



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Educazione Professionale

Il fenomeno della migrazione
Diagnosi e cura in chiave transculturale

Relatore: Chiar.mo

Maria Gloria De Bernardo

Tesi di Laurea di:

Margherita Lorenzetti

Correlatore: Chiar.mo

Michela Boscaro

A.A. 2020/2021

Sommario

Introduzione	2
1. Il fenomeno della migrazione umana	4
1.1 Cenni di storia	4
1.2 Uno sguardo sociologico.....	6
1.3 In Italia	9
1.4 Definire l'immigrato	11
1.5 La salute mentale nei rifugiati prima, durante e dopo la migrazione	12
2. Clinica Transculturale.....	14
2.1 Io culturale	15
2.2 Alcuni principi base della clinica transculturale	17
3 Trauma migratorio.....	23
3.1 Microtraumatismo quotidiano	33
3.2 Traumi identitari legati ad abusi e violenze	34
3.3 Traumi transgenerazionali.....	37
3.4 Aspetti traumatici subiti dalla popolazione accogliente	41
4. La cura e i suoi dispositivi. La posizione del curante.....	43
4.1 Metodo complementarista.....	46
4.2 Il dispositivo terapeutico del gruppo multiculturale	49
5. Minori in comunità e progetto	55
Bibliografia	62
Ringraziamenti	68

Introduzione

La seguente dissertazione si occuperà di ragionare sul fenomeno della migrazione, in quei termini che più ho ritenuto consoni al campo di intervento proprio della professione dell'educatore professionale.

Il mio interesse sull'argomento era già stato alimentato dalla frequentazione del corso di Scienze Demo-etno-antropologiche, tenuto dalla prof.ssa Maria Gloria de Bernardo ed in seguito, la problematica si è mostrata ai miei occhi in tutta la sua importanza, durante il tirocinio del terzo anno da me svolto all'interno della comunità educativa Anania. Quest'ultima accoglie esclusivamente utenti di minore età su disposizione del Tribunale dei minori, a causa di varie problematiche ad essi legate. Nel periodo in cui mi trovavo ad operare in questa struttura, iniziava il progetto SIPROIMI, avviato dal Ministero dell'Interno, che mira all'accoglienza, inclusione ed autonomia dei MSNA, minori stranieri non accompagnati. Così, in comunità, fecero il loro ingresso due ragazzi, giunti in Italia via mare, sui barconi, realtà che purtroppo siamo abituati a conoscere, seppur indirettamente. Vivere le dinamiche immediatamente instauratesi, sia con noi operatori che con gli altri utenti, mi ha portato gradualmente a prendere consapevolezza della complessità del nuovo modo di concepire la relazione. Le difficoltà di comunicazione dovute anche alla non condivisione della lingua, lo scontro quotidiano tra culture sono stati tra gli elementi che hanno ispirato la mia sete di conoscenza sull'argomento. Dedicarmi al progetto da me ideato durante il tirocinio, è stata la prova definitiva che lavorare con i migranti necessita di una preparazione apposita e approfondita. Questa certezza era rafforzata sia dal dialogo con gli educatori, di ruolo nella struttura, che dalla presenza di altri utenti con una differente storia di migrazione ma che manifestavano in relazione ad essa pensieri perturbanti. La volontà di aumentare l'efficacia del mio lavoro come educatore professionale e la possibilità che questa carenza sia diffusa come ritengo in base alla mia esperienza, sono infine le ragioni che aggiungo alle iniziali esposte. Nelle pagine che seguono questa prefazione, ho riportato la ricerca da me svolta sull'argomento; dopo un'iniziale presentazione del fenomeno ho proseguito presentando l'ottica della clinica transculturale. Selezionando infatti il materiale da me ricercato e fornitomi, prontamente, anche dalla relatrice, prof.ssa de Bernardo, e dalla co-relatrice,

prof.ssa Boscaro, ho scelto di focalizzarmi su questa prospettiva, documentandomi tramite materiale bibliografico e grazie alla sitografia, concernente in particolare articoli e video scientifici, riportati debitamente nella sezione bibliografia e sitografia. Dopo aver evidenziato i principi della clinica transculturale e spiegato l'influenza della cultura sulla costruzione del sé dell'individuo, ho presentato il trauma migratorio nelle sue sfaccettature, benché come afferma Virginia de Micco esso abbia "mille volti". Ho poi creduto di dovermi concentrare sulle ripercussioni che la migrazione comporta nelle seconde e terze generazioni, in particolare negli adolescenti. Infine, viene riportata una riflessione sulla cura, i suoi rischi e difficoltà, i dispositivi che la clinica transculturale utilizza. Il capitolo finale è dedicato a presentare il progetto da me portato avanti durante il tirocinio e il miglioramento dello stesso alla luce di questo lavoro di riflessione e studio.

1. Il fenomeno della migrazione umana

Secondo quanto riportato nell'enciclopedia Treccani le migrazioni umane sono "spostamenti, definitivi o temporanei, di gruppi da un territorio all'altro, da una ad altra sede, determinati da ragioni varie, ma essenzialmente da necessità di vita.". Definita di massa qualora lo spostamento avvenga per grandi masse di uomini, di infiltrazione se vede la migrazione di piccoli contingenti, i quali provocano, in questo modo, solo una lieve modificazione della compagine etnica del nuovo territorio verso il quale il fenomeno si è verificato.



1.1 Cenni di storia

Picchi di grande migrazione di massa hanno caratterizzato la storia umana fin dall'antichità. Una ricerca pubblicata su Pnas (Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America è una rivista scientifica statunitense, organo ufficiale della United States National Academy of Sciences) conferma il forte legame tra i cambiamenti tecnologici e la mobilità dell'uomo. Viene messo infatti in luce che le principali migrazioni hanno avuto inizio circa 11.000 anni fa e si sono susseguite "a ondate", con tre flussi principali molto distanziati tra loro coincidenti con la nascita di nuove civiltà, conseguenza anche di questi movimenti. La prima coincide con l'invenzione dell'agricoltura, in Medio Oriente, tra i 10 e gli 8 mila anni fa; la seconda con la scoperta dell'utilizzo del bronzo, circa 5000 – 5500 anni fa. Infine, la diffusione e l'uso del ferro, attorno ai 3000 anni fa, con l'aumento della popolazione, dei commerci e delle guerre. Se quella economica fu la causa prima dei movimenti migratori, accanto ad essa altre ragioni diedero impulso al fenomeno: guerre, conflitti sociali, intolleranza religiosa che segnano la storia del genere

umano con dolorosi spostamenti collettivi, come la diaspora del popolo ebraico, conseguente alla conquista romana della Palestina. Nel II millennio a. C. i due fenomeni migratori più importanti sono legati a due gruppi etnico-linguistici: i semiti e gli indoeuropei. I primi, provenienti forse dalla penisola arabica, penetrarono in Mesopotamia imponendosi alle popolazioni sumeriche. Da allora in poi l'elemento semita prevarrà nel Vicino Oriente dando origine anche alle lingue della zona. Gli Indoeuropei provenienti dalle steppe danubiane si sovrapposero e si mescolarono alle popolazioni indigene dell'Europa centrale e meridionale, dando origine a grandi civiltà come quella greca. Anche il Medioevo vide imponenti ondate migratorie che, dal Nord Europa e da diverse regioni asiatiche, si spinsero verso le terre più fertili del Continente e che per alcuni secoli provocarono conflitti anche cruenti con le popolazioni locali. Più tardi gli Arabi si spinsero fino alla penisola iberica, occupandola per alcuni secoli quasi completamente. Successivamente la scoperta-conquista delle Americhe attivò un flusso continuo di immigrati dall'Europa, che crebbe di intensità a partire dal primo Ottocento. Si calcola che dal 1820 al 1914 circa 40 milioni di europei siano sbarcati negli Stati Uniti. Lo sviluppo industriale aveva portato al rapido declino della società rurale che per secoli era stata alla base del sistema sociale europeo. La diminuzione del tasso di mortalità e una tendenza al sovrappopolamento, la nuova offerta di lavoro nelle città industriali e la frantumazione del sistema socioeconomico del villaggio rurale spinsero i contadini ad abbandonare la terra per avventurarsi nelle grandi città americane. I paesi maggiormente coinvolti furono l'Irlanda, la Polonia, la Germania, e i Paesi del sud dell'Europa. Talvolta furono delle crisi locali ad incrementare l'emigrazione: in Irlanda una carestia dovuta ad un fungo nocivo alle patate (unico cibo per 1/3 della popolazione) causò la morte di circa un milione di persone e ne spinse all'emigrazione circa un altro milione e mezzo. Negli ultimi anni dell'Ottocento fu l'Italia ad essere intensamente coinvolta in questo flusso, tanto che circa sette milioni di italiani lasciarono le regioni agricole del sud e del nord-est della Penisola per tentare la fortuna oltre oceano. Nel solo periodo 1876/1901, secondo le statistiche ufficiali dell'epoca, lasciarono definitivamente la regione più di 400.000 persone, mentre 1.500.000 emigrarono temporaneamente: se ne andò così circa il 15% della popolazione regionale. L'emigrazione riguardò in particolare le zone di pianura: emigrarono soprattutto i piccoli proprietari e quelli che pur essendo contadini non possedevano una proprietà; spesso se ne andavano anche famiglie intere che vendevano

tutto per pagarsi il viaggio e garantirsi un minimo di sostentamento all'arrivo. La destinazione preferita dai contadini veneti fu l'Argentina e il sud del Brasile, paesi che necessitavano di manodopera da destinare alla coltivazione della terra. Nella seconda metà degli anni '60, tuttavia, mentre calava drasticamente quest'ultimo flusso migratorio, si faceva più consistente quello proveniente dalle ex-colonie degli stati europei. Dopo il 1973 la recessione economica induce all'assunzione di politiche immigratorie più restrittive, che frenano parzialmente l'arrivo di extraeuropei, mentre vengono incoraggiati i rimpatri. Dalla seconda metà degli anni '70, gradualmente, i paesi della sponda nord del Mediterraneo si trasformano da esportatori ad importatori di manodopera dagli altri continenti. Dalla fine degli anni '80, in seguito ai processi di democratizzazione che hanno coinvolto i paesi dell'Europa dell'Est, è stata riconosciuta o è in via di riconoscimento la libertà di espatrio. Ciò ha reso possibile un importante flusso migratorio Est-Ovest.

