

La costruzione culturale del Sé:

la via etnopsichiatrica ai patterns di accudimento e di cura

1. Introduzione

Storicamente, nella fase iniziale del processo migratorio verso il nostro Paese, la popolazione immigrata era prevalentemente costituita da soggetti sani che sul proprio patrimonio di salute fondavano il loro progetto migratorio. Tuttavia, condizioni di vita non propriamente ottimali (disoccupazione, precariato, condizioni abitative inadeguate, carenze igieniche e incompatibilità climatiche, diete alimentari sbilanciate) e l'esposizione a fattori di rischio intrinseci (malattie importate dai paesi di provenienza, barriere culturali e linguistiche e disadattamento psicosociale, il venir meno delle reti sociali e familiari) in molti casi hanno determinato un deterioramento di tale patrimonio di salute degli immigrati, inducendoli ad un ricorso sempre più frequente all'assistenza della cultura ospite.

In seguito, con l'anzianità di immigrazione ed i ricongiungimenti familiari, sono pervenute al S.S.N. italiano conseguenti richieste sanitarie di anziani, donne e bambini portatori di bisogni specifici.

La peculiarità della richiesta di assistenza psichiatrica si è manifestata relativamente più tardi, anche per le ovvie differenze e diffidenze culturali e religiose che non permettevano agli immigrati (per lo più provenienti dall'Africa nera o maghrebina) di riconoscere i propri stati di sofferenza psichica secondo i nostri consueti modelli occidentali ¹ (Rapporto 2002 sugli Stranieri in Provincia di Torino). Tale flusso, che ha interessato inizialmente le aree metropolitane, si è via via diffuso anche nei centri submetropolitani e provinciali, spesso cogliendoci impreparati. Soprattutto nel campo della salute mentale l'impreparazione era dovuta all'incapacità di comprendere i modelli con cui si esprimeva la sofferenza psichica dei nostri utenti stranieri, abituati come si era alle nostre oramai secolari nosografie psichiatriche ² (E. Kraepelin, 1893, 1899). Nosografie che tendevano a considerare gli stati di sofferenza psichica delle popolazioni coloniali come disturbi esotici ed etnici non inquadrabili in qualsivoglia capitolo di qualche Trattato di Psichiatria.

Ciò mentre non si faceva eccessivamente caso che, proprio nelle nostre culture occidentali, esistevano ed esistono disturbi psichici di tipo etnico ed esotico, non riconosciuti in altre culture non occidentali: bastino come esempio l'Isteria e l'Anoressia Mentale, tipiche espressioni psicopatologiche, etnicamente dipendenti ³ (G. Devereux, 1967).

2. L'approccio interetnico

Da un punto di vista sociologico, dunque, viviamo oggi in una società in cui le diversità etniche e culturali sono a sempre più stretto contatto; contraddittoriamente propendiamo ad assumere atteggiamenti contrastanti di fronte a tale condizione. Da un lato desideriamo **conoscere**, capire l'altro (quasi rispondendo ad una innata programmazione epistemofilica, esplorativa, che ci spinge ad indagare le ragioni degli altri e della realtà che ci circonda);

d'altro lato ci poniamo in posizione di difesa dall'estraneo, spesso identificato con il nemico (l'estraneo è l'Altro che ti sorprende con intenti malevoli).

Dunque, gli immigrati sono sempre sospesi tra due mondi e questa sospensione alimenta una fragilità identitaria, che può talora giungere al disagio psicopatologico. Per tale motivo occorre un sempre più approfondito lavoro di reale presa in carico del disagio che costoro, con modalità che spesso ci sono tuttora estranee, intendono esprimere.

Infatti, le esperienze di incontro con culture diverse, che utilizzano modalità sintomatiche differenti da quelle a noi note, sebbene si tratti spesso di soggetti già sottoposti a una forte "occidentalizzazione", caratterizzano ormai quotidianamente le strutture sociosanitarie anche di territori di provincia.

Ciò ha posto numerosi interrogativi a quegli operatori che, possedendo un proprio bagaglio culturale tradizionalmente occidentale, hanno dovuto mediare e meditare su incontri con espressioni psicopatologiche spesso lette solo su pubblicazioni specifiche. Tale esigenza si scontra con la nostra cultura occidentale, tipicamente etnocentrica e scienziata.

Nella medicina occidentale, infatti, *non esiste malattia se non nell'individuo*. In numerose altre culture la malattia è invece un evento *esterno all'individuo, che ha una declinazione sociale*. In tal senso appare interessante la distinzione esistente nella lingua inglese tra i termini *Disease, Illness e Sickness*, e che possono meglio spiegarci la concezione di malattia esistente in culture "altre". In realtà tutti e tre i termini indicano la malattia, ma gli antropologi (in particolare Parsons) hanno voluto vedervi un differente approccio a tale esperienza.

Disease indica il decorso naturale della malattia, avulsa dal soggetto che ne fa esperienza. *Illness* il vissuto psicologico esperienziale relativo alla malattia. *Sickness* implica l'incidenza che l'esperienza soggettiva di malattia ha sul contesto socio-culturale di riferimento del soggetto; in pratica, tutto ciò che attiene il suo cambiamento di status sociale. Vale a dire che la guarigione

del malato non è la sola finalità delle pratiche mediche: queste si propongono di produrre nuove relazioni sociali, mantenere le distanze sociali tra i gruppi, etc. procedendo ad una costruzione sociale della malattia.

Alcuni esempi dell'uso sociale della *sickness* sono rintracciabili nella modalità con cui in diverse culture vengono conservate diverse *memorie* delle malattie in cui i soggetti sono intercorsi: vi sono così memorie.

1. *Corporali* (cicatrici, mutilazioni, organi disfunzionali ...)
2. *Oggettuali* (medicine, *ex voto*/ altarini, cibi proibiti ...)
3. *Sociali* (associazioni, risarcimenti ...)

I *Tiv* della Nigeria, per esempio, usano il termine *akombo* per indicare tale complesso sistema di memorie. Esso comprende:

- il sintomo
- gli oggetti rituali
- il *kwangshoron* (cicli rituali a pagamento da adempiersi obbligatoriamente nel corso della vita: pena il trasmettersi dell'*akombo* alle generazioni successive sotto forma di malattie).

