

# DISPOSITIVI DI CURA

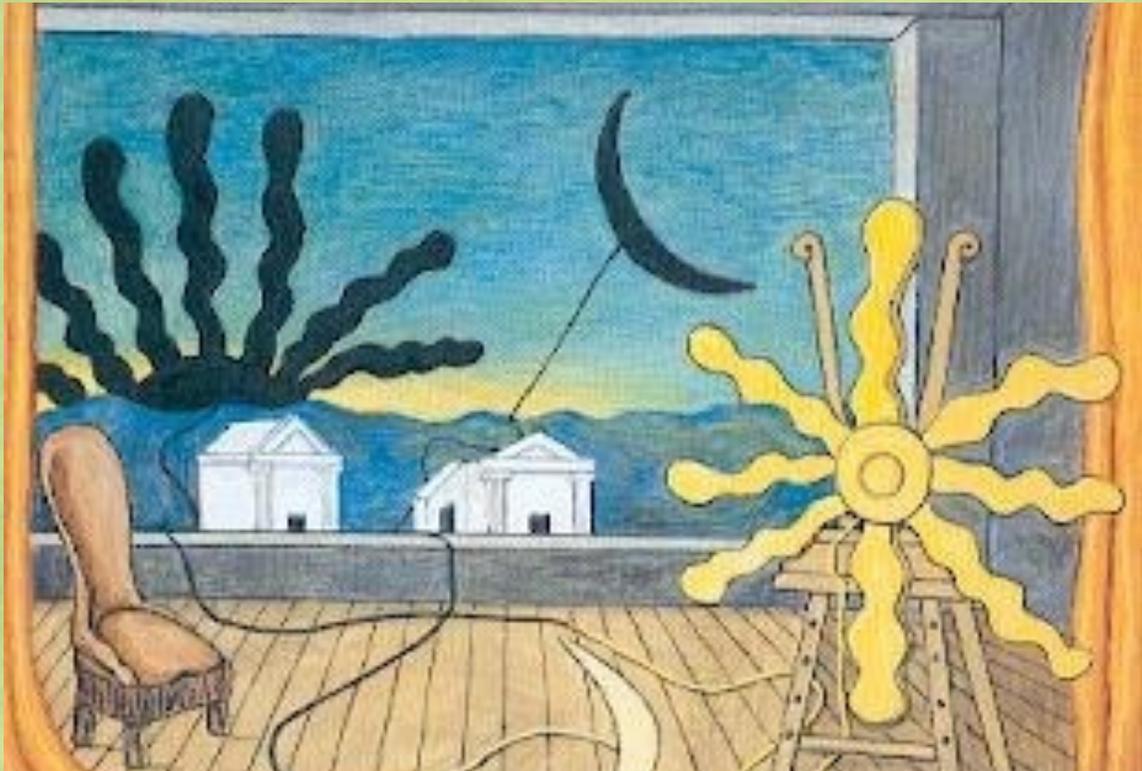
## DAL SETTING DUALE AL DISPOSITIVO ETNO-SISTEMICO-NARRATIVO

Dott.ssa Daniela Vercillo



**ETNOPSIS**  
SCUOLA DI PSICOTERAPIA  
etno - sistemico - narrativa

Formazione FAMI MARCHE 2020



*“In seguito ad una serie di disavventure intellettuali che non meritano d'essere ricordate, il signor Palomar ha deciso che la sua principale attività sarà guardare le cose dal di fuori. [...] Come si fa a guardare qualcosa lasciando da parte l'io? Di chi sono gli occhi che guardano? Di solito si pensa che l'io sia uno che sta affacciato ai propri occhi come al davanzale d'una finestra e guarda il mondo che si distende in tutta la sua vastità lì davanti a lui.*

*Dunque, c'è una finestra che si affaccia sul mondo. Di là c'è il mondo; e di qua? Sempre il mondo. Che volete che ci sia? Con un piccolo sforzo di concentrazione Palomar riesce a spostare il mondo da lì davanti e a sistemarlo affacciato al davanzale.*