Secondo i dati dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite, l'UNHCR, sono circa 70 milioni le persone oggi costrette a mettersi in viaggio. Di queste, 40 milioni vivono sfollate nel proprio paese. Ci sono poi più di 27 milioni di rifugiati fuggiti all'estero e 3 milioni di richiedenti asilo. Secondo i dati UNHCR 2018, oltre il 50% dei rifugiati totali arriva da tre paesi. Circa un rifugiato su tre proviene dalla Siria con il 32% del totale, il 13% dall'Afghanistan. Il 12% dal Sud del Sudan, il restante 43% da altra provenienza.

1.2 Uno sguardo sociologico

L'immigrazione s'inscrive in un contesto internazionale legato a dei persistenti squilibri economici, sociali e politici, che accomunano i paesi ricchi e quelli poveri. Nello stato attuale quasi tutti i paesi del mondo si trovano a confrontarsi con questo fenomeno.

Rimanendo nei limiti di un discorso giocoforza sintetico, si può comunque ricordare che l'analisi dei flussi migratori a livello internazionale, e rispetto ai quali anche le dimensioni nazionale e locale assume significato, debba essere contestualizzata rispetto ai fenomeni della globalizzazione. Non a caso, c'è chi considera la nostra come l'era delle migrazioni (Castels e Miller, 2009), proprio per sottolinearne le dimensioni globali. In quanto azione collettiva, la migrazione può essere considerata una globalizzazione dal

basso che si ripercuote nei diversi sistemi geopolitici: progettando il loro futuro in un paese diverso da quello di nascita, i migranti dimostrano un atteggiamento cosmopolita. Un fenomeno che si evidenzia con particolare chiarezza è quello della proliferazione delle transizioni migratorie per cui alcuni paesi tradizionalmente di emigrazione, come l'Italia o la Polonia (per rimanere ai soli esempi europei), sono a loro volta diventati paesi di transito o di immigrazione stabile. In sintesi, era delle migrazioni significa che è caratterizzata da un fenomeno che, nei suoi effetti dirompenti, coinvolge anche i non migranti.

Il fenomeno migratorio può essere analizzato anche attraverso diverse dimensioni.

- La prima è quella temporale, rispetto alla quale si distinguono le migrazioni temporanee, quelle relative ai lavori stagionali di raccolta di frutta e derrate in agricoltura, da quelle stabili, caratterizzate da progetti migratori che prevedono il proprio futuro nel paese scelto come destinazione. A questo proposito, sulla base delle ricerche condotte sull'esperienza migratoria, si può affermare che nei migranti è molto frequente “il mito del ritorno”; la maggior parte di essi sogna di ritornare nel proprio paese, sia pure per il solo motivo di mostrare ai propri compaesani il proprio riscatto.
- Un'altra dimensione è quella relativa alla regolarità dell'ingresso e della presenza nel paese d'approdo in possesso di documentazione appropriata che ne attesti la presenza in quanto cittadino di un altro paese. Questa ultima tipologia si riconduce necessariamente ai diversi orientamenti delle politiche adottate dagli Stati che possono essere “di contenimento” o “di apertura” nei confronti dei processi d'immigrazione.
- Un'altra importante dimensione riguarda la distinzione tra migrazioni forzate e migrazioni volontarie. Ma, a questo proposito, non è possibile affermare sino a che punto le migrazioni siano “volontarie”, tenendo conto delle condizioni strutturali in cui queste maturano, lo stesso “mito del ritorno” mostra che è difficile che una persona lasci volentieri il proprio paese di nascita, dove ha una serie di legami personali parentali/amicali.

È a partire da queste considerazioni che è stato proposto di intendere per “migrazione forzata” sia quella dei richiedenti asilo e di rifugiati, sia la stessa migrazione economica, in quanto causata dalla povertà e dai bassi salari (Samers, 2010). I richiedenti asilo sono

persone che richiedono una protezione internazionale. Nella maggior parte dei casi, la domanda di asilo viene fatta una volta raggiunto il paese di destinazione, sebbene sia possibile farla anche prima di giungervi, ad esempio recandosi presso un'ambasciata o un consolato dello Stato a cui si intende richiedere protezione. Nello spiegare perché le persone cerchino una via di fuga altrove, la definizione di rifugiato presente nella Convenzione delle Nazioni Unite del 1951, si focalizza sul concetto di "persecuzione". Va ricordato che ancora oggi vi sono regimi politici che mettono in atto una dura repressione nei confronti di alcune fasce di popolazione e che nello scenario internazionale si assiste ad una proliferazione di conflitti e squilibri geopolitici. Trattando di cause di migrazioni, vi sono quelle di natura strutturale, in letteratura si distinguono fattori che spingono a partire (push factor) e quelli che spingono a scegliere un determinato paese (pull factor). Le cause vengono distinte abitualmente in:

1- Fattori sociopolitici

Fra questi vi sono le persecuzioni etniche, religiose, razziali, politiche e culturali; anche la guerra o la minaccia di un conflitto e la persecuzione da parte dello stato sono fattori determinanti per la migrazione. Coloro che fuggono da conflitti armati, violazioni dei diritti umani o persecuzioni possono essere definiti profughi o migranti umanitari. Questa loro condizione influenza la loro destinazione, in quanto ci sono paesi che hanno un approccio più liberale di altri per quanto riguarda l'accoglienza dei richiedenti asilo. Questi migranti vengono accolti solitamente nel paese più vicino che accetta richiedenti asilo. Negli ultimi anni sono molte le persone che arrivano in Europa per fuggire da conflitti, terrore e persecuzione nel paese d'origine. Nel 2019, nell'UE è stato riconosciuto lo statuto di protezione a 295.800 richiedenti asilo, oltre un quarto dei quali provenienti dalla Siria, seguiti da profughi afgani e iracheni.

2- Fattori demografici ed economici

I cambiamenti demografici determinano come le persone si spostano e migrano. L'immigrazione demografica ed economica è legata a condizioni di lavoro, disoccupazione e stato di salute generale dell'economia di un paese. Tra i fattori di attrazione vi sono salari più alti, maggiori possibilità di lavoro, miglior qualità di vita e opportunità di studio. Se le condizioni economiche non sono favorevoli e sono a rischio

di ulteriore declino, le persone tenderanno a spostarsi verso paesi con prospettive migliori. Secondo l'Organizzazione internazionale del lavoro delle Nazioni Unite, nel 2017 erano circa 164 milioni i lavoratori migranti nel mondo, pari ai due terzi dei migranti internazionali. Quasi il 70% si trovava in paesi ad alto reddito, il 18,6% in paesi a reddito medio-alto, il 10,1% in paesi a reddito medio-basso e il 3,4% in paesi a basso reddito.

3- Fattori ambientali

Le persone scappano da disastri naturali come inondazioni, uragani e terremoti, Secondo l'Organizzazione mondiale per le migrazioni, “i migranti ambientali sono coloro che a causa di improvvisi o graduali cambiamenti ambientali, che colpiscono negativamente la loro vita o condizioni di vita, sono obbligati a lasciare la propria abitazione, temporaneamente o in modo permanente, e che si spostano in un'altra area del proprio paese o all'estero.”. Fattori come crescita della popolazione, povertà, sicurezza umana e conflitti rendono difficile calcolare con precisione il numero di migranti ambientali presenti nel mondo. Le stime variano dai 25 milioni a un miliardo di migranti ambientali entro il 2050.

1.3 In Italia

Secondo quanto riportato nel “Rapporto statistico immigrazione 2020”, pubblicato a ottobre 2020, la popolazione straniera residente in Italia al 31 dicembre 2019 ha visto un aumento dello 0,9% rispetto al 2018, arrivando così a 5,3 milioni di residenti, pari all'8,8% degli abitanti. All'aumento delle presenze rispetto all'anno precedente hanno contribuito anche quasi 63mila bambini nati nel corso del 2019 da coppie straniere già presenti in Italia, nel 2019 si è anche assistito a una ulteriore diminuzione del numero dei migranti forzati sbarcati nel nostro Paese (11.471, in calo del- 50% rispetto al 2018 e 490,4% rispetto al 2017) e un calo di presenze nei centri di accoglienza, in cui i migranti sono passati da circa 183.700 nel 2017 a poco più di 84.400 a fine giugno 2020: quasi 100.000 persone fuoriuscite in appena 2 anni e mezzo, moltissime delle quali si sono disperse sul territorio, andando spesso a ingrossare le fila degli irregolari. Questi numeri

confermano comunque una notevole e consistente presenza di questo fenomeno sul territorio italiano, con tutto ciò che esso comporta.

Le zone di origine dei 5,3 milioni di cittadini stranieri residenti in Italia sono varie, oltre 2,6 milioni (poco meno del 50%) provengono dal territorio europeo (di cui 1,6 milioni proviene da Paesi appartenenti all'UE), 1,2 milioni provengono dagli Stati africani (21,8%, soprattutto dai Paesi dell'Africa settentrionale e occidentale) e 1,1 milioni (21,2%) dall'Asia. Il continente americano conta circa 391mila residenti in Italia (7,4%), provenienti in prevalenza dal Centro-Sud America (7%).