Altro esempio dell'uso sociale delle malattie è rintracciabile nelle culture africane lignatiste. Esse si basano sul concetto di *recessività sociale* di certe malattie: si tratta di affezioni *elettive* (dirette nei confronti di certi individui, gruppi o famiglie) dovute a istanze o spiriti che non proteggono il gruppo se non a condizione che un membro di ogni generazione non ne sia investito. Tipici sono il *ndëppkat* dei Wolof (Senegal) e il *sãdoho* dei Senufo (Costa d'Avorio).

Le malattie elettive (dovute alla sfortuna collettiva) sono dunque un esempio dell'uso sociale e politico delle malattie (*sickness*).

In altri termini, il problema che la psichiatria sociale si pone è: entro quali limiti e con quali meccanismi la "cultura" può essere chiamata in causa nel determinismo della malattia e di quella mentale in particolare?

L'incontro tra Occidente e Africa (e non solo) inciampa sulla nozione di malattia: il c.d. pensiero selvaggio⁴ (R. Bastide, 1954) è infatti preoccupato di concatenare nella stessa sequenza i più disparati eventi nefasti, individuali o collettivi ("*Una disgrazia non arriva mai sola*"), mentre le cause degli eventi nefasti sono "magiche" e commutabili (proprio in ciò consiste la sostanziale differenza con l'altro sistema "mitico" che è il pensiero scientifico) e sono esterne all'individuo.

Un'interpretazione "magica" della malattia è quindi la sua attribuzione ad un'intenzione esterna, malevola e socialmente situata (stregoneria, la rivalsa dell'antenato, il doppio del soggetto che agisce contro il soggetto stesso, i *djinn* o demoni malevoli)

L'etnopsichiatria, per la diversa espressività dei disturbi mentali in differenti ambienti socio-culturali, fornisce preziose informazioni su quegli aspetti della psicopatologia cultura-correlati e su quelli che permangono invariati in quanto espressione della stessa esperienza umana (si veda ancora il caso dell'Anoressia Mentale o dell'Isteria *versus* le Schizofrenie e le Depressioni).

In tal caso la psicoterapia di soggetti immigrati richiede la costruzione di un quadro relazionale ispirato al rispetto dei loro "esseri invisibili", dei loro "modi di fare", dei loro guaritori ed oggetti di culto.

Si noti, da questo punto di vista, che non è indifferente il ruolo giocato dal linguaggio nella comunicazione interetnica. È attraverso la lingua, ancor più che attraverso gli oggetti o i ruoli, che vengono trasmessi significati culturali impliciti e non detti: la lingua è, in tal senso, una forma specifica della cultura che determina il senso di appartenenza di ciascuno.

3. La situazione attuale in Italia

In Italia la scienza etnopsichiatrica ed etnopsicologica è relativamente giovane. Uno dei suoi principali pionieri fu E. De Martino che, nell'Italia del dopoguerra, studiò il fenomeno del *tarantismo* nelle terre del Salento⁵, ponendo per la prima volta il problema di diverse espressività psicopatologiche nella stessa penisola italiana. Nonostante l'interesse recente per questa disciplina le richieste di documentazione e di formazione stanno crescendo rapidamente imponendo un passaggio da una fase di curiosità a quella di una rigorosa sistematizzazione che prenda le distanze dai troppo ancora troppo diffusi luoghi comuni (esotismi inclusi). La fascinazione per l'Altro non è (e non è stata) meno potente e meno dannosa dell'ostilità e della diffidenza.

Peraltro, riflettere sulla questione della salute mentale degli immigrati rappresenta una buona analogia e una sorta di metafora di un problema più generale che riguarda tutti gli operatori della salute e che si può tradurre nei seguenti termini: *non si può lavorare se non si è oggi disposti preliminarmente a interrogare in modo critico i nostri strumenti e le nostre pratiche perché le domande di salute stanno mutando. Stanno mutando perché i soggetti sociali stanno mutando.*

Da questo punto di vista, ampi sono oramai i mutamenti in campo sanitario occidentale, per cui gli stessi sistemi di cura della

medicina tradizionale vengono oggi messi in crisi dalle cosiddette medicine alternative, vera e propria rivincita contro la medicina reificante. Ma anche all'interno della medicina ufficiale è sempre più urgente la necessità di riporre al centro la persona nella globalità dei suoi fattori in gioco. Questo, a maggior ragione, se l'incontro con la persona sofferente è di tipo interculturale.

4. Transculturalità e genitorialità

A tale proposito balza subito evidente come, a fronte di una ricca letteratura etnopsichiatrica, ben poche fonti riferiscono di esperienze che valutino il dipanarsi delle relazioni primarie (accudimento/attaccamento) in culture non occidentali. Vale a dire che la letteratura etnopsichiatrica sembrava, fino a pochi anni fa, maggiormente interessata a dare maggiore enfasi ad

- **approcci categoriali - nosografici dei disturbi mentali**, fornendo classificazioni di sindromi "etniche", culturalmente radicate (si veda l'*Amok* ed il *Latah* delle zone del Sud Est Asiatico; in Occidente i casi dell'Anoressia e dell'Isteria, non a caso definite "sindromi etniche" perfino dal grande antropologo G. Devereux)
- **espressioni antropologiche e sociologiche** che definiscono modalità espressive di comportamenti ed interpretazioni del reale necessariamente differenti dalla cultura "ospite". In tal senso lo sforzo interpretativo del disagio di individui provenienti da aree non europee si soffermava o sugli aspetti sintomatologici psichiatrici o su quelli antropologici, in una sorta di curiosità esotica.

In tal modo tralasciando gli aspetti di patrimonio comune ad ogni cultura, ad ogni popolo e ad ogni etnia, concedendo pochi spazi agli aspetti relazionali e maturativi caratteristici delle fasi precoci dell'allevamento della prole. Ma anche lasciando in sospeso domande che da sempre interessano il medico antropologo: anzitutto la validità del principio dell'universalità dello psichismo umano (esistono modalità differenti di esprimere emozioni, sentimenti, disagio, ma questi ultimi sono comuni a tutte le popolazioni). Ed inoltre: gruppi e culture a poco a poco si adattano reciprocamente, si *transculturano*, si integrano. Infatti, i sistemi culturali puri non esistono più o forse non sono mai esistiti: esistono sistemi multipli di *mix* culturali che, come dice J. Benoist ⁶, ci fanno incontrare ad un crocicchio plurale.