*Allora, fuori dalla finestra, cosa rimane?*

*Il mondo anche lì, che per l'occasione si è sdoppiato in mondo che guarda e mondo che è guardato. E lui, detto anche "io", cioè il signor Palomar? Non è anche lui un pezzo di mondo che sta guardando un altro pezzo di mondo? Oppure, dato che c'è mondo di qua e di là della finestra, forse l'io non è altro che la finestra attraverso la quale il mondo guarda il mondo. Per guardare se stesso il mondo ha bisogno degli occhi (e degli occhiali) del signor Palomar”.*

Italo Calvino, *Palomar*

## OBIETTIVI DEL CORSO:

Attivare processi

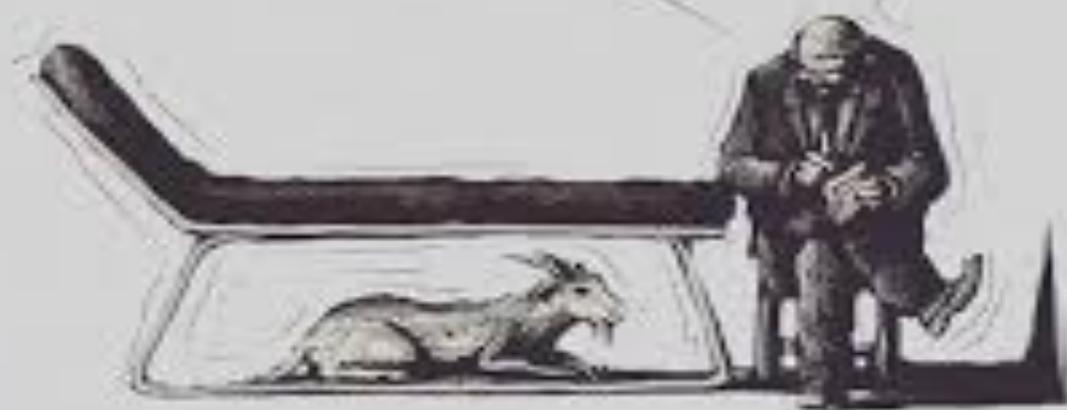
- performativi, non informativi
- dialogici, in cui si valorizzano le differenze (competenze, conoscenze, professionalità, ruoli, esperienze, etc)
- decostruttivi di alcune premesse e di alcune delle soluzioni fin ora tentate
- costruttivi, che utilizzano le risorse dei singoli e del contesto
- co-evolutivi, in cui sono importanti le risorse, i feedback e le rappresentazioni messe in gioco da tutte le persone presenti

## OBIETTIVI DEL SEMINARIO:

- Riflettere sui dispositivi di cura e sui modi possibili di abitarli
- Descrivere pratiche e interventi congruenti con la presa in carico di pazienti con altri riferimenti culturali
- Individuare e attivare le risorse presenti
- Co-costruire contesti di cura originali calati in situazioni particolari/locali

bene

per cominciare  
si accomodi sopra



*«La théorie, c'est bon, mais ça n'empêche pas d'exister»*

Charcot

# DAL SETTING AL DISPOSITIVO

Una definizione di *setting*:

*«Definiamo il setting come un sistema regolato spazio-temporalmente, artificialmente costruito, e processualmente un campo mentale che ha al centro della scena la relazione che si istituisce tra due o più persone»*

(Lo Verso, Profita, 1994)

- In psicologia dinamica fu Donald Winnicott nel 1941 il primo autore ad utilizzare il termine ***setting***, per differenziare tra il processo terapeutico e le costanti all'interno delle quali si colloca tale processo

# DAL SETTING AL DISPOSITIVO

Nella realtà è molto difficile separare i due livelli:

- **processuale**, riferito al campo mentale e intersoggettivo
- **fattuale**, riferito al contesto culturale, organizzativo, alle caratteristiche del professionista, alle teorie di riferimento, etc.