La distribuzione della popolazione straniera vede una presenza maggiormente concentrata nelle Regioni del Centro-Nord (83,1%), e in particolare nel Nord-Ovest (33,8%). La Lombardia è la Regione che conta le maggiori presenze in valore assoluto (1 milione e 206mila stranieri residenti, il 22,7% del totale), seguita dal Lazio (683mila, 12,9%), dall'Emilia-Romagna (560mila, 10,5%), dal Veneto (506mila, 9,5%) e dal Piemonte (429mila, 8,1%).

Prendendo in analisi il rapporto tra i generi è possibile evidenziare come esso sia sostanzialmente equilibrato, con un leggero sbilanciamento a favore delle donne (51,8%), anche se la percentuale varia molto in funzione della cittadinanza di origine: ad esempio le donne rappresentano l'81,2% della popolazione russa in Italia, mentre costituiscono il 26,4% dei residenti senegalesi.

L'età media della popolazione straniera residente in Italia è di circa 35 anni (rispetto agli italiani che hanno una età media di circa 46 anni), con forti differenze in base alla cittadinanza: romeni, albanesi, marocchini e cinesi sono in linea con la media generale o leggermente al di sotto di essa; filippini, georgiani e ucraini hanno un'età media più elevata; all'opposto, si stima un'età inferiore alla media per i cittadini dell'Africa centrosettentrionale e dell'Asia centro-meridionale. Caratteristiche queste che riflettono i diversi modelli migratori: i cittadini ucraini sono in grandissima parte donne in età adulta, immigrate in Italia alla ricerca di un lavoro meglio retribuito, con il quale contribuire al sostentamento dei propri figli e familiari rimasti nel Paese di origine. Un modello applicabile anche ad altre collettività provenienti da Paesi dell'est Europa (come la Georgia, la Federazione Russa o la Moldavia). Al contrario, i cittadini provenienti dai Paesi dell'Africa centro-settentrionale o dell'Asia centro-meridionale sono soprattutto

giovani su cui le famiglie di origine fanno un vero e proprio investimento per cui emigrano solo quelli con le migliori possibilità di farcela.

Proprio per questa motivazione si percepisce un flusso consistente di arrivi da parte dei MSNA, ovvero minori stranieri non accompagnati. Relativamente a questo fenomeno, nel 2018 sono state presentate in Italia 3,9 mila domande di protezione internazionale da parte di minori stranieri non accompagnati. Nel 2019 sono state presentate in Italia circa 700 domande di protezione internazionale da parte di MSNA. Il report di monitoraggio del fenomeno pubblicato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche, non prendendo in considerazione solo coloro che hanno presentato domanda di asilo ma allargando lo sguardo a tutti i minori stranieri non accompagnati, in Italia, al 31 dicembre 2020 rileva la presenza di 7.080 MSNA.

1.4 Definire l'immigrato

Il termine “immigrazione” indica sia un *movimento* (si parte dal proprio paese per giungere al paese che si è scelto come meta d’immigrazione), sia un *risultato* (si arriva, si tenta di inserirsi, e dalla società d’approdo è definito come “immigrato). Dal punto di vista del *risultato*, “italiani”, “immigrati” e “stranieri” appartengono tutti alla popolazione italiana. Ma sta di fatto che queste tre categorie sono talvolta confuse tra loro (soprattutto la seconda e la terza) e talvolta sono considerate distinte. Se, da un lato, l'*immigrato* è, per definizione, chiunque viene qui dall'estero”, dall'altro, nel linguaggio corrente diventa colui al quale si attribuisce un determinato stereotipo legato all'appartenenza etnico-nazionale (ad esempio, i ghanesi sono “simpatici”, i rom sono “ladri”, ecc.) ad uno status sociale (gli “extracomunitari sono poveri” e “portano malattie”) ecc. Un esempio esplicativo. Un alto dirigente statunitense che lavora in Italia, che di fatto è un “cittadino extracomunitario”, sarà difficilmente percepito come un “immigrato” rispetto ad un giovane di nazionalità italiana nato in Italia da genitori senegalesi immigrati in Italia. Ora, mentre il primo è un immigrato straniero, il secondo, italiano di nascita, non è certamente venuto in Italia dal paese d’origine dei suoi genitori. Eppure, secondo una categorizzazione che è adottata anche dagli studiosi, esso è definito “immigrato di seconda generazione”. Quest'ultimo caso è ancora un altro degli innumerevoli esempi degli effetti di una visione sociologica etnocentrica la quale,

perdendo il punto di vista del soggetto, si priva di coglierne appieno l'esperienza. È la stessa presenza di famiglie d'immigrati a mettere in discussione i modelli culturali della società d'approdo, tanto che si può parlare di integrazione in termini d'interazione reciproca tra i migranti e la società d'inserimento. Da un lato, è lo stesso tessuto sociale che si riorganizza in relazione all'inserimento di persone che sono state coinvolte in un processo di socializzazione in contesti caratterizzati da sistemi culturali diversi da quelli d'approdo. Dall'altro lato, sono gli stessi migranti ad essere coinvolti in processi di ri-socializzazione nella misura in cui vivono la propria esperienza sociale nel paese d'approdo. In questo caso, si può parlare d'immigrati come "attori in divenire", e qui sembra opportuno (se non doveroso) precisare che proprio per superare la percezione degli immigrati in termini di persone dallo status definitivo è stato proposto di parlare di "immigranti", per sottolineare una condizione che è, invece, o dovrebbe essere, transitoria (Galissot, Kilani e Rivera, 2001). Il termine, quindi, ha il pregio di indicare un passaggio, uno status provvisorio che dovrebbe essere superato con la pienezza della partecipazione sociale e della cittadinanza. L'immigrato non è necessariamente uno straniero: i due termini riconducono a due distinte realtà. Come già detto, il primo fa riferimento ad un percorso da un paese d'origine ad un paese d'approdo. Si pensi al caso di immigrati nati all'estero da genitori italiani e che, quindi, sono di fatto italiani, poiché l'Italia ha adottato una normativa sull'acquisizione di nazionalità basata sul diritto di sangue.

Ne consegue che, oltre agli stranieri e immigrati, gli stessi italiani hanno origine dall'immigrazione. D'altronde, nel considerare il quadro sociodemografico italiano ad una certa data, dobbiamo tener conto anche della popolazione straniera residente, la cui consistenza ha subito considerevoli aumenti soprattutto a partire dagli anni '70.

1.5 La salute mentale nei rifugiati prima, durante e dopo la migrazione

Evidente è la realtà circa le scelte che portano a questi spostamenti, vissuti molto spesso come vere e proprie fughe che possono essere eventi traumatizzanti in quanto vissuti in condizioni di insicurezza, di precarietà e di rischio e si accompagna ad una costellazione di perdite multiple (status economico e sociale, legami affettivi...). Lo sconvolgimento della matrice sociale ha gravi effetti a lungo termine sia sul funzionamento sociale che su quello psicologico e biologico. Molti studi si sono occupati di approfondire le conseguenze della migrazione che in alcuni casi può svolgere un ruolo di

slatentizzazione di un sottostante disturbo psichico. Uno studio (Smeekes A. et al., 2017) svolto su un campione di rifugiati siriani in Turchia ha proprio evidenziato l'importanza della continuità dell'identità sociale come fattore protettivo della salute mentale. I ricercatori che si sono occupati di trattare tali tematiche parlano di trauma migratorio, caratterizzato da viaggi lunghissimi e drammatici, malnutrizione, malattie non curate, aggressioni, talvolta morte dei compagni di viaggio, sfruttamento, violenze, comprese quelle sessuali; molto spesso i paesi di frontiera detengono le persone per lungo in campi profughi o li respingono violando la convenzione di Ginevra (Benvenuti M., 2006). Tra le ricerche europee, svolte in ambito della migrazione e della salute mentale nei richiedenti asilo, il report annuale dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati, prodotto nel 2010 (UNHCR, 2010) parla di 50 milioni di persone sfollate a causa dei conflitti, le zone di provenienza erano prevalentemente il Medio Oriente e l'Africa sub-sahariana. L'Italia è il secondo punto di ingresso più comune per i richiedenti asilo in Europa dopo la Grecia. La grande maggioranza è passata attraverso la Libia in guerra e ha chiesto l'asilo. L'ONG Medici senza frontiere, in accordo con il Ministero della Sanità, ha elaborato degli strumenti per la valutazione della salute mentale e la cura per i richiedenti asilo di recente arrivo in Sicilia. Grazie a questo si è riusciti a svolgere uno studio (Crepet A. et al. 2017) sui richiedenti asilo arrivati alla frontiera di Lampedusa nel biennio 2014-15 che documenta le condizioni della salute mentale, gli eventi potenzialmente traumatici e le difficoltà di vita post migratorie sperimentate dai richiedenti asilo nel programma di Medici senza frontiere. Tra le 385 persone che si sono presentate per uno screening di salute mentale durante il periodo di studio, a 193 (50%) sono stati identificati e diagnosticati disturbi della salute mentale. La maggior parte erano giovani maschi dell'Africa occidentale che avevano lasciato i loro paesi d'origine più di un anno prima dell'arrivo. Le diagnosi più comuni di erano:

- disturbo da stress post-traumatico (31%)
- depressione (20%).

Eventuali eventi traumatici sono stati riscontrati frequentemente nel paese di origine (60%) e durante la migrazione (89%).