Pertanto, l'Etnopsichiatria, territorio di confine tra differenti mondi, è quella branca della Psichiatria che indaga il manifestarsi del

disagio psichico in culture “altre” da quelle note in occidente, riconoscendo l’innegabilità di tre presupposti teorici:

1. Unità psichica dell’umanità, malgrado le diversità delle sue espressioni culturali.
2. Incomparabilità di una cultura a un’altra cultura, malgrado le loro differenze.
3. Importanza del sostegno grupale per lo sviluppo della psiche individuale.

Ritengo, quindi, che sia compito degli operatori psicosociali indirizzare gli interventi non solo sulla **comprensione di modelli culturali**, spesso ostici a noi occidentali, ma soprattutto sugli aspetti che accomunano. Uno di questi aspetti è la **modalità di allevamento dei piccoli** presso i vari gruppi etnici.

La questione che si pone non è semplicemente come far coesistere culture e saperi diversi, ma come farli incontrare; dunque non si tratta di una semplice operazione di traduzione; la sfida che si pone è quella di inventare un nuovo saper fare capace di trasformarsi in pratica concreta. Basti pensare a quel tipico modo di approcciare le relazioni umane che è stato posto in moto dall’evolversi della Teoria dell’Attaccamento ⁷, secondo cui i modelli operativi di relazione tra pari, ma in specie di accudimento della prole, sono schemi comportamentali a base innata (quindi biologica), ma corretti secondo lo scopo (vale a dire, calibrati sul contesto ambientale – relazionale). Lo stesso accudimento della prole è un esempio della multiforme varietà di allevamento dei piccoli che la specie umana, in tutte le epoche e latitudini, pone in atto. Tutti finalizzati allo scopo comune della protezione e del conforto del piccolo.

Esistono infatti ormai numerose prove del fatto che le culture si differenziano, dal punto di vista dell’accudimento della prole, nella differente configurazione strategica di protezione e quindi di attaccamento. Ma lo schema dell’attaccamento - accudimento permane comune.

Da questo punto di vista, possiamo prendere in considerazione alcune ipotesi di lavoro ⁸:

1. esiste **un’universalità delle cure primarie**, ovvero ogni cultura dovrebbe essere studiata come **specifico fenomeno socio-culturale** a sé stante. In tutte le culture studiate sono state trovate configurazioni simili di comportamenti di attaccamento. L’attaccamento è un fenomeno universale. Anche se si è

osservato che in molte culture i bambini crescono con una rete di figure di attaccamento multiple, le osservazioni dimostrano che esiste sempre una figura monotropica di attaccamento, che ha responsabilità nelle cure e nella competenza del piccolo. Il concetto di reti di attaccamento potrebbe essere applicato fruttuosamente in studi sulla competenza sociale dei soggetti (quali **fattori protettivi** dalla malattia, fisica o psichica).

Se si riuscissero a cogliere **tratti e bisogni comuni nelle relazioni tra i piccoli ed i loro caregivers** risulterebbe che le differenti espressioni etnoantropologiche non sarebbero che la contingente manifestazione, storicamente e geograficamente connotata, di un *leit motiv* che percorre culture, popolazioni, etnie ed epoche, anche le più distanti. Presupposto, questo, anche alla comprensione dell'eventuale disagio psicopatologico. **In tal senso**, le più recenti acquisizioni dell'etologia ⁹ (a partire da Lorenz) ci rendono edotti del fatto che **l'uomo, come gli altri primati, ha una vita di relazione fondata su alcune comuni forme basilari, a cui è predisposto in modo innato**. Queste relazioni si manifestano come comportamenti soggetti a regole la cui forma ha un valore evolucionistico di sopravvivenza e di successo riproduttivo valido per tutti i contraenti della relazione. Si tratta, dunque, di "sistemi comportamentali o motivazionali" che determinano a loro volta un sistema di regole sociali. Tra i vari sistemi motivazionali, appunto, sono attivi quelli descritti da Bowlby dell'attaccamento e dell'accudimento. Gli universali psicologici che ne derivano potrebbero essere sintetizzati nella serie: catalogare, costruire opposti, progettare, conoscere il "perché", il concetto del sé e della persona, riconoscere le espressioni del viso e le intenzioni dell'altro sulla base di indizi, voler conoscere ciò che l'altro sta pensando (teoria della mente), le emozioni.

2. esiste una **Normatività** dei patterns di attaccamento: l'attaccamento sicuro non è solo un ideale occidentale, ma un fenomeno diffuso e preferito in ogni cultura. Comportamenti sicuri dei piccoli sono auspicati da madri di tutte le culture esaminate;
3. esiste una **Sensibilità** materna soggetto-specifica: madri più sensibili ai segnali di attaccamento dei piccoli, sono maggiormente in grado di costruire legami sicuri. La sensibilità, anche in questo caso, non è cultura-dipendente, ma una programmazione innata universale;

4. esiste una **Competenza** sociale dei soggetti con attaccamento sicuro: la sicurezza dell'attaccamento induce il piccolo ad esplorare ed a divenire più competente socialmente. Lo Studio Gusii in Kenya (Kermorian et al., 1986), per esempio, ha messo in evidenza che il piccolo ha uno stato nutrizionale migliore ed un apprendimento più rapido se l'attaccamento è sicuro.