# CHE COS'E' UN DISPOSITIVO?

*«Ciò che io cerco di individuare con questo nome, è, innanzitutto, un insieme assolutamente eterogeneo che implica discorsi, istituzioni, strutture architettoniche, decisioni regolative, leggi, misure amministrative, enunciati scientifici, proposizioni, morali e filantropiche, in breve tanto del detto che del non-detto, ecco gli elementi del dispositivo. Il dispositivo è la rete che si stabilisce fra questi elementi.»*

(Michel Foucault, 1977)

# CHE COS'E' UN DISPOSITIVO?

- Foucault con il termine *dispositivo* propone un'idea di **spazio strategico** all'interno del quale si esercitano una serie di forze convergenti in un obiettivo
- dispositivo come strumento di dominazione dell'individuo (contestualizzazione storico-sociale)
- attenzione ai processi di soggettivazione che il dispositivo implica statutariamente nel proprio meccanismo di funzionamento
- manifestazione nel dispositivo di un duplice tratto di definizione di un campo di forza e di azione da un lato, ma anche di una possibilità, potenziale e latente, di sfuggirne in virtù di un'autoriflessione del meccanismo su se stesso

# CHE COS'E' UN DISPOSITIVO?

- Parlare di dispositivi tiene conto della complessità all'interno della quale si sviluppano le relazioni d'aiuto
- Il dispositivo viene inteso come un luogo in cui si articolano forze, saperi, verità e interpretazioni diverse
- Ogni dispositivo è una molteplicità di linee nella quale operano e si incontrano processi singolari di oggettivazione e soggettivazione (Deleuze)

# CHE COS'E' UN DISPOSITIVO?

I piani o dispositivi che compongono la relazione di cura possono essere così sintetizzati:

- Il sistema culturale generale
- Le realtà sociali specifiche all'interno delle quali esso si declina
- Le realtà organizzative e istituzionali all'interno delle quali vengono concordate e agite le procedure operative
- La/le relazioni di cura messe in atto dalle singole individualità professionali che interagiscono contestualmente con i sistemi organizzativi e con gli individui

# I MALINTESI CULTURALI

- Ciascun professionista- e ciascun paziente- incarna modelli culturali, costruzioni teoriche e tecniche di cura esplicative dei concetti di salute e malattia
- Le competenze specialistiche finalizzate alla cura generano, spesso inconsapevolmente, zone di incomprensibilità e fraintendimenti che possiamo chiamare *malintesi culturali* e che si determinano quando persone o gruppi con concezioni e *forma mentis* differenti hanno difficoltà a intendersi su temi sensibili per l'uno o per l'altro (Profita 2015)

# I MALINTESI CULTURALI

- Le nostre pratiche cliniche spesso vengono messe in scacco da fatti, sintomi e situazioni «incomprensibili» che in un setting tradizionalmente inteso non trovano ascolto e legittimazione
- I malintesi, che nascono proprio dall'incontro tra differenze, svelano e rendono visibile il lavoro che ciascun sistema culturale compie nell'organizzare i dispositivi di cui si dota e possono diventare una risorsa se siamo capaci di pensare contesti di cura originali e *disposizionali* (Barbetta)

# L'ETNOPSICHIATRIA E I DISPOSITIVI DI CURA

- L'esperienza clinica di Tobie Nathan introduce la messa a punto di un *dispositivo specifico*, che sposta l'oggetto della psicoterapia dallo studio della teoria psicopatologica allo studio del funzionamento dei dispositivi, cioè dell'insieme di quei processi, terapeutici o meno, che determinano una trasformazione
- Il *dispositivo* (sia esso clinico o no) deve essere allestito per accogliere e costruire un sistema relazionale in cui la cultura di origine di ciascuno (modelli familiari, riti, lingua, oggetti di culto, sistemi di cura, rapporto con l'invisibile, etc) possa essere rappresentato e considerato con pari valore

# L'ETNOPSICHIATRIA E I DISPOSITIVI DI CURA

- Il *dispositivo* è un contenitore gruppale in cui trovano spazio la complessità e la multidisciplinarietà, espresse dall'impiego in seduta di una pluralità di soggetti di diversa formazione e cultura (psicoterapeuti, medici, antropologi, mediatori culturali, operatori socio-sanitari, familiari, etc.)
- Attraverso la *circolazione di pensieri differenti* i pazienti/utenti vengono ricollocati nel proprio quadro di riferimento culturale e comunitario, così come viene favorita l'espressione dei suoi sistemi di pensiero e il riconoscimento della propria identità, la cui perdita viene espressa attraverso il disagio psichico e la sintomatologia