Da un'ulteriore review, Priebe S. et al., 2016, è emerso che i richiedenti asilo e i migranti irregolari sono esposti a fattori di rischio per i disturbi mentali prima, durante e dopo la migrazione. I tassi di depressione e disturbi d' ansia tendono ad aumentare nel tempo e la scarsa salute mentale è associata a condizioni socioeconomiche precarie, in particolare all'isolamento sociale e alla disoccupazione. Le condizioni socioeconomiche precarie sono associate ad un aumento dei tassi di depressione cinque anni dopo il reinsediamento (Priebe, et al., 2016). Alla luce di questi dati, sarebbe opportuno implementare strategie per l'attuazione delle politiche che raggiungano l'obiettivo di promuovere e prevenire disturbi mentali. Questo significa fornire risorse per programmi di integrazione sociale, servizi di informazione appropriate sui diritti e sui servizi disponibili e formazione di personale specializzato. Risulta importante inoltre promuovere la flessibilità organizzativa per fornire il miglior coordinamento possibile tra i servizi, la raccolta di dati di routine sull'utilizzo dei servizi (e sui risultati di tale utilizzo) e infine la valutazione formale delle iniziative attuate. Questi gruppi di persone incontrano ostacoli all'accesso all'assistenza sanitaria per cui il lavoro che viene svolto molto spesso si traduce in azioni di riduzione del danno in termini psicopatologici. Mentre il trauma di pre-migrazione è riconosciuto come un fattore predittivo dei risultati di salute mentale nei rifugiati e nei richiedenti asilo.

2. Clinica Transculturale

“Il termine transculturale [composto da trans e culturale] è stato coniato per tradurre l'inglese cross-cultural (che indica più propriamente l'incrociarsi di varie culture), ed è usato nelle scienze sociali, specialmente in antropologia culturale e sociologia, con riferimento alla reciproca influenza che culture diverse hanno sui comportamenti individuali e collettivi.” (Vocabolario Treccani)

Grazie alla definizione di cui sopra, è possibile capire che la transcultura potrebbe riferirsi a tutto ciò che trascende la particolarità e la specificità delle singole culture, mirando all'individuazione degli elementi universali, comuni a tutti gli esseri umani, a prescindere dal colore della pelle, dalla lingua, dalle modalità di pensiero o dalla religione. Le culture

“non si attraversano” mai da sole, ma necessitano sempre di essere veicolate dai soggetti che ne sono portatori, dagli esseri umani. L’approccio transculturale pone l’accento sull’individuo come dotato di un io culturale una mente avviata alla cultura di appartenenza attraverso le norme tramandate dalla comunità, concetto ripreso ampiamente da Ibrahima Sow¹. L’approccio transculturale favorisce inoltre la presa di coscienza del proprio atteggiamento di fronte all’esperienza della diversità.

2.1 Io culturale

Locuzione introdotta da Rosalba Terranova-Cecchini² nel 1991, sulla base della topologia dell’Io di Ibrahima Sow, il quale analizza e trasforma il concetto di Ancestro. Mentre in antropologia l’Ancestro è l’Avo fondatore che incarna simbolicamente la legge che la tradizione ha selezionato per la sopravvivenza della specie in quel luogo, Sow gli conferisce una valenza psicodinamica per il fatto che l’Avo modula e ordina l’Io e il suo funzionamento. L’Io si forma, secondo Sow, attraverso la potenza strutturante della cultura, ed è costituito da tre assi:

- Spirituale – parlando di Ancestro, è la via di comunicazione del Verbo, la Tradizione, al nucleo centrale dell’Io; è verticale ed è fondante della strutturazione dello psichismo. Fondamentale senso di appartenenza grupitale e di costruzione personale che deriva dal confronto sociale. Si tratta, nel suo insieme, di una visione di tipo complesso e dinamico; l’individuo viene considerato come un’entità bio-culturale che si costruisce attraverso l’inglobamento di memorie culturali, biologiche, sociali e materiali.
- Esistenziale – Via attraverso la quale, metaforicamente, la vita viene trasmessa dall’Avo, attraverso il materiale genetico dei genitori e il loro patrimonio culturale, trasmesso di generazione in generazione. L’esistenza viene mantenuta però anche grazie alla famiglia allargata (microsocietà) che sostiene nelle difficoltà e la trasmissione di vita. Non è solo biologica ma anche delle modalità

¹ Ibrahima Sow, medico psichiatra senegalese emigrato in Francia, professore alla Sorbona.

² Rosalba Terranova-Cecchini, medico psichiatra, pioniere della Psichiatria Transculturale.

culturali del vivere. Nella rappresentazione grafica, questo asse, che pur si diparte dall'unico vertice dell'Avo, è obliquo.

- Dei significati culturali – Via attraverso la quale il Verbo dell'Avo viene trasmesso nella comunità (macro-comunità). I suoi significati sono resi visibili dai significanti, ovvero dagli oggetti culturali, gli artefatti, e dai simboli di ciascuna determinata cultura.

Essi agiscono rispettivamente su:

- nucleo centrale dell'Io, chiamato appunto, da Sow, sostanza ancestrale; corrisponde all'Es freudiano, con la differenza che i fantasmi minacciosi e minaccianti, ansiogeni e distruttivi dell'Es vengono dotati di senso dalle leggi ancestrali.
- sulla famiglia; vi è infatti un legame orizzontale dell'Io con la famiglia, il biolignaggio, che fornisce forza vitale biologica, per la presenza dei pacchetti dei geni genitoriali e dei pacchetti di memi veicolati dall'educazione familiare tramite l'inculturazione.
- sulla comunità; è la potenza che bios, la forza vitale, acquista nella connessione con la comunità di appartenenza, dove sono depositati i simboli della cultura locale. Come è noto, l'essere umano può sviluppare potenza solo vivendo in un gruppo dove il reticolo culturale interno coincide con il reticolo culturale ambientale. Il primo, reticolo culturale interno, è una rete formata dai set di istruzioni e dagli items di comportamento legati alla cultura, seguendo i quali i soggetti affrontano i tredici problemi panumani studiati da Fausto Massimini e Paolo Calegari (1976): lavoro, reddito, proprietà, decisionalità, istruzione, partecipazione, valori individuali, valori sociali, memoria genetica, memoria culturale, status, circolarità dell'informazione, giustizia. Questo reticolo operante nella comunità è interiorizzato dai suoi membri. Il secondo, reticolo culturale esterno, va a costituire, insieme al sistema di valori il pool culturale, il quale coincide con il "pacchetto" degli items di comportamento e set di istruzioni appartenenti alla cultura locale, che viene dato in eredità ad ogni membro di una comunità specifica. Questo reticolo viene interiorizzato, come già abbiamo detto, a livello della memoria intrasomatica.

Come dice Francesco Remotti: “La cultura viene in soccorso per informare: dare informazioni, guidare, incanalare, modellare” (2005, pag. 22), appunto anche l’attività rappresentativa e immaginifica della mente, tramutando, secondo i saperi tradizionali, l’Incomprensibile in comprensibile. Per questo, ad esempio, i draghi cinesi di cartapesta presenti nelle feste e nei riti, o la raffigurazione nei templi di divinità terrificanti, di esseri maligni, non hanno lo scopo di terrorizzare ma di indurre una familiarizzazione con i “fantasmi dell’inconscio”, trasfigurati dal senso che dà loro la cultura, e quotidianamente visitati nei templi, nelle feste, nelle pratiche personali di concentrazione.

La topologia di Sow continua con una zona contenente la forza vitale (la vita) che viene dai genitori e che innesca nel cervello la coscienza, quella parte del cervello che è connessa con l’oggettiva realtà (L’Io freudiano). Infine, la fascia più esterna che si connette alla comunità che dà forza al bios, al corpo attraverso i significanti culturali che ricordano la legge dell’Ancestro (Super-Io freudiano). Per concludere, la complessità della psicodinamica soggettiva, dell’assetto psichico, delle modalità emotive, cognitive e comportamentali, viene giocata tra gli assi che veicolano senso, il senso della cultura di appartenenza. La mente, quindi, non è “malata” perché assoggettata agli orribili fantasmi dell’inconscio, ma avviata dalla cultura a un sano “dare senso” agli accadimenti fantastici o reali. Se questo elemento strutturante – la cultura - si sfilaccia per le troppe perdite si sviluppa una psicopatologia psicotica o nevrotica, per il riemergere delle pulsioni allo stato nascente.

2.2 Alcuni principi base della clinica transculturale

In Europa ed in Italia la posizione di psicologi, psichiatri e medici si differenzia in base a diversi approcci teorici, riconducibili sommariamente in due filoni principali, quello etnopsicologico, di cui fanno parte Devereaux, Tobie Nathan, Marie Rose Moro, Losi, Fleury; e quello transculturale (Freeman, Terranova-Cecchini, Inghilleri, Mazzetti). La scuola etnopsichiatrica, comprese tutte le varianti sviluppatesi nell’ultimo decennio, affronta le problematiche psicofisiche del paziente riportandolo (come il termine “etnopsichiatria” stesso indica) al centro della sua cultura d’origine ed utilizzando il

sintomo come simbolo e come strumento primario per una lettura della storia e della sofferenza del paziente, utilizzando una chiave culturale “totalmente altra” da quella del contesto dove egli attualmente si trova a vivere. In quest’ottica, l’attenzione è prevalentemente rivolta alla costruzione o ricostruzione di un insieme di significati provenienti dal mondo simbolico della cultura d’origine. L’approccio della psicologia transculturale invece focalizza l’attenzione prevalentemente sulla comunicazione e sull’interazione tra la cultura d’origine del paziente e quella del paese ospitante. Comunicazione ed interazione che si pongono in atto a più livelli: sia nel momento in cui il paziente si relaziona con il medico o lo psicologo italiano; sia quando egli si interfaccia con altre persone e costruisce delle nuove relazioni sociali, amicali e lavorative; sia, ancora, all’interno della sua stessa psiche che introietta, rielabora, assimila, integra attivamente, significati e significanti del nuovo universo culturale in cui attualmente vive con il mondo di significati e significanti che ha costruito e portato con sé dal suo paese d’origine (Petruzzi-Riva 2002).