5. I dati delle ricerche

La moderna ricerca antropologica ci ha ormai messo a disposizione strumenti di valutazione dei modelli relazionali, che ci fanno edotti di universali interetnici, dedotti dalla Teoria dell'Attaccamento¹⁰. Esistono numerosi studi al proposito, qui sotto riportati (l'anno si riferisce all'inizio dello studio):

Studio	Autore/i	Anno	Etnia
Uganda	M. Ainsworth	1967	Ganda
Baltimora	M. Ainsworth	1977	Americani USA
Kenya	Kermorian et al.	1986	Gusii
Nigeria	Marvin et al.	1977	Hausa
Mali	True et al.	1994	Dogon
Botswana	Konner et al.	1977	!Kung San
Zambia	Morelli et al.	1991	Efé
Cina Pop.	Kuotai et al.	1985	Han
Israele	Sagi et al.	1985	Kibbutz
Tokyo	Durret et al.	1984	Giapponesi
Sapporo	Miyake et al.	1985	Giapponesi
Amae	Doi T.	1992	Giapponesi

Esistono ormai numerose prove del fatto che le culture si differenziano ¹¹, dal punto di vista dell'accudimento genitoriale della prole, nella differente configurazione strategica di protezione e quindi di attaccamento.

Ciò pone fine al pregiudizio che alcune culture siano più evolute di altre. Tale presupposto definirebbe l'adattamento come interazione del contesto e del pericolo con la strategia ¹² (Crittenden, in stampa). Se la sopravvivenza a certi tipi di pericolo è stata d'importanza critica per una cultura, le strategie per predire quei pericoli e prevenirli divengono prioritarie rispetto ad altre. Il *leit motiv* che unisce pertanto le varie culture, in contesti storico - socio - culturali differenti, diviene pertanto non l'individuazione di una configurazione di accudimento genitoriale preferibile, quanto la presenza o assenza di strategie di protezione del piccolo. Strategie che, ovviamente, andranno transculturalmente mediate ed integrate nel nuovo contesto sociale in cui la diade trova nuovo radicamento. Da ciò il superamento del disagio da disadattamento e la nascita di nuove ed originali sintesi.

Infatti, mentre l'esperienza stessa dell'immigrazione suggerirebbe la possibilità di una proporzione maggiore, rispetto agli standards italiani, di configurazioni insicure tra i nuovi arrivati, è possibile che questa situazione, col tempo e la sicurezza, riesca a fondersi in un equilibrio integrato di strategie.

I dati dell'ASL 8 – Chieri (TO)

In ASL 8 – Chieri (TO), territorio di transizione tra mondo urbano e mondo contadino, il fenomeno immigratorio sta assumendo dimensioni di rilievo. Come evidenziato dai dati forniti dai servizi demografici, la presenza di popolazione straniera nel territorio dell'ASL 8 è in costante aumento nell'ultimo triennio (+ 25% circa, il 2,7% della popolazione totale). I dati sul fenomeno indicano che la realtà sociale tende sempre più a connotarsi come multi-etnica e multiculturale, mentre le politiche per l'integrazione rappresentano una necessità nell'ambito delle politiche sociali. In particolare, le politiche di salute per l'infanzia rappresentano, a mio avviso, il nodo cruciale dell'incontro tra culture diverse. L'infanzia e l'adolescenza sono il ponte di passaggio di sempre maggiori *mix* culturali e di crescenti disturbi dell'identità.

L'esperienza di confronto ai Tavoli Tematici dei Piani di Zona ex L. 328/2000 ¹³) evidenzia che la maggior parte degli utenti stranieri in carico al Dipartimento di Salute Mentale presentano Disturbi Depressivi o Ansiosi, fino al tentato suicidio. Tra i minori prevalgono invece Disturbi comportamentali e dell'Adattamento. Questi, tuttavia, all'insorgere del disagio vengono sovente rimandati nel Paese d'origine, anziché accedere alle cure del S.S.N.

La tabella seguente sintetizza le dimensioni del fenomeno per quanto concerne le richieste ai Servizi di Salute Mentale in ASL 8 ¹⁴.

Popolazione generale	% immigrati	iscritti al S.S.N.	Giunti al DSM
288.000 abitanti	7739 (2,7%) <i>forse il doppio, considerando gli irregolari</i>	60%	133 singoli o famiglie (2001): 0,03% 191 singoli o famiglie (2002): 0,04%
Inoltre:			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2002: 65% extracomunitari, di cui il 31% extraeuropei ➤ La maggior parte senza figli o con figlio unico (rimasti a casa?) ➤ Nuclei familiari: 2700 ➤ Minori: 591/5917 (10%) ➤ Media per nucleo: 0,22 			

L'affronto di situazioni sempre più spiccate di disagio sociale degli immigrati, specialmente dei minori, richiede il ricorso ad un metodo che possa far accedere agli universali comunicabili di cui si è detto. Il Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL 8 ha assunto come modello di riferimento la Teoria dell'Attaccamento di J. Bowlby.

6. La Teoria dell'Attaccamento in ambito transculturale¹⁵

Secondo Bowlby il bisogno fondamentale, comune al mondo infantile e adulto, è il legame di attaccamento. L'essere umano pensa e organizza il proprio mondo e le proprie relazioni a partire da come ha pensato e catalogato le reazioni materne ai propri comportamenti.

Il legame di attaccamento, pertanto, è un complesso sistema comportamentale e relazionale che, in caso di pericolo si attiva verso una figura significativa¹⁶ (Harlow, 1961).. Esso ha lo scopo di ricerca della protezione materna, intesa "*come relazione tra un soggetto che chiede protezione ed un altro ritenuto più forte e saggio*"¹⁷ (Bowlby, 1979).

Collegato al sistema dell'attaccamento è ovviamente il sistema di accudimento (sensibilità materna), per cui un *caregiver* fornisce conforto e protezione appropriati ai piccoli del gruppo sociale cui appartiene, in particolare se questi sono discendenti genetici o del clan¹⁸ (Liotti, 1994). Ciascun individuo della specie umana ha pertanto in sé una rappresentazione innata del *caregiver* finalizzato alla protezione ed alla sopravvivenza. Il piccolo, pertanto, si dota di categorie di valori corrispondenti alle risposte di protezione ricevute dal proprio *caregiver*. Tali risposte potranno essere congrue ed appropriate ai bisogni del piccolo (generando in quest'ultimo sistemi di valori basati sulla sicurezza: il bambino ritiene di essere degno di amore e che le proprie esigenze di conforto hanno valore e significato) oppure incongrue ed inappropriate (il bambino si formerà un'immagine di sé come essere poco amabile ovvero ambivalentemente ancora invischiato in problematiche irrisolte o ancora come vittima impotente di un altro minaccioso).