# IL DISPOSITIVO ESN



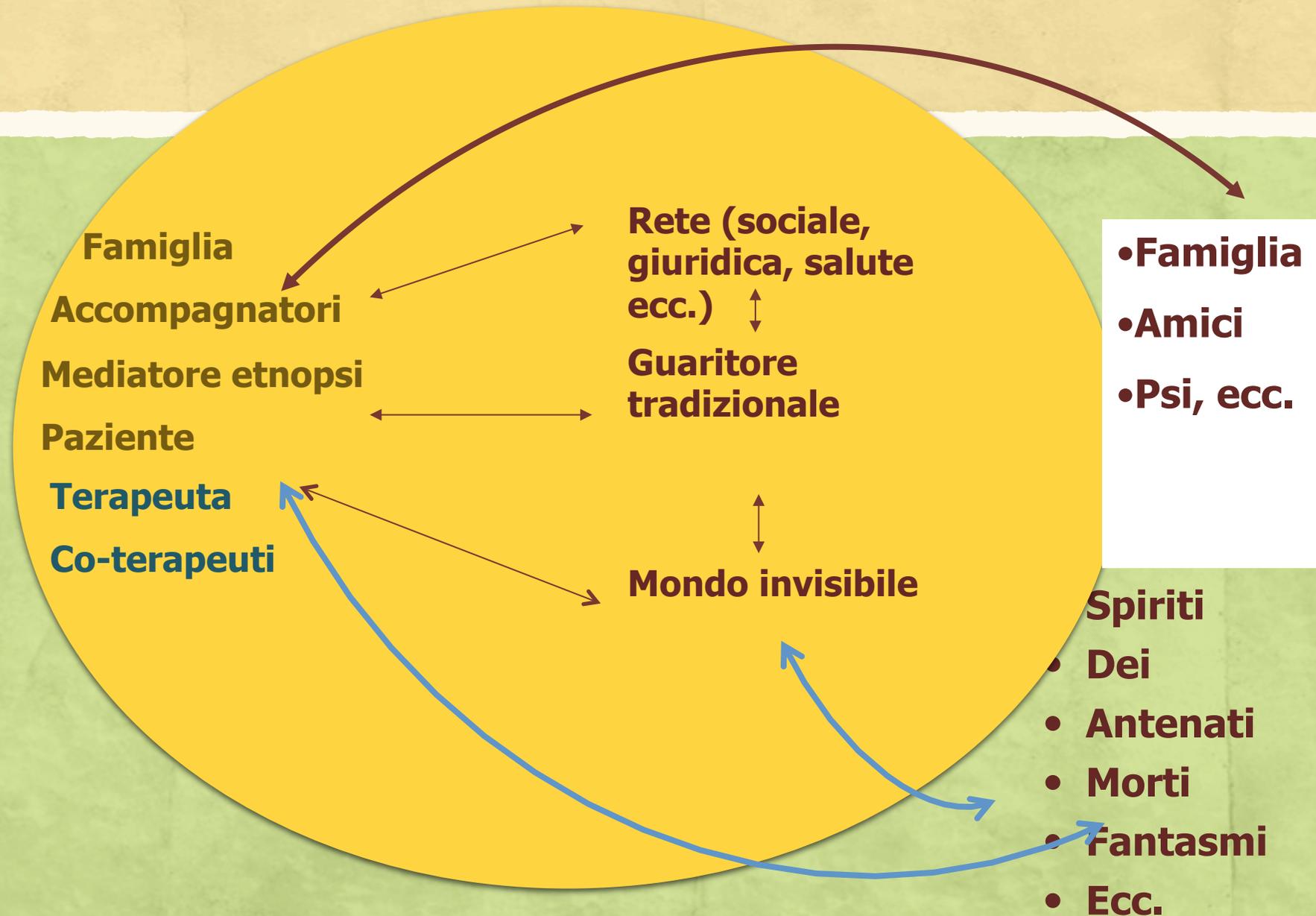
# IL DISPOSITIVO ESN



# IL DISPOSITIVO ESN

- Si tratta di una fusione tra il dispositivo etnopsichiatrico e quello della terapia familiare
- Si compone di un numero variabile di attori: terapeuta principale, co-terapeuti, mediatore etnoclinico, paziente, reflecting team, altro
- Il *reflecting team*, che segue la seduta nella stanza adiacente grazie alle videocamere, è parte integrante del dispositivo terapeuti e può intervenire direttamente o indirettamente nella seduta