Intorno agli anni ’80 del ’90 soprattutto in campo psichiatrico, nelle periferie parigine molti operatori constatarono che gli strumenti abituali del loro agire professionale erano inadeguati per cogliere la complessità della sofferenza dei migranti e per rispondere alle loro richieste di aiuto. Gli psichiatri cominciarono a incontrare pazienti immigrati soprattutto dalle ex colonie, residenti in Francia anche da molti anni, che sembravano essere ben inseriti nella società francese: avevano un lavoro, una famiglia, dei figli ma, improvvisamente, in seguito a un piccolo infortunio o a un incidente automobilistico, mostravano sintomi depressivi, o psicosomatici o di tipo ansioso o deliranti, resistenti a ogni cura, e che risultavano inspiegabili rispetto alla loro storia precedente. A partire da questi fenomeni sempre più frequenti, Serge Lebovici, costituì presso il CHU Avicenne a Bobigny, da lui diretto, un gruppo di psichiatri, psicologi, antropologi, del quale faceva parte anche Tobie Nathan, per cercare di comprendere meglio ciò che accadeva a questi pazienti al fine di individuare modalità di cura efficaci. Dal suo nascere, quindi, l’etnopsicoanalisi (in questo testo i termini etnopsicoanalisi, etnopsichiatria, clinica transculturale saranno usati come sinonimi pur nella consapevolezza delle loro diverse sfumature di significato) è molto legata alla clinica e alle problematiche di ordine tecnico proprie del lavoro clinico. George Devereux è considerato unanimemente il fondatore dell’etnopsichiatria; psicanalista e antropologo di origine ungherese, ha studiato e

lavorato in Francia e negli Stati Uniti, ha viaggiato in molte parti del mondo, in particolare ha condotto studi antropologici in Nuova Guinea, in Indocina oltre che fra le popolazioni indigene americane, Devereux ha gettato le basi della teoria e del metodo dell'etnopsicoanalisi. Il suo allievo Tobie Nathan ha successivamente messo a punto il dispositivo tecnico caratteristico di questo approccio, Marie Rose Moro lo ha sviluppato e modificato per applicarlo alle problematiche delle seconde e terze generazioni. Alcuni principi di base della clinica transculturale sono i seguenti:

Universalismo psichico: nella clinica transculturale un concetto fondamentale è quello dell'universalismo psichico: tutti gli esseri umani sono uguali e hanno pari dignità, detengono lo stesso patrimonio genetico, gli stessi bisogni, le stesse esigenze relazionali e sociali. Caratteristica universale dell'essere umano è quella di appartenere a una cultura; come afferma T. Nathan "Non esiste l'uomo 'nudo': non è dato in natura un uomo che non sia stato pensato, concepito, nato e vissuto all'interno di un sistema culturale".

Differenze culturali: tutti gli esseri umani nascono all'interno di un gruppo culturale, cioè di una famiglia che si fa tramite della trasmissione culturale del gruppo di appartenenza, e ogni individuo attualizza, all'interno di una cultura specifica, le potenzialità che ha a disposizione. La lingua ne è un esempio molto chiaro: tutti gli individui nascono con la potenzialità di apprendimento del linguaggio articolato e questa potenzialità viene attuata, viene resa viva, attraverso l'apprendimento di una lingua. Inoltre, l'apprendimento della lingua struttura diversamente il nostro apparato psichico, percettivo e relazionale, struttura il nostro rapporto con il mondo. Uno degli esempi tipici che vengono riportati nei testi specializzati sull'argomento concerne la lingua eschimese. Tale lingua ha moltissimi vocaboli per descrivere lo stato della neve; quest'abbondanza di termini corrisponde a una capacità percettiva nel distinguere i vari stati della neve molto diversa dalla nostra. Nella nostra lingua, infatti, troviamo un numero di vocaboli molto inferiore per designare lo stesso fenomeno. Questo vale per ogni aspetto della nostra esperienza. In questo senso, la "cultura" viene definita da Nathan come un contenitore, come la "pelle" dello psichismo umano. In questo senso la cultura non è soltanto un insieme di valori, ma è ciò che informa la nostra capacità di pensare, percepire il mondo, sentire emozionalmente, in modo diverso rispetto a persone che appartengono a culture diverse. (vedi paragrafo 2.1). Tutte le culture, infatti, sono differenti, pur avendo come

caratteristica comune quella di rispondere alla domanda tipicamente umana di dare senso e significato all'esperienza, sia individuale che collettiva. Da ciò derivano le diverse modalità con cui gli esseri umani rispondono ai propri bisogni. Per esempio, in tutte le culture conosciute esistono sistemi di parentela, diversamente strutturati nelle differenti culture, che hanno rappresentazioni proprie anche dei ruoli della donna, dell'uomo e del bambino. Il problema che rende così difficile entrare in contatto con le altre culture è che ci troviamo di fronte a esseri umani che non sono uguali a noi. Nel caso della donna cinese che aspetta un bambino e che partorirà in modo simile alla donna italiana, contemporaneamente attribuirà significati diversi a questa esperienza a partire dalla sua cultura. Infatti, non a caso, in ogni cultura vi sono dei modi di accompagnamento, di sostegno, di assistenza alla donna in gravidanza molto diversi tra loro. Un altro esempio è il significato che il taglio cesareo ha per una signora marocchina rispetto a quello che ha per una signora cinese, ma anche il significato che due signore marocchine danno allo stesso evento può essere diverso. Esiste quindi una gamma di rappresentazioni culturali, per esempio rispetto al taglio cesareo, nella cultura marocchina, che per altro si modificano con la migrazione. Da una parte gli operatori/operatrici devono evitare di pensare che, al di là della cultura di appartenenza, le donne siano tutte uguali e abbiano tutte lo stesso vissuto, dall'altra devono evitare di pensare che le donne immigrate siano completamente diverse, e quindi incomprensibili, poiché vengono da mondi diversi. Esistono cioè due rischi: il primo è di omologare a noi quello che non è omologabile, il secondo è porre così distante da noi chi abbiamo di fronte da non aver più nessuna possibilità di contatto. Maria Luisa Cattaneo psicologa e psicoterapeuta, della Crinali Cooperativa Sociale Onlus, ritiene che questi siano i due estremi, fra i quali continuamente gli operatori dei servizi oscillano; due modalità che rischiano di essere molto difensive rispetto all'angoscia che ognuno di noi vive davanti alla necessità di conciliare aspetti che all'apparenza sembrano inconciliabili: gli umani sono tutti uguali, ma sono tutti diversi. Se questa affermazione vale anche in una relazione interculturale, l'incontro con una persona di un'altra cultura è ancora più complesso perché gli elementi culturali, che segnano l'individualità e fanno sì che le persone siano portatrici di rappresentazioni di sé, del mondo, tipiche della loro cultura, ci sfuggono e questo ci mette in difficoltà.

Ciascuno elabora individualmente gli input culturali che riceve, quindi elabora una sua personale versione della cultura. La cultura è dunque un processo dinamico, non qualcosa di immutabile; le società e gli individui cambiano in continuazione. Non esistono “le donne marocchine”, questa espressione è un’astrazione, perché ogni donna ha elaborato un suo modo di essere marocchina. Ogni donna migrante, inoltre, “meticcica” in modo diverso la cultura di origine con l’esperienza che fa nel paese di accoglienza. Il compito di ogni operatrice/operatore è capire come il proprio intervento si possa inserire in quella situazione specifica, per quella persona specifica nel momento che sta vivendo. Vi è la necessità della continua e necessaria codifica culturale, possibile soprattutto attraverso la lingua e le categorie di pensiero; si possono distinguere in particolare tre livelli di codifica che sono necessari per accogliere, capire, curare. Innanzitutto, bisogna cogliere le rappresentazioni dell’essere bambino, genitore ecc..., occorre avere ben presente cosa sia ciascuno di questi ruoli sociali, di cosa abbia bisogno e cosa debba fare nella cultura del paziente. Il livello successivo è quello del significato e consiste nel comprendere il senso degli avvenimenti della vita del paziente, e del suo nucleo familiare, così come viene definito dalla loro cultura. L’ultimo passaggio è quello del fare, che riguarda le aspettative del paziente nei confronti di chi si prende cura di loro.

Ogni cultura ha delle risposte a queste domande. Per esempio, sul piano ontologico in molte culture africane i bambini sono antenati che ritornano e che, quindi, hanno una vita nel mondo degli antenati prima di diventare feto e poi neonato. In questa logica, nella comprensione ontologica di quel bambino, è fondamentale tutto il processo di nominazione. È importante sapere qual è l’antenato che ritorna attraverso il bambino ed è importante dargli il nome giusto. Per dare il nome giusto al bambino si può chiedere consiglio e si devono seguire procedure che possono richiedere anche mesi perché bisogna rispondere alla domanda: “Chi è questo bambino?” Il secondo livello, quello del senso, rimanda a interrogativi del tipo: “Perché mi sono ammalato? Perché proprio adesso? Perché i miei bambini si ammalano?” Queste sono domande che si fanno tutti gli esseri umani in tutte le culture, ma ogni cultura darà risposte diverse. Il terzo livello a cui le culture rispondono è il piano del fare. Infatti, perché un bambino abbia il nome giusto, è necessario individuare quale sia il procedimento adatto, quali i riti che devono essere realizzati per proteggerlo, in modo che proceda nel mondo dei vivi invece che tornare al mondo degli antenati. Lo stesso vale per le malattie: ogni malattia ha una sua spiegazione,

in base alla quale sono indicati i modi per curarla. Tutti i sistemi culturali, dice Marie Rose Moro, hanno la capacità di sorreggere il gruppo e i singoli esseri umani rispetto alle domande esistenziali: che senso ha quello che mi sta accadendo e che cosa devo fare? Le risposte prima di essere individuali sono collettive e nascono dalla cultura di appartenenza. L'individuo può produrre le proprie risposte nella misura in cui si trova in un ambiente nel quale quelle risposte possono avere un significato: ciò che penso io è simile a quello che pensa il gruppo a cui appartengo. Per tornare all'esempio di prima, una donna africana che pensa che suo figlio sia un antenato che ritorna, condivide questa rappresentazione con la sua famiglia e con il suo gruppo di appartenenza. Quando compie dei riti per trovargli il nome giusto, tutti pensano che stia facendo atti pieni di senso, che tutti farebbero al posto suo. Questa è una forma di rispecchiamento fondamentale affinché l'individuo mantenga integro il senso di sé e l'aspetto dinamico dei propri processi interiori, che permettono l'elaborazione delle esperienze di vita.