In ogni caso, la risposta del *caregiver* alle richieste di protezione del piccolo andrà sempre contestualizzata. Vale a dire che nessuna delle configurazioni di attaccamento può essere considerata aprioristicamente meno o più appropriata delle altre. In determinati contesti storico - sociali, infatti, alcune configurazioni di accudimento - attaccamento possono essere considerate come valide, mentre in altri assumono caratteri disfunzionali e generatori di patologie. Infatti, *ciascuna*

configurazione rappresenta una specifica strategia di protezione del Sé che si è sviluppata nel contesto di determinati tipi di pericolo, con la funzione di promuovere la protezione del caregiver. Il disadattamento non è pertanto definito dall'uso di una strategia rispetto ad un'altra, quanto dall'interazione tra epoca dello sviluppo del piccolo, strategie utilizzate dalla diade caregiver - bambino e contesto relativamente ad un pericolo specifico. Una madre ambivalente, che alternativamente accoglie e a volte respinge le richieste di protezione del bambino, induce in quest'ultimo un senso di insicurezza tale per cui il piccolo potrà vivere un perenne stato di allarme circa ciò che ci si può attendere dagli altri. In contesti di pericolo estremo per la propria sopravvivenza (vedi le recenti guerre balcaniche) tale sistema operativo potrà essere considerato ottimale per garantire la protezione del piccolo, ma nel nostro contesto potrebbe essere fonte di patologie e disadattamento.

Possiamo, ad esempio, supporre che un popolo che ha affrontato violenze, abusi di potere e discriminazioni etniche, dovrebbe produrre strategie indirizzate a ridurre la minaccia rappresentata da questo pericolo. I *caregivers* dovrebbero prevedibilmente proporre accudimenti caratterizzati da alte quote di inibizione dell'affettività, finalizzati sia ad autonomizzare precocemente la propria prole, sia ad indurre uno stato di allerta verso la possibile minaccia rappresentata dall'estraneo, eventualmente anche attraverso una accondiscendenza e compiacenza compulsiva verso gli adulti pericolosi. Una tale strategia verrebbe segnalata come problematica e geneticamente patologica. Nei minori provenienti da tali zone, invece, al momento dell'ingresso in Italia, quivi essendo divenuto meno pericoloso esprimere la collera e la paura, ci si potrebbe attendere un mutamento strategico verso configurazioni minacciose ed aggressive verso la cultura dominante, percepita non più apertamente pericolosa; ma ancora guardinghe verso i parenti, cresciuti in circostanze pericolose.

La teoria dell'attaccamento enfatizza l'universale potenzialità degli esseri umani, a qualunque contesto socio - culturale appartengano, di costruire e incrementare tre - quattro strategie fondamentali di protezione (Sicura, Evitante, Ambivalente, Disorganizzata)^{19 20 21} (Ainsworth, 1978; Main, 1990; Crittenden, 1999). In altri termini, soggetti provenienti da aree extracomunitarie portano nel nostro paese i propri modelli operativi di sistemi di valori del Sé e delle relazioni con gli altri mutuati dal proprio contesto. Appare pertanto necessario anzitutto decodificare la genesi di configurazioni strategiche che a noi

possono apparire incongrue, ma congrue nel loro contesto di origine. In un secondo momento valutare il grado di psicopatogenicità sia relativa alle loro strategie, ma anche al disagio rispetto al contesto ospite. Un ultimo passo sarà un cauto esame delle possibilità di proporre nuove chiavi di lettura più adattive al nuovo contesto.

Studi transculturali condotti a partire dalla teoria dell'attaccamento

Vengono qui presentati alcuni studi sulle funzioni genitoriali, condotti a partire dalla teoria dell'attaccamento, presso alcuni gruppi etnici. Per motivi di spazio non è possibile menzionare ampiamente tali studi e neppure citare i tanti altri che ormai da numerosi anni interessano altre aree culturali (cinese e nord-americana in particolare).

1. Africa sub-sahariana

Nelle culture sub-sahariane l'uomo partecipa del suo cosmo (Bastide). Qui non si può che citare l'analisi dello stato "Olon" fatta da Ernesto de Martino nella sua opera " Il Mondo Magico " ²² pubblicata nel 1948: *"...Tout se passe comme si une présence fragile, non assurée, labile, ne résistait pas au choc que produit tel contenu émotionnant, ne trouvait pas assez d'énergie pour se maintenir face à celui ci, en le récupérant, en le désignant et en le maîtrisant au sein d'un réseau de rapports définis. De la sorte, le contenu est perdu en tant que contenu d'une conscience présente. La présence tend à rester polarisée sur un certain contenu; elle ne parvient pas à aller au-delà, et par conséquent, elle disparaît et elle abdique en tant que présence. La distinction s'écroule entre la présence et le monde qui se rend présent: au lieu d'entendre et de voir le bruissement des feuilles, le sujet devient un arbre dont les feuilles s'agitent au vent; au lieu d'entendre un mot, il devient le mot qu'il entend, etc. ... Par carence de toute fonction discriminante, le contenu de la présence manque de toute discrimination interne, c'est une représentation qui de peut s'empêcher de devenir un acte..."*

Istanze fanno "uscire" da se stessi per incontrare la realtà, dando una dimensione sociale (strutturante) alla persona. Tra queste istanze agiscono, in particolare, gli elementi del cosmo e i morti.

➤ **Muganda (Uganda, 1967, M. Main)**

Presso i Muganda, lo scopo dell'accudimento genitoriale, quello di fornire identità al Sé, aiutando il bambino a collocarsi nell'universo cosmico e nel mondo sociale, è affidato primariamente alla famiglia, al cui interno la madre detiene un ruolo privilegiato, ma non esclusivo; infatti, il bambino non appartiene alla madre, ma alla famiglia allargata.

Dalla nascita allo svezzamento il bambino sperimenta uno stretto contatto fisico non solo con il corpo della madre, ma anche con quello delle sorelle, delle zie e delle vicine, «come se il suo corpo si fondesse in qualche modo in una sorta di Io di gruppo»²³ (Federn, 1936). Il bambino Muganda, grazie a questo clima di affettività e sicurezza e alla ricchezza di stimolazioni, per l'essere portato sempre sulla schiena della Figura di Attaccamento, subisce una precocità di sviluppo inusuale.