# IL DISPOSITIVO ESN



# IL DISPOSITIVO ESN

- **Comunicazione tangenziale:** è una pratica comunicativa che avviene quando il parlante non si rivolge direttamente al paziente, ma lo fa rivolgendosi ad altri in sua presenza per amplificare l'impatto della comunicazione
- **Agency:** il concetto e la pratica di agentività vogliono affermare l'importanza della posizione del terapeuta e del paziente. Il terapeuta non è neutro, come non lo sono le concezioni di malattia che sono costitutive, e non solo descrittive, della realtà (Losi)

# IL DISPOSITIVO ESN

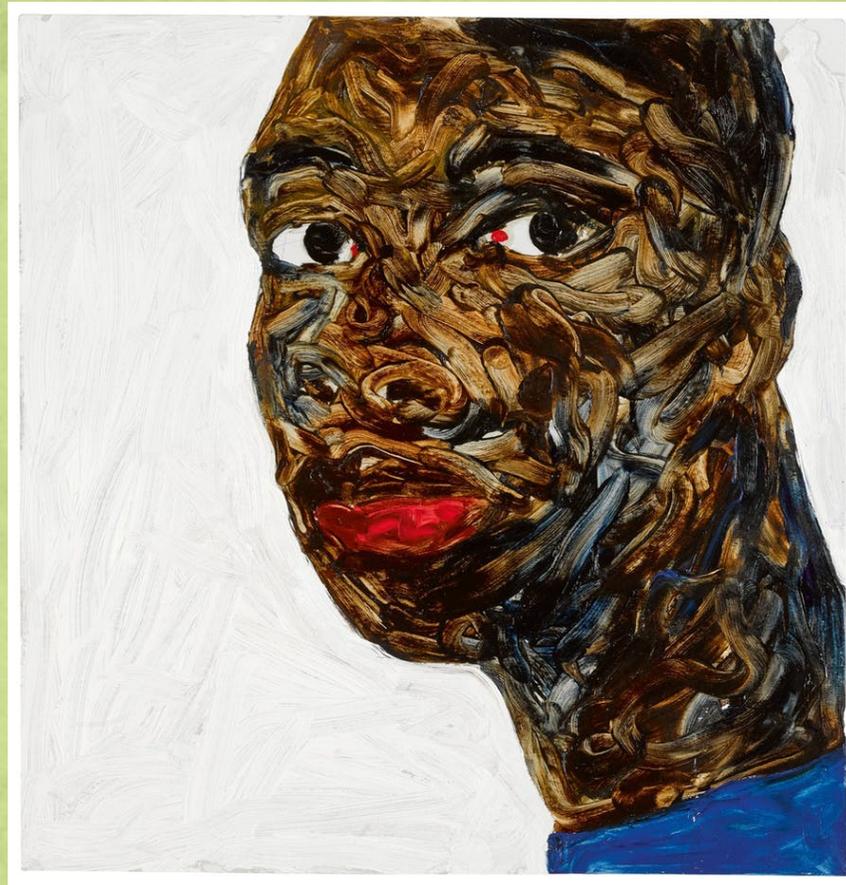
- L'efficacia del *dispositivo* va ricercata nelle sue caratteristiche strutturali e simboliche, nella condivisione di uno spazio comune di significati capace di ricostruire l'involucro psichico lacerato dal percorso migratorio e di creare un ponte relazionale e comunicativo tra il paziente/utente nel qui ed ora e il suo mondo significativo là e allora.
- I sintomi espressi sono esiti circolari e dinamici del percorso pre e post migratorio. Mettendo in parallelo esperienza migratoria e percorso di vita, è possibile pensare che conflitti psichici vissuti nella fase pre-migratoria e non elaborati, in assenza di risorse personali e culturali si ripropongano nella fase successiva sotto forma di *disordini*.