Decentramento culturale: il clinico deve saper riconoscere il proprio controtransfert culturale, cioè le proprie contro attitudini culturali. Infatti, deve abituarsi a leggere e a essere consapevole delle proprie reazioni davanti all'alterità culturale. Spesso queste reazioni sono caratterizzate da aspetti difensivi che sono del tutto normali, ma che possono essere analizzati e utilizzati come materiale di lavoro. Quando una teoria eziologica dice che la malattia mentale è legata al malocchio, noi la chiamiamo superstizione. Questa è una rappresentazione dell'altro fortemente connotata dall'appartenenza culturale. Cresciuti in una cultura scienziata e razionalista, siamo portati a dire che la superstizione fa parte di una cultura arretrata che non ha ancora conosciuto lo sviluppo e l'approccio scientifico che noi condividiamo. Questa è il significato implicito, è la rappresentazione veicolata dalla parola "superstizione". Diverso è riconoscere che questa è una rappresentazione della nostra cultura e che nessuno ci chiede di rinunciare alle nostre rappresentazioni. Tuttavia, quando entriamo in relazione con qualcuno che porta una determinata eziologia, è necessario che impariamo a considerarla come una rappresentazione "altra", che non viene né prima né dopo un ipotetico sviluppo del pensiero, in cui io sono più avanti e l'altro è più indietro. Questo è ciò che ci propone la clinica transculturale: non parlare di superstizione, arretratezza e sottosviluppo, ma di rappresentazioni, ossia di immagini fortemente connotate culturalmente e quindi

condivise dal gruppo di appartenenza. Una rappresentazione che ha pari dignità rispetto alla mia

3 Trauma migratorio



La migrazione è intesa non solo come avvenimento sociologico ma anche come avvenimento psicologico di grande importanza, potenzialmente traumatico. “Il termine “trauma” deriva dal verbo greco titrosko – perforare, trafiggere e dunque rimanda a un taglio, uno squarcio; il segno lasciato sulla pelle da qualcosa che l’ha attraversata. Tuttavia, non esiste un metodo oggettivo per quantificare la natura traumatica dell’evento ma lo si può leggere solo attraverso un’esperienza soggettiva e questo spiega perché uno stesso evento traumatico può suscitare reazioni diverse in diversi soggetti.”³

La migrazione comporta un’interruzione del rapporto di continuo scambio e rafforzamento reciproco tra cultura esterna e cultura interna, impedendo quella forma di rispecchiamento che permette di mantenere viva la capacità del sistema culturale interno di orientarsi nel mondo e di dare senso all’esperienza. Per questo la clinica transculturale parla di trauma migratorio, trauma che si configura essenzialmente come un trauma ‘identitario’, uscendo dalla generica percezione di una accentuata vulnerabilità psichica

³ Citazione da “Trauma e vulnerabilità nei migranti richiedenti protezione internazionale” Emanuele Caroppo, Giuseppina Del Basso, Patrizia Brogna

che accompagna l'esperienza migratoria. Virginia de Micco⁴ si esprime ampiamente in merito guardando a questo fenomeno come alla causa di una frattura nella continuità bio-psico-sociale dell'individuo, non eliminabile, assimilabile ed integrabile grazie ad un processo privo di sofferenza. "Il migrare così come l'accogliere rappresentano prove molto delicate per la mente, superabili solo se ci si passa attraverso poiché è il lavoro, il dolore che ciò comporta ad assicurare un buon risultato". Nella storia, alcune tappe significative hanno costituito il nesso tra esperienza migratoria e sofferenza psichica. Prendiamo come punto di inizio la famosa Dissertazione medica in cui un giovane studente di medicina, Johannes Hofer, nel 1688 conia il termine 'Nostalgia'⁵ traducendo nel linguaggio dotto della medicina l'esperienza della 'Heimweh', quel 'dolore della casa', della patria, di cui nelle valli svizzere si sapeva che si poteva morire. Si trattava infatti di un grave stato di cachessia⁶ psicofisica che in maniera repentina e inspiegabile si impossessava in particolare dei giovani soldati di ventura svizzeri, nel pieno vigore fisico, che servivano presso le varie corti europee, fino a portarli a morte. Questo malessere si acuiva in relazione all'ascolto di melodie della terra lontana. I medici, tramite l'osservazione empirica, constatarono che rimandare a casa i malati gravi, perché spirassero al fianco della propria famiglia, aveva il potere miracoloso di farli riprendere del tutto. Come in questo caso, spesso, la frattura legata all'esperienza migratoria e l'adattamento ad un nuovo contesto si manifestano nel bios, il corpo. Quest'ultimo è infatti lo strumento immediato di comunicazione con il mondo e con l'altro, il supporto indispensabile per la nostra natura psico-sociale. Il 'disagio nascosto' così tipico dell'emigrazione si manifesta spesso attraverso disturbi somatici, tanto vaghi e difficilmente descrivibili quanto persistenti e addirittura invalidanti. Disturbi etichettati genericamente e semplicisticamente come 'somatizzazioni' ma che in realtà traducono un'esperienza molto più complessa e delicata di perdita di armonia tra mondo interno e mondo esterno. È solo alle soglie degli anni '60 del secolo scorso che inizia a farsi strada la teoria dello shock culturale: si comincia a riconoscere il peso specifico di un improvviso e massiccio cambiamento del contesto culturale nello scatenamento di gravi 'reazioni' psicopatologiche. Il disagio psichico connesso alla migrazione è così diffuso e

⁴ Virginia De Micco, psicoanalista della Società Psicoanalitica Italiana, di formazione medico-psichiatra ed antropologa, si è occupata di tematiche migratorie, di etnopsichiatria, dei rapporti tra antropologia e psicoanalisi.

⁵ Nostalgia, parola composta dal greco νόστος, ritorno, e άλγος, dolore; "dolore del ritorno".

⁶ Cachessia, (rappresenta la perdita sia di tessuto adiposo che di muscolo scheletrico).

pervasivo, dal momento che coinvolge la stessa matrice psicoantropologica della quotidianità, da cristallizzarsi raramente in patologie psichiatriche conclamate. Quello stesso disagio potrà prendere forme ‘irricognoscibili’, nel senso che spesso il migrante non saprà più come esprimerlo e lo psichiatra occidentale non saprà come intenderlo, non potendo contare su modalità culturalmente condivise per manifestarlo. Basterà ricordare a tale proposito la prevalenza sempre riscontrata di patologie psicosomatiche: da manifestazioni gravi e potenzialmente mortali (per un certo periodo una delle cause più frequenti di morte nei migranti meridionali verso la Germania è stata rappresentata dall’ulcera gastrica perforata) a patologie meno gravi ma facilmente cronicizzanti e potenzialmente invalidanti. La De Micco ne riporta esempi, riscontrati anche nella sua stessa carriera, parlando di come il luogo corporeo sia il primo, proprio a causa della natura bio-psico-sociale dell’uomo, nel quale emerge e si esprime la difficoltà dell’adattamento al nuovo ambiente/contesto. Come nel caso del “prurito sine materia”⁷ causato da una alterazione nella percezione del proprio corpo il quale, a causa di ciò, è motivo di disagio nelle relazioni interpersonali. Come in questo frangente i disturbi fisico-intestinali, disturbi del sonno - sono invalidanti e da essi possono scaturire importanti problemi relazionali. Il corpo è tra le tre dimensioni quella che più viene invasa dall’ambiente circostante, poiché per sopravvivere dovrà respirare, relazionarsi, cibarsi, “lasciarsi attraversare” dal nuovo ambiente, rimanendo tuttavia anche quella più resistente al cambiamento a causa della immodificabilità delle marche corporee, come il colore della pelle o i tratti del volto.

Negli anni '70, Gianfausto Rosoli, tratta la difficoltà nello stabilire il costo psicologico della migrazione affermando che bisogna valutarne gli effetti di lungo periodo, forse su due o tre generazioni per comprenderne davvero la profondità e la pervasività. Bisogna attrezzarsi a rilevarne gli effetti nascosti: quelli più insidiosi e costanti. Interviene in tal senso Michele Risso (1982) affermando che il compito di una psicopatologia della migrazione dovrebbe piuttosto capire cosa “avviene nella mente di chi emigra e non si ammala”, quali ferite psichiche nasconde, quali cicatrici relazionali lascia, quali fratture trans generazionali comporta quella apparente ‘integrazione’, che spesso costituisce solo una vernice superficiale nelle migrazioni cosiddette riuscite. Ciò anche in relazione al

⁷ Prurito sine materia, in assenza di lesioni cutanee o in presenza di lesioni aspecifiche da grattamento.

