- MANTOVANI, G. (a cura di) (2008), *Intercultura e mediazione: teorie ed esperienze*. Carocci, Roma.
- MASSIMINI, F., INGHILLERI, P., DELLE FAVE, A. (a cura di) (1986), *La selezione psicologica umana. Teoria e metodo di analisi*. Cooperativa Libreria IULM, Milano, II ed. integrata.
- NICOLÒ, A.M. (2007) *,Attualità del transfert*, Franco Angeli, Milano.
- PETRUZZI A., RIVA E. (2002), "Naga – ambulatorio psichiatrico: La valutazione del disagio mentale nell'interazione professionale tra psichiatra e psicologa." – In: IOSSA FASANO A., RIZZI R., *Ospitare e curare*, Franco Angeli.

- RACKER, H. (1970), *Studi sulla tecnica psicoanalitica. Transfert e controtransfert*, Armando Editore, Roma.
- REID, T (1999), "A Cultural Perspective on Resistance", *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol. 9, No. 1, pp. 57-81.
- REIK W. (1933) "Analisi del carattere", SugarCo, Milano.
- RIVA E. (2011), "La banda come artefatto culturale: marginalizzazione, esperienza ottimale e ricostruzione del sé nei "latinos" italiani." – In: LEONE G., *Vivere l'interculturalità. Ricerche sulla vita quotidiana.*, Unicopli, Milano.
- RIVA, E., CONTI P. (2010), "La costruzione del dispositivo terapeutico: cultura intrapsichica, transfert culturale e integrazione del Sé.", - In: CASTIGLIONI M., RIVA E., INGHILLERI P. (a cura di), *Dispositivi transculturali per la cura degli adolescenti: un modello di intervento*, Franco Angeli, Milano.
- RIVA, E., ROSSI P. (2010), "La costruzione del dispositivo terapeutico: artefatti, garanti metapsichici e rinegoziazione dell'identità in migrazione.", - In: CASTIGLIONI M., RIVA E., INGHILLERI P. (a cura di), *Dispositivi transculturali per la cura degli adolescenti: un modello di intervento*, Franco Angeli, Milano.
- TERRANOVA-CECCHINI, R, SERVIDA, A. (2010), "Le voci della clinica transculturale.", - In: CASTIGLIONI M., RIVA E., INGHILLERI P. (a cura di), *Dispositivi transculturali per la cura degli adolescenti: un modello di intervento*, Franco Angeli, Milano.
- VYGOTSKIJ, L.S. (1934), *Pensiero e linguaggio*. Tr. it. Laterza, Roma-Bari 1990.