Nella società Muganda esistono Figure multiple di Attaccamento (la madre, altri adulti vicini, bambini più grandi). Ciò determina una ricchezza di stimolazioni cinestesiche, visive, verbali.

L'essere portato sulla schiena favorisce nel bambino i processi di aggrappamento, il senso di equilibrio e le interazioni sociali

L'educazione delle figure adulte, inoltre, è non autoritaria: è assente la frustrazione (il bambino mangia quando lo desidera, l'aggressività e le manifestazioni grandiose del Sé sono tollerate, mentre il controllo sfinterico condotto senza pressioni).

➤ **Gusii (Kenya, 1986, Kermoian)**

Come presso i Muganda, anche tra i Gusii i piccoli crescono in un contesto di attaccamenti multipli e condivisi (in specie esercitati dai fratelli maggiori)

Piuttosto, la divisione dei compiti tra la madre ed altre Figure di Attaccamento è più rigida: la madre si occupa quasi esclusivamente delle cure fisiche e della salute, mentre ai fratelli maggiori è affidata l'area della socializzazione e del gioco.

I bambini Gusii sono accolti dalla madre con una stretta di mano (simile all'abbraccio occidentale) e i piccoli raggiungono un'elevata competenza sociale (54% di bambini con attaccamento sicuro).

In tale impostazione dei rapporti genitoriali gioca un ruolo significativo il concetto di ombra o doppio, che presso tali popolazioni regola l'esserci al mondo del nuovo nato.

Questo è un elemento che può essere danneggiato o perduto a causa di attacchi stregoneschi, di malattie gravi o della follia.

Il "doppio rotto" è espressione che indica gravi stati di disagio o di depressione.

➤ **Hausa (Nigeria, 1977, Marvin)**

Questo gruppo etnico vive nelle zone della bassa savana ed è dedito all'agricoltura. La cultura polimetrica degli Hausa è meno rigida di quella dei Gusii. Essi esercitano la poligamia e vivono in aree recintate, piccole e tonde, in cui ogni moglie ha sua propria zona separata: al centro di queste aree recintate è previsto uno spazio comune.

Le cure materne sono fornite da più madri (ma il legame del piccolo è conservato in modo monotropico). La madre biologica risponde, infatti, delle cure fisiche

del bambino il quale è mantenuto in stretto contatto fisico con dalle multiple Figure di Attaccamento. Queste non permettono l'esplorazione (se non visiva e manuale) a causa dei pericoli, ma sono sempre indulgenti e pronte ai segnali di attaccamento.

Anche in tal caso la cultura influisce sulle funzioni genitoriali. Secondo i Hausa la persona racchiude componenti:

- *Materiali (corpo, ombra, visceri),*
- *Immateriali (spirito, intelligenza),*
- *Perenni (cuore, soffio vitale, "signore della testa").*

Il Cuore è l'istanza più importante. Il nuovo re doveva un tempo mangiare il cuore polverizzato del predecessore per acquisirne l'essenza. Il Soffio vitale, invece, abbandona il corpo alla morte e raggiunge l'Essere Supremo cui appartiene, mentre il Signore della testa rappresenta l'istanza di reincarnazione dell'antenato.

I bambini Hausa ricevono alla nascita tre nomi: il primo collegato alle circostanze della nascita, il secondo alla situazione della famiglia, il terzo è quello dell'antenato. Pertanto il piccolo sarà responsabile del benessere del villaggio, nella misura in cui saprà accedere alle richieste dell'antenato che reincarna.

➤ **Dogon (Mali, 1994, True)**

L'economia Dogon è basata su una monocultura agricola (essenzialmente composta da miglio, con gravi conseguenti problemi di malnutrizione).

I gruppi familiari seguono lo schema della famiglia allargata che vive in aree recitate.

Le cure fisiche ai piccoli vengono fornite dalla madre biologica, mentre altri accudimenti sono forniti da altri membri della famiglia (specie la nonna paterna, ma anche altre parenti di sesso femminile e dai figli più grandi). Tuttavia la madre è sempre monotropicamente

disponibile ai segnali di fame, dormendo anche con il bambino.

Il frequente permesso di allattamento al seno permette risposte immediate, stante la continua vicinanza tra la madre ed il piccolo. Infatti, gli studi sull'attaccamento hanno dimostrato la presenza di un 69% di bambini sicuri. Peraltro, significativa è altresì la notevole percentuale (/23%) di attaccamento disorganizzato, indice, evidentemente, della pericolosità dell'ambiente, ma anche della cultura e della complessa cosmogonia dogon.

Secondo i Dogon la persona è costituita da numerose parti. In particolare, il piccolo è portatore del nanì (antenato che in esso si incarna).

La persona ha confini dilatati e permeabili ad istanze esterne (che danno forma alle frequenti esperienze di possessione), tali da configurare (secondo i criteri occidentali) una esperienza psicotica permanente.

➤ !Kung (Botswana, Morelli, 1991);

➤ Efé (Zambia, Konner, 1977)

I !Kung e gli Efé sono società di cacciatori-raccoglitori, che vivono in piccoli gruppi seminomadi, ad alta densità sociale. La loro struttura sociale e gerarchica è fluida e poco rigida, mentre per la sussistenza adottano strategie flessibili di solidarietà.

Le regole di accudimento della prole sono indulgenti, stimolanti e non restrittive, sensibili ai segnali di attaccamento.

L'accudimento avviene tramite multiple Figure di Attaccamento. La funzione di nutrizione avviene su richiesta del piccolo, senza orari prestabiliti, ed è svolta

anche da parte di altre figure femminili, oltre la madre. I bambini trascorrono la notte accanto alle madri (interrompendo frequentemente il sonno con frequenti interazioni di gioco), mentre di giorno vivono a tracollo della madre o di altre figure femminili, che provvedono, oltre al nutrimento, alle funzioni di socializzazione e di protezione.

Crescendo, la responsabilità delle cure è assunta dai coetanei più grandi che spingono oltre le funzioni sociali (come avverrebbe in Occidente nel corso della scuola dell'obbligo).