# IL DISPOSITIVO ESN

- L'approccio ESN propone una visione dinamica del rapporto individuo/cultura, in cui la persona migrante è un individuo attivo, dinamico, mobile, un moderno eroe capace di affrontare e sostenere viaggi e trasformazioni (interiori e reali), assemblaggi e ibridazioni
- La cultura viene prodotta, riprodotta e trasformata nelle interazioni sociali, per cui ha importanza il concetto di *agency*, secondo cui sono le interazioni degli individui e dei gruppi nella realtà sociale che determinano e orientano i singoli nel contesto del proprio agire, pratico e simbolico (e non solo strutture o modelli impliciti ed espliciti, Losi)

# IL DISPOSITIVO ESN

- Permette l'emergere di una narrazione complessa in quanto struttura un campo, costruisce cioè un contenitore compatibile con le coordinate culturali del paziente
- Favorisce l'interazione, media tra universi ed etiologie eterogenee grazie allo svolgimento caleidoscopico delle interpretazioni/ipotizzazioni e all'approccio multidisciplinare e complementarista
- Mobilita le risorse del campo e del paziente
- Rivolge un'attenzione generativa verso il paziente, ovvero una relazione cosciente con la dimensione mitica
- Decostruisce le concezioni sul sintomo che non prendono in considerazione il contesto



*Portrait of a young man*  
Amaoko Boafo 2020

# L'INVIO

Il signor A., di anni 21, nato in Nigeria, è ospite presso il nostro centro di accoglienza. E' fuggito dalla Libia nel 2011 e, giunto in Italia, è stato ospitato nel nostro c.d.a. in provincia di RM dall'ottobre dello stesso anno, dopo essere approdato a Lampedusa due mesi prima ed essere transitato in un c.i. di un'altra cittadina laziale.

Fin dalla prima accoglienza il signor T. manifesta segni di squilibrio psico-emotivo: molto chiuso, non parla con nessuno, solo con il compagno di stanza. Gli operatori del centro sospettano che il ragazzo «amico» potesse fare uso di marijuana o altro e «influenzare» anche lui.

Nel corso dei mesi di permanenza nel centro inizia un progressivo ritiro sociale e ideazione persecutoria. Il ragazzo riesce ad aprirsi con un'operatrice, manifestando un attaccamento crescente e morboso nei suoi confronti e, contemporaneamente, gelosia nei confronti degli altri utenti, descritti come pericolosi per l'operatrice. Impossessatosi del suo numero di cellulare inizia a perseguitarla con telefonate e messaggi in cui parlava di Dio e del perdono e chiamandola «Mammy Love».

Nel corso dei colloqui manifesta momenti di confusione e delirio: parla dei genitori e della sorella a volte come fossero vivi a volte come fossero morti. Inoltre riferisce di sentirsi perseguitato e vittima di un complotto da parte di alcuni ospiti connazionali, appartenenti a suo dire ad alcune confraternite nigeriane. Questo ha generato un senso di preoccupazione nell'équipe del centro, anche se poi si sono rivelate essere fantasie aventi lo scopo di attirare l'attenzione degli operatori.

# L'INVIO

L'ospite mostra progressivamente elementi di problematicità e fragilità psicologici che si palesano nel gennaio del 2012 quando, in seguito ad una crisi, si è rifugiato in un magazzino del centro, temendo di essere perseguitato dagli uomini delle confraternite. A seguito dell'episodio, ha raccontato agli operatori le sue ansie e paure ed è stato inviato e preso in carico da una équipe multidisciplinare di un Servizio Psicologico per richiedenti asilo di Roma. Frequenta con assiduità e precisione il servizio, fino al giorno in cui si presenta senza preavviso chiedendo aiuto. Viene ascoltato ma si rifiuta di lasciare la stanza, disturbando gli altri colloqui al punto che viene richiesto l'intervento della polizia. All'arrivo delle forze dell'ordine scoppia a piangere disperatamente, singhiozzando come un bambino. Dopo questo episodio non si presenterà più i colloqui e interrompe il percorso terapeutico.