concetto di “microtraumatismo quotidiano” da lui introdotto e che prenderemo in esame successivamente. Fino a quest’epoca la storia, i metodi e i campi di interesse della psicopatologia delle migrazioni hanno risentito di attitudini pregiudiziali e di una sostanziale incapacità di andare oltre la categorizzazione nosografica. Nel secondo dopoguerra, invece, si fa strada una attitudine molto più attenta alla casistica psichiatrica. Gli studiosi italiani di fronte alle migrazioni interne, che hanno letteralmente ‘sovvertito’ il tessuto socio antropologico italiano, si ritrovano in una posizione eccezionale nel poter osservare in un ambiente relativamente ristretto dal punto di vista ‘geografico’ tutto l’arco complesso delle conseguenze psichiche delle migrazioni, le quali comportano non solo conseguenze su chi parte, ma anche su chi resta e su chi accoglie, e poi ancora su chi ritorna. Tali conseguenze come abbiamo visto non è detto siano immediate, possono far sentire i loro effetti a lungo termine sulle seconde generazioni, non solo su quelle nate all’estero e lì rimaste, ma anche sui ragazzi nati all’estero e poi magari rientrati al seguito delle famiglie o ancora sui bambini rimasti in patria mentre i genitori erano lontani. E’ a questo che ci si riferisce quando si parla dei legami affettivo-simbolici spezzati dalle migrazioni, in cui consiste in gran parte la portata traumatica dell’esperienza migratoria: si tratta appunto non solo dei legami affettivi ma anche delle posizioni simboliche coinvolte, in particolare la funzione paterna si manifesta particolarmente depotenziata, in quanto si dimostra inefficace nel fungere da garante dell’ordine simbolico originario che risulta inevitabilmente minoritario e perdente rispetto a quello adottivo. Per la sua stessa dinamica socio antropologica la migrazione attiva dei veri e propri cambiamenti catastrofici nelle comunità di partenza, mette in discussione, fino addirittura a disarticolarla, la struttura simbolica profonda: i sistemi di valori, i sistemi di parentela etc. Anche i tentativi di irrigidimento misoneista di tali sistemi di valori, comprese le più recenti dinamiche di ricostruzioni ‘integraliste’ dei valori religiosi tradizionali, in realtà non costituiscono altro che una reazione a tale disarticolazione profonda, con effetti ancora più disfunzionali e patogeni sui soggetti e le comunità coinvolte. La stessa dinamica migratoria attiva le fonti traumatogene di cui resta vittima: la tematica del ‘tradimento’ delle proprie origini, fino a giungere ad elaborazioni persecutorie, rappresentano una fonte costante di ‘traumatismo’ psichico per i migranti, stretti in questo senso tra angosce depressive e angosce persecutorie. È in questa condizione psichica che il migrante resta costantemente ‘sospeso’, “come un’acrobata sul filo”, secondo V. de

Micco, anche per anni o per una vita intera, ne viene logorata, giorno dopo giorno, la struttura psichica e ne fragilizza la tenuta identitaria. Individua, infatti, due principali modalità di affrontare il cambiamento dovuto alla migrazione, le quali nonostante siano agli antipodi, manifestano entrambe l'impossibilità di pensare il cambiamento. Da una parte vi è l'irrigidimento delle proprie tradizioni originarie, dall'altra il loro annullamento per una totale cancellazione del passato. De Micco continua ponendo l'accento sulla dimensione temporale come vero problema della migrazione, lo spazio può sempre essere ripercorso a ritroso e ciò alimenta l'illusione di poter tornare all'origine trovandola così come la si è lasciata. Ritornare in una dimensione temporale immutata, invece, non è possibile ed è proprio qui che si situa la perdita incalcolabile e tanto difficile da elaborare, da essere messa da parte, nascosta in quanto impensabile.

Leon e Rebeca Grinberg nel loro pionieristico studio sulla "psicoanalisi dell'emigrazione e dell'esilio" equiparavano l'esperienza migratoria ad una vera e propria "esperienza di rinascita". Questa intuizione ci aiuta a ricostruire la profondità psichica di un elemento traumatico che si radica nella necessaria disarticolazione, e dunque poi nella successiva ri-articolazione, di quel nesso fondativo tra psiche individuale, relazioni primarie ed intelaiatura culturale che le regge entrambe. L'io culturale si costituisce in particolare all'interno di quelle relazioni primarie che danno letteralmente 'corpo' alla dimensione linguistico-simbolica che costituisce la dimensione culturale; più fondativa in questo senso è la relazione di accudimento con la madre, con la sua funzione di "porta parola" che, secondo Piera Aulagnier ⁸(1975), introduce il bambino nel suo universo parlato e parlante. In tal modo vengono legati corpo-affetti-parola-mondo, almeno finché il sistema culturale rimane lo stesso. La cultura è così corpo-affetto, dimensione letteralmente incorporata e che struttura la percezione/rappresentazione della propria corporeità/affettività e della stessa immagine di sé. Anche Tobie Nathan parla a tale proposito di un vero e proprio "doppio culturale" in cui la struttura psichica interna si rispecchia e si reduplica nella struttura esterna: in questo senso il sistema di legami simbolici istituiti nel tessuto culturale rappresenta un elemento strutturale che edifica la psiche costituendone una sorta di 'connettivo'. È per questo che l'autentica frattura culturale connessa alla migrazione è una frattura intrapsichica in cui si altera un

⁸ Piera Aulagnier, nata Spairani, è stata una psichiatra e psicoanalista italiana naturalizzata francese. Il suo nome è associato al Quatrième Groupe, del quale è stata cofondatrice nel 1969, e alla rivista *Topique*.

fondamentale senso di ‘continuità’ culturale. Quest’ultimo consente una sorta di ‘inavvertito’ e tacito rispecchiamento non soltanto in una dimensione ‘orizzontale’ di significati condivisi -quella dimensione che dunque struttura l’ovvietà del quotidiano per così dire, ma anche in una dimensione verticale, ovverosia in quella dimensione ‘genealogica’ che costituisce l’asse portante del sentimento di identità, sentimento radicato nel senso di appartenenza affettiva ad una comunità simbolica che lega le generazioni. L’esperienza migratoria, alterando tali nessi strutturali, comporta una sorta di riproposizione della condizione di “infans”. Si fa esperienza del corpo come affollato di bisogni, fame, freddo, dipendenza dall’altro, necessità di espellere i propri bisogni; si sperimentano nuovamente i frammenti pulsionali ed emotivi arcaici che abitano la lingua, mentre il processo di simbolizzazione primaria dell’esperienza deve essere in un certo senso ‘ripercorso’ e, almeno parzialmente, rifatto alla luce del nuovo codice simbolico in cui ci si ritrova immersi. Non si tratta semplicemente di apprendere una nuova lingua e delle nuove consuetudini quanto piuttosto di un intero ‘modellamento’ degli habitus corporei, per usare l’espressione di Pierre Bourdieu (sociologo, antropologo, filosofo e accademico francese), che modifica la stessa auto percezione e autorappresentazione dell’immagine di sé, così come sul piano affettivo si tratta addirittura di riuscire a ‘nominare’ configurazioni relazionali-affettive inedite. Delicatissimo e incessante processo di riformulazione identitaria che rende i migranti costitutivamente a rischio di un ‘cedimento’ della struttura egoica, soprattutto laddove tale riformulazione appare il frutto di un rapido e massiccio processo di mimesi identitaria, piuttosto che di un’autentica metabolizzazione introiettiva. Attitudine mimetica che del resto è indispensabile per assicurare una condizione di sopravvivenza psichica, in cui meccanismi di negazione e di scissione sono indispensabili per evitare il contatto con affetti intollerabili e rappresentazioni ingestibili, incompatibili col mantenimento dello statuto di soggetto.

Il trauma migratorio possiede dunque molteplici declinazioni, la sua complessità non si esaurisce affatto nel momento drammatico dello ‘sbarco’ nel paese ospite, si tratta in realtà di un ‘processo’ ramificato e pluristratificato capace di distendersi nel tempo, attraverso le generazioni, e di espandersi nello spazio, coinvolgendo le comunità di partenza e di arrivo. Interessante è l’osservazione dei picchi di morbilità sul piano psichico, ovvero i momenti in cui è più alta la possibilità di sviluppare una malattia o un

grave disagio psichico: essi si verificano dopo tre-sei mesi dall'arrivo, poi dopo due-cinque anni e infine dopo quindici-venti anni dall'arrivo. Nel primo caso ci troviamo di fronte all'immediato impatto del brusco cambiamento migratorio, nel secondo caso di fronte alla prima fase di messa in discussione del progetto migratorio, una volta esaurita la 'spinta' iniziale, ma nel terzo caso ci troviamo sorprendentemente di fronte ad un rischio che si verifica in migrazioni stabili e consolidate, 'di successo' in un certo senso. Quest'ultimo dato ci testimonia della sotterranea e costante traumaticità connessa alla migrazione, legata soprattutto all'ininterrotto lavoro di lutto che richiede, alla necessità di fronteggiare costantemente angosce depressive e persecutorie, e di affrontare e sciogliere continuamente situazioni enigmatiche e ambivalenti sul piano relazionale e simbolico nel contesto di adozione, rispetto al quale è costante il timore angoscioso di potere essere nuovamente espulsi. La migrazione vissuta richiede un incessante lavoro di lutto delle origini, che non si può mai compiere definitivamente, perché questo equivarrebbe a sottrarre definitivamente ai propri antenati la loro stessa discendenza, è per questo che anche il 'processo' traumatico che la accompagna non può mai essere davvero 'elaborato', dal momento che quella 'ferita congelata' è spesso l'unico segno residuo del legame ad una memoria altrimenti inattingibile.

“Per i migranti, dunque, non si tratta tanto di sopravvivere al trauma quanto di continuare a sopravvivere nel trauma.” (Virginia de Micco)

Più sono penalizzanti e traumatiche le situazioni di accoglienza, maggiore è la probabilità che determinino malessere o condizioni di patologia. Questo è un concetto fondamentale nella clinica transculturale proprio perché, nell'esperienza clinica francese, si è visto che a volte a partire da un piccolo trauma, per esempio la rottura di una gamba, alcune persone precipitano in una situazione depressiva molto profonda. L'ipotesi interpretativa è stata quella di leggere l'evento come un piccolo trauma che risveglia vissuti precedentemente rimossi, legati a un trauma maggiore, cioè il trauma migratorio. La persona può aver messo in atto un processo di assimilazione alla cultura di accoglienza, che sembra veloce ed efficiente, ma che in realtà si basa sulla svalutazione della propria cultura d'appartenenza. Quando questa scissione tra i due mondi non regge più, anche un piccolo trauma può far tornare il paziente ai vissuti rimossi legati all'esperienza migratoria. Uno degli obiettivi della pratica clinica è proprio quello di ritessere i legami tra le

rappresentazioni interne legate alla cultura d'origine, e quelle della cultura della società d'accoglienza, per evitare che dall'esperienza traumatica della frattura fra i due mondi, nasca una situazione psicologica di sofferenza per l'individuo.