Anche tra queste etnie, la cultura incide sui processi di genitorialità. Secondo i !Kung e gli Efé lo sviluppo dell'individuo, il suo destino, sono iscritti nella placenta.

Nella placenta e nel cordone ombelicale è iscritta la storia del nascituro.

Si può agire magicamente su questi "materiali", in tal modo possedendo il bambino e, da adulto, avendolo poi in potere.

■ 2. Società giapponese (Doi T., 1984, 1992)

Concetto di amae, amaeru

*questi rapporti tra istituzioni (anche nel caso delle imprese industriali moderne) risultino nella sostanza identici a quelli che legavano nel Giappone rurale le famiglie di agricoltori secondo vincoli tra proprietario e fittavolo. Lo stesso termine usato per designare questo tipo di relazioni, **oyako**, letteralmente genitore-figlio, ben definisce quella che ancora oggi è una delle aspirazioni più alte per ogni giapponese: il desiderio di essere amato da qualcuno, il desiderio di dipendenza*

*(espresso dal termine **amae**, dal verbo **amaeru**, giocare ad essere bambino). Si tratta di un rapporto che attraversa tutta la vita del giapponese medio, dal grembo materno, al rapporto madre-figlio, marito-moglie, lavoratore-datore di lavoro, allievo-insegnante, seguace-leader. Desiderare di essere amati da qualcuno significa, in realtà, voler godere della gentilezza degli altri e offrire loro l'opportunità di concedere sostegno dimostrando attenzione e cura.*

“Vorrei dipendere da qualcuno, ma nessuno me lo permette ... qualcuno che mi facesse da madre ... in cui confidare ... che prendesse le decisioni al mio posto”, sostiene il già citato Takeo Doi, riferendo un antico modo di dire giapponese.

Amaeru è dunque un atteggiamento psicologico di negazione della separazione, nel tentativo del bambino di conservare uno stretto legame con la figura di attaccamento. Concetto assente in Occidente e che denota una differenza culturale dei modelli di genitorialità e di accudimento della prole.

La richiesta di continua presenza materna è condotta tramite sollecitazioni alla disposizione benevola della figura di attaccamento, portandosi vicino e contando sulla sua indulgenza

Amae sembrerebbe, in tal senso, contraddire la libertà individuale (e quindi la Teoria dell'Attaccamento e l'idea dell'esistenza di universali culturali relativi all'accudimento dei piccoli).

Ma questo solo in apparenza. In Occidente (ad esempio nella Grecia classica) amae era la distinzione tra liberi e schiavi: amae è totale dipendenza emotiva. Sorta di sentimento misto di gratitudine e vergogna (in psicoanalisi il c.d. amore passivo d'oggetto).

In tale ottica culturale, gli occidentali agirebbero, viceversa, una neutralizzazione della vergogna, non esprimendo gratitudine eccessiva, ma rafforzando il sentimento di libertà individuale.

Tuttavia, il principio dell'universalità culturale del legame di attaccamento è confermato dal fatto che studi sull'attaccamento indicano che le madri giapponesi considerano più desiderabile la sicurezza dell'attaccamento rispetto ai comportamenti di amae

Le stesse percentuali di configurazioni sicure/insicure nella società giapponese sono discordanti nei vari studi: esisterebbero molti bambini sicuri B, mentre incertezze persisterebbero sulle configurazioni evitanti A (0%-13%) e ambivalenti C (18%-21%).

3. Il kibbutz israeliano (1994, Sagi)

Nella società israeliana dei kibbutz esiste per i piccoli la disposizione collettiva a dormire. I bambini dormono separati dai genitori, trascorrendo con loro il resto della giornata. A turno, una colona (metaplot) trascorre la notte con i piccoli in un locale comune, dopo che questi hanno salutato i genitori.

Il sistema di allevamento dei piccoli avviene tramite multiple Figure di Attaccamento.

Da quasi tutti gli studi condotti presso questa microsocietà risulta che tutti i bambini avevano sviluppato un attaccamento alla madre biologica e non ai metaplet.

Studi comparativi con bambini di kibbutz dove non esisteva la disposizione collettiva a dormire, ma che invece dormivano in famiglia, dimostravano che questi raggiungevano un attaccamento sicuro fino all'80%,

mentre i bambini in kibbutz con disposizione collettiva a dormire solo il 59%: il dormire in gruppo parrebbe dunque responsabile della maggiore insicurezza.

Tuttavia (in altri studi) è stato, di converso, dimostrato che i metaplet favoriscono una rete più estesa di legami sicuri, favorendo l'esplorazione e compensando l'insicurezza verso la figura di attaccamento biologica. In tal senso, i bambini con disposizioni collettive a dormire, raggiungerebbero più precocemente una competenza sociale.

6. In conclusione,

- Esiste un equilibrio tra tendenze universali e determinanti contestuali e culturali. Nelle diverse culture i piccoli utilizzano diverse strategie per affrontare le sfide dell'attaccamento.
- I tre principali Modelli Operativi Interni (Sicuro, Evitante, Ambivalente) si ritrovano nelle diverse culture studiate. È universale la pressione culturale verso la selezione del MOI sicuro (Brazelton ²⁴ ha identificato, per esempio, la malnutrizione come sintomo di un "disturbo dell'attaccamento").
- Il MOI sicuro aumenta le probabilità di una migliore futura competenza sociale.
- Gli studi sull'attaccamento hanno reso sensibili all'importanza delle reti sociali più ampie, conducendo anche i terapeuti da una prospettiva diadica ad un approccio di rete. Nei Gusii la rete estesa faceva risalire la competenza sociale dei piccoli già dall'età di 5 anni.
- Il compito che attende gli operatori dei servizi psicosociali che devono valutare l'adeguatezza genitoriale degli stranieri non può essere l'occidentalizzazione *tout court* dei nuclei familiari extracomunitari, ma neppure l'accettazione passiva delle loro culture come un valore assoluto, cui occorre adeguare i nostri modelli. Piuttosto una comprensione preliminare della qualità e natura della protezione fornita dal *caregiver* al piccolo; preliminare alle nuove strategie che il nuovo contesto induce. Ovviamente, ciò non esclude assolutamente, né potrebbe farlo, la rinuncia a proprie tradizioni o a propri modelli interpretativi del reale.