Nei mesi successivi trascorre le sue giornate all'interno del centro senza mai uscire, rimanendo spesso davanti alla televisione, ridendo in maniera isterica e mettendo in atto atteggiamenti maniacali come lasciare bigliettini alle operatrici, in cui univa frasi d'amore a frasi mistiche, firmandosi come «Il Martire». Parla senza senso della «Tecnologia» dicendo di averne paura al pari di Dio.

Qualche mese dopo quell'episodio, con la scusa di dover andare a Roma, si è introdotto nella macchina di un'operatrice rifiutandosi di scendere, costringendo gli operatori a mediare per diverse ore. Il giorno successivo ha ripetuto la stessa cosa con un altro operatore. Per l'ospite le sue azioni sono normali e se interrogato in merito risponde con la solita risata.

# L'INVIO

Un mese dopo ancora, ha avuto una vera e propria crisi che ha richiesto un TSO e il ricovero in SPDC in un ospedale della provincia di RM, vicino al centro. Dalla mattina cercava di attirare l'attenzione delle operatrici in turno, comportandosi per la prima volta con violenza anche nei confronti degli altri ospiti. Nell'arco della giornata delirava sempre di più, blaterando frasi senza senso, citando frasi della Bibbia e nominando Madre Maria Vergine. Alternava momenti di pacifica conversazione (sebbene convulsa e nevrotica) a picchi violenti in cui ha dato pugni alla porta dell'ufficio, smontato un tavolo da ping pong, tirato sedie addosso ai ragazzi, cercato di rompere la tv. Usciva ed entrava dalla struttura correndo all'impazzata e mettendo in pericolo se stesso e chi cercava di calmarlo. Perché potesse essere portato in ospedale è stato necessario che la polizia e il personale medico lo bloccassero e sedassero. Ha continuato ad invocare il nome di Dio fino a che il farmaco non ha fatto effetto e si è calmato.

La diagnosi non è stata subito molto chiara, lo psichiatra parlava di «disturbo psicotico con forte confusione tra il piano di realtà e quello fantastico». Un mese dopo è stato dimesso con la diagnosi di schizofrenia paranoidea e preso in carico da un DSM di un altro centro della provincia di RM.

Una settimana dopo ha avuto un'altra crisi, uscendo per strada e lanciandosi addosso alle macchine. Dopo l'intervento del 118, viene nuovamente ricoverato per 15 gg presso SPDC di un ospedale di un altro centro della provincia di RM e una volta dimesso presso una clinica psichiatrica del territorio, dove ha trascorso 2 mesi, in considerazione del fatto che l'assenza di consapevolezza della malattia avrebbe compromesso l'assunzione della terapia farmacologica. Alla dimissione la diagnosi era di «psicosi schizofreniforme SAI»

# L'INVIO

Una volta uscito rientra in un nuovo centro (in altro luogo della provincia di Roma) dove nel frattempo si sono trasferiti gli altri ospiti e l'équipe; appare con una buona consapevolezza della malattia e della necessità di continuare le cure, vigile e curato nell'aspetto. Viene preso in carico dal CSM del territorio, segue terapia farmacologica e ogni 20 gg vi si reca per terapia parenterale e colloqui, spesso rimandati per difficoltà linguistiche.

E' molto affettuoso con l'équipe, ricorda il periodo nel primo centro di accoglienza con affetto, non ha più parlato dell'operatrice di cui si era invaghito dall'ultimo ricovero in clinica psichiatrica. E' ben integrato nella struttura, appare pacifico e disponibile, fa i capricci ogni tanto per l'assunzione dei farmaci, riferisce uso di cannabinoidi e pregresso uso di alcol. Nonostante la cura, la dedizione e il supporto dell'équipe, non ha nessuna relazione sociale al di fuori del centro, ha scarsa cura di sé e delle sue cose, salta spesso i pasti e si rifiuta di frequentare i corsi di italiano che gli sono stati proposti.

Attualmente lo psichiatra del CSM che lo ha in carico è in malattia e lo psichiatra che lo sostituisce, dopo aver effettuato due colloqui con il ragazzo, richiede una consulenza etnopsichiatrica, non convinto della congruità della diagnosi.

Siamo quindi a richiedere una vostra consulenza, ringraziando per la collaborazione e rimanendo a disposizione per ogni eventuale chiarimento.

# UN CASO CLINICO

- L'invio: sistemi che fanno «impazzire»
- I sintomi: un testo senza contesto
- La prima seduta: agency e soggettivazione
- La seconda seduta: un dispositivo «efficace»
- La terza seduta: rituali e riconessioni
- La quarta seduta: una forma di resistenza attiva

*Noir, Amaoko Boafo 2018*



# RIPENSARE LA CURA

- La comprensione dell'Altro parte necessariamente dalle categorie conoscitive della propria cultura di appartenenza (*etnocentrismo inconsapevole*, De Martino 1977)
- L'*etnocentrismo critico* rappresenta l'impegno di presa di coscienza critica dei limiti della propria storia culturale, politica e sociale e di sforzo conoscitivo nei confronti dell'Altro
- Tale sforzo conoscitivo produce un esame critico delle categorie usate per conoscere l'altro e un loro ampliamento

# RIPENSARE LA CURA

- Possibilità di un posizionamento diverso, capace di dare ascolto e valore alle storie vissute prima
- Acquisizione di una visione dinamica del rapporto individuo/cultura, in cui modelli e riferimenti culturali si ristrutturano continuamente grazie alle peculiarità individuali che intervengono attivamente nel modificare la visione del mondo e le norme che regolano i rapporti tra individui e gruppi sociali

# RIPENSARE LA CURA

- Nelle relazioni di cura, l'approccio etno-sistemico-narrativo guarda al *migrante* come ad una persona con storia all'interno di storie e inserisce il disagio psichico in una processualità più complessa che considera il sintomo come esito dinamico all'interno di relazioni e contesti pre e post migratori
- In ambito più strettamente clinico e psico-sociale, l'obiettivo da perseguire è quello di costruire un ponte relazionale tra la persona nel *qui ed ora* e il suo mondo significativo *là e allora*, attraverso una narrazione nuova capace di fargli ripensare lo sradicamento in una prospettiva più coerente e accettabile che comprenda anche gli snodi insoliti della fase pre-migratoria

*"Solo dopo aver conosciuto la superficie delle cose – conclude il signor Palomar – ci si può spingere a cercare quel che c'è sotto. Ma la superficie delle cose è inesauribile"*

Italo Calvino, *Palomar*



## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Calvino I., *Palomar*, Mondadori, Milano, 2016
- Deleuze G., *Che cos'è un dispositivo?*, Ed. Cronopio, Napoli, 2010
- Foucault M., *Sorvegliare e punire*, Einaudi, Torino, 2011
- Foucault M., *Dits et écrits*, Editions Gallimard, Parigi, 2001
- Lo Mauro V., Profita G., *Setting terapeutici come luoghi di ancoraggio comunitario. Esperienze cliniche con pazienti migranti*, in Gruppi n 1, 2003
- Lo Mauro V., Profita G., *I luoghi del malinteso nella cultura e nella cura culturale*, in *Etnografia dell'interazione quotidiana. Prospettive cliniche e sociali*, vol. 10, n. 1, 2015
- Lo Verso G., Profita G., *Il setting psicologico-clinico come campo contrasferale*, in Lo Verso G., *Le relazioni soggettuali*, Bollati Boringhieri, Torino, 1994

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Losi N., *Vite Altrove*, Borla, Roma, 2010
- Losi N., *Guarire la Guerra*, L'Harmattan Italia, Torino 2015
- Losi N., *Critica del trauma*, Quodlibet Studio, Macerata, 2020
- Nathan T., *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino 1996
- Nathan T., *Non siamo soli al mondo*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003
- Nathan T. (a cura di), *Psicoterapie*, CLUEB, Bologna, 2000
- Nathan T., Stengers I., *Medici e stregoni*, Bollati Boringhieri, Torino 1996
- Nathan T., *La follia degli altri*, Ponte alle Grazie, Firenze, 1990



**ETNOPSIS**

SCUOLA DI PSICOTERAPIA

etno - sistemico - narrativa