Bibliografia

1. M.E. Coffano, A. Migliardi, L. Mondo (a cura di), "Stranieri e sanità", in "Osservatorio Interistituzionale sugli Stranieri in Provincia di Torino. Rapporto 2002", pagg. 187-199, Città di Torino, Divisione Servizi Civici – Ufficio di Statistica, Torino, 2003;
2. E. Kraepelin, *Vergleichende psychiatrie*, 1899;
3. Devereux, G., *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard, 1973; trad. it. 1978, *Saggi di etnopsichiatria generale*, Roma, Armando Armando.
4. R. Bastide, [1970], "Noi e gli altri. I luoghi dell'incontro e di separazione culturali e razziali", Milano, Jaca Book, 1990;
R. Bastide *Le sacré sauvage* [1935], Ed. Stock, 1975 ;
5. E. De Martino, [1959] *Sud e magia*, Feltrinelli, Milano, 1989;
6. Jean Benoist, *Anthropologie médicale en société créole*, PUF, Paris, 1993;
7. Bowlby J. (1969). *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment*. London: Hogarth Press (2nd ed.: New York: Viking Penguin, 1984) (trad. it.: *Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'attaccamento alla madre*. Torino: Boringhieri, 1976 [I ed.], 1989 [II ed.]);
Bowlby J. (1973). *Attachment and Loss. Vol. 2: Separation: Anxiety and Anger*. London: Hogarth Press (trad. it.: *Attaccamento e perdita. Vol. 2: La separazione dalla madre*. Torino: Boringhieri, 1978);
Bowlby J. (1980). *Attachment and Loss. Vol. 3: Loss: Sadness and Depression*. London: Hogarth Press (trad. it.: *Attaccamento e perdita. Vol. 3: La perdita della madre*. Torino: Boringhieri, 1983);
8. Main M., Solomon J., *Procedure for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation*. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti, E.M. Cummings (a cura di), *Attachment in preschool years: Theory, research and intervention*, University of Chicago Press, Chicago, 1990;
Ainsworth, M.D.S., *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*, J. Hopkins University Press, 1967;
DeWolff, M.S., van Ijzendoorn, M.H., *Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant – attachment*. *Child Development*, 68, 1997;
Meins, E., *Security of attachment and the social development of cognition*. Hove, England, Psychology Press, 1997;
9. Lorenz K. *La Comunicazione degli animali*, in Argomenti, a cura di Alessandro D'Amico, ERI Edizioni RAI, Roma, 1988;
Lorenz, K. (1973) *L'altra faccia dello specchio*, Tr. It. Adelphi, Milano, 1978.
10. van Ijzendoorn, M.H., A. Sagi, *Modelli trans-culturali di attaccamento. Dimensioni universali e contestuali*, in *Manuale dell'attaccamento. Teoria, ricerca e applicazioni cliniche*, tr. It. Giovanni Fioriti Ed., Roma, 2002. Tit. orig. J. Cassidy, Ph. R. Shver (a cura di), *Handbook of attachment*, The Guildford Press, New York, 1999;
Kermoian, R., Leidermann P.H., *Infant attachment to mother and child caretaker in East African Community*, *International Journal of Behavioural Development*, 9, 445-469, 1986;
Sagi, A., van Ijzendoorn M.H., *Multiple caregiving environments: the kibbutz experience*. In S. Harel e J. P. Shonkoff (a cura di), *Early childhood intervention and family support programs: Accomplishments and challenges* (pagg. 143-162), JDC-Brookale Institute, Jerusalem, 1996;
Doi, T., *On the concept of amae*. *Infant Mental Health Journal*, 13, 7-11, 1992;
11. Posada, G., Y. Gao, F. Wu, R. Posado, M. Tascon, A. Schoelmerich, A. Sagi, K. Kondo-Ikemura, W. Haaland, B. Synnevaag, *The secure – base phenomenon across cultures: Children's behavior, mothers' preferences, and experts concepts*. In E. Waters, B.E. Vaughn, G. Posada, K. Kondo-Ikemura (a cura di), *Caregiving, cultural and cognitive perspectives on secure-base behavior and working models: New Growing points of attachment theory and research*, Monographs of Society for Research in Child Development, 60 (2-3 Serial No. 244), 27-48, 1995;
12. Crittenden, P. Crittenden, P.M. (1998) *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico maturativo alla Adult Attachment Interview*, Tr. It. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999;

13. Legge 8 novembre 2000, n. 328, "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*", pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 265 del 13 novembre 2000 - Supplemento ordinario n. 186;
14. P. Campisi, *Culture, contesti e patterns di accudimento: stili genitoriali a confronto in una società multietnica*, Minori e Giustizia, n. 3, 1999, pagg. 64-70, Franco Angeli, Milano;
15. Hinde, R.A., J. Stevenson – Hinde, *Attachment: Biological, cultural, and individual desiderata*, Human Development, 33, 62-72, 1990;
16. Harlow, H.E., *The development of affectional patterns in infant monkeys*. In Foss, B.M. Ed., in *Determinants of Infant Behavior*, vol.1 Methuen, London, 1961;
17. Bowlby, J. (1979) *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Tr. It. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1982;
18. Liotti G., *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma, NIS, 1994;
19. Ainsworth, M.D.S. (1978) *Infant - mother attachment*. *American Psychologist*, 34, pp. 932-937;
20. Main, M., Hesse, P. (1990) (a cura di) *Attachment in the Preschool Years*, University of Chicago Press, Chicago;
21. Crittenden, P.M. (in stampa) (a cura di) *The Organisation of Attachment Relationships: Maturation, Context and Culture*, Cambridge University Press, New York;
22. E. De Martino, [1957], *Il mondo magico*, Bollati Boringhieri, Torino, 1973;
23. P. Federn, *Psychoanalytisches Volksbuch*, Hans Huber, Bern 1939; Trad. it. Joachim Flescher, *Enciclopedia psicoanalitica popolare*, Astrolabio, Roma 1949;
24. T. Brazelton, *To Listen to a child*, Addison-Wesley, 1984.