Come si può facilmente percepire, il trauma migratorio ha mille volti e comprende un ventaglio di esperienze traumatiche non semplicisticamente riconducibili alla dicitura del Disturbo Post Traumatico da Stress. Virginia de Micco parla di microtraumatismo quotidiano connesso alle conflittuali dinamiche interculturali, traumi identitari legati ad abusi e violenze, traumi da sradicamento, traumi transgenerazionali, aspetti traumatici subiti dalla popolazione accogliente. Gli aspetti caratterizzanti la migrazione sono quindi:

- Perdita dei ruoli e delle funzioni che l'immigrato occupava nel proprio paese;
- Perdita, disintegrazione del legame sociale (amici, casa, luoghi, odori...);
- Accentuazione del sentimento di non-appartenenza;
- Angoscia di essere spersonalizzati da un'altra cultura;
- Vissuti persecutori come esito del senso di minaccia e come fattore autoprotettivo;
- Paura, solitudine, svalorizzazione di sé, vergogna, isolamento.

Fattori di resilienza e vulnerabilità

I fattori di resilienza sono in grado di aiutare a gestire il trauma della migrazione.

a) Caratteristiche individuali

-Solidità del Sé: la realizzazione della migrazione comporta, soprattutto quando avviene da paesi in via di sviluppo, una serie di difficoltà spesso particolarmente intense, e può quindi agire come filtro positivo che lascia passare soprattutto le persone più abili, coraggiose, motivate e sane. È facile intuire che questo tipo di selezione, però, funziona essenzialmente con i cosiddetti "pionieri della migrazione", coloro cioè che partono per primi, intenzionalmente e con forti motivazioni. Essa si riduce fino a scomparire nelle migrazioni successive (ad esempio nei ricongiungimenti familiari) o addirittura a invertirsi nelle migrazioni forzate dei rifugiati. Personalità solide, capaci di conoscere e comprendere sé stessi e gli altri e con un'esperienza di vita di successo agevolano in genere un buon adattamento. Allen suggerisce che i migliori esiti dopo un trauma

dipendano dalla capacità di mentalizzare, cioè di concettualizzare sé e gli altri in base ai pensieri e alle emozioni di ciascuno e di comportarsi di conseguenza.

-Solidità e flessibilità dell'identità culturale: Possiamo definire l'identità culturale come la capacità di riconoscersi in un coerente sistema di valori e di rappresentazioni del mondo. Identità culturali solide consentono un buon processo di negoziazione con le realtà che si incontrano in terra di migrazione e quindi una valida flessibilità. Al contrario identità fragili sono frequentemente alla base di vissuti di insicurezza, di timore, che facilitano chiusure difensive e rigidità nell'adattamento.

-Stili di attaccamento efficaci: l'attaccamento è uno strumento utile in etnopsichiatria perché è un concetto che ha dimostrato una buona validità in ambito transculturale. Esso si sviluppa e si consolida in modo sostanzialmente simile ovunque, nella specie umana (Schaffer, 1998). Un attaccamento sicuro, che in età adulta può corrispondere a quello che Mary Main e collaboratori hanno definito posizione "autonoma" (1985), è uno strumento utile per l'adattamento alla nuova realtà, facilitando l'instaurarsi di nuove relazioni sane nel nuovo contesto.

-Stili di coping efficaci: la capacità di coping, cioè di gestire efficacemente l'evento traumatico, è propria di ogni individuo. Ognuno ha le sue risorse innate e sviluppate nell'intero corso della vita; queste risorse possono anche essere apprese, affinate e sviluppate, e proprio l'addestramento al coping costituisce una delle possibili strategie nella psicoterapia con i migranti.

-Salute psichica pre-migratoria: una storia di benessere psichico prima della partenza sembra essere un fattore prognostico positivo riguardo alla capacità di gestire il trauma della migrazione.

b) Progetto migratorio dell'individuo

Sembra essere di una rilevanza decisiva nel proteggere la salute psichica dei migranti. Il progetto migratorio racchiude in sé l'insieme delle motivazioni che hanno portato la persona a impegnarsi nella difficile avventura della migrazione, e livelli elevati di motivazioni consentono agli esseri umani di fare fronte a molte difficoltà: se il progetto

migratorio in qualche modo funziona, i migranti riescono a sopportare prove notevoli conservando la loro salute. La seconda ragione, più profonda e probabilmente più rilevante, è legata al fatto che il progetto migratorio si configura come il fattore capace di dare un senso alla storia di vita dell'individuo, di tenere unite con una narrazione due immagini di sé (quella prima della migrazione e quella successiva) non di rado scisse dalla frattura dell'evento migratorio, fornendole di un significato che consente di rammendare la sua trama esistenziale. Riferendoci al modello proposto da Stuthridge (2006), possiamo dire che il progetto si può configurare come la narrativa in grado di integrare diverse esperienze di sé. Le caratteristiche individuali descritte in precedenza sono in grado di influire positivamente, come è facile intuire, sulla creazione e sulla realizzazione del progetto migratorio.

c) Supporto sociale adeguato

Un supporto sociale efficace è quello in grado di sostenere l'individuo sia emotivamente che nei suoi bisogni materiali, che lo accompagna nella realizzazione del progetto migratorio e ne favorisce l'integrazione sociale e psicologica nella nuova realtà. Può essere dato da una grande varietà di attori sociali: familiari e amici arrivati in precedenza, agenzie pubbliche o del privato sociale eccetera. La presenza di familiari o di membri del gruppo culturale di appartenenza nel paese ospite influenza notevolmente il grado di supporto sociale, che ha un ruolo dimostrato di "fattore tampone", protettivo nei confronti delle risposte psicopatologiche agli eventi traumatici (GorstUnsworth e Goldenberg, 1998). Essa, tuttavia, può avere anche un effetto paradossalmente opposto, di condizionamento che ostacola l'integrazione sociale. È un fenomeno talora osservato nelle seconde generazioni, quando la famiglia impone uno stile di vita e regole coerenti con il paese di origine, ma che possono frenare la naturale integrazione dei giovani nella terra ospite. Il supporto sociale, infatti, deve essere oltre che presente anche efficace, cioè capace di sostenere e promuovere effettivamente l'integrazione psico-sociale. Un esempio di supporto sociale intenso e controproducente può essere il seguente: nei primi anni '90 in Italia sono arrivate notevoli ondate migratorie dalla Somalia, in seguito ai disordini sociali e alla guerra civile scatenati nel paese. Le comunità somale immigrate erano numerose e coese, il supporto sociale che offrivano ai membri era intenso. Ma una delle conseguenze di questo fenomeno fu il riprodursi nel paese ospite della pratica

dell'infibulazione a danno di alcune bambine. Si comprende bene come, per queste ultime, il supporto sociale non fu affatto benefico: oltre a mutilarle provocando un danno biologico irreversibile il gesto serviva anche a emarginarle dal contesto delle loro coetanee italiane.

Fattori di rischio

Tra questi rientra l'essere vittima di migrazioni forzate: rifugiati e richiedenti asilo, ma anche familiari ricongiunti di immigrati, ad esempio i loro figli minorenni. Questi ultimi si trovano a volte a dover affrontare il trauma della migrazione in condizioni particolarmente difficili senza significativi fattori di resilienza. Gli stessi due gruppi appena citati (rifugiati e familiari ricongiunti) sono tra coloro per i quali possono esserci maggiori problemi a proposito delle caratteristiche individuali, dato che le vicissitudini della vita (le persecuzioni subite per i rifugiati, le eventuali separazioni traumatiche dai genitori e altri familiari significativi per i bambini) possono averle indebolite.

3.1 Microtraumatismo quotidiano

“Dalle illusioni dell'emigrato alle delusioni dell'immigrato”, recita “La doppia assenza” (1999) di Abdelmalek Sayad, sociologo e filosofo algerino, come a sottolineare l'inevitabile dimensione delusiva legata, paradossalmente, alla migrazione avvenuta, alla meta raggiunta: superata l'emergenza, in un certo senso, comincerà un quotidiano carico di incertezze e di angosce: piuttosto che avvertire sicurezza l'individuo entrerà invece in una dimensione di incessante precarietà, di autentico ‘vacillamento’ identitario, che coinvolge la percezione di sé e di un mondo che si possa continuare a sentire ‘proprio’. Anche nelle migrazioni più riuscite, infatti, persiste una pervasiva dimensione ‘traumatica’, che portava già un autore come Michele Risso, negli anni '70, a parlare di un “microtraumatismo quotidiano”, per descrivere lo stesso processo di ‘assimilazione’, o di ‘integrazione’. Tutto nel nuovo mondo può diventare sconosciuto ed enigmatico, carico di inquietante natura persecutoria. l'intreccio traumatico, costantemente attivo, cui il migrante è sottoposto:

- a) perdita della ovvietà dell'esperienza quotidiana, che risulta costantemente attraversata da autentici 'significanti enigmatici' che devono essere incessantemente sottoposti a un lavoro interpretativo;
- b) frattura del legame fondativo con le origini, che diventano area di conflitto e di inesausta interrogazione; fonti entrambi di profonde angosce persecutorie e depressive;
- c) nelle situazioni di transculturazione vi è la necessità di un continuo lavoro di rifondazione identitaria che si muove su di un crinale molto sottile, in cui si fa sentire con forza l'instabilità di quei referenti metapsichici e metasociali ⁹ che regolano proprio la dimensione del 'quotidiano', luogo e 'garante' delle sicurezze e delle abitudini fidate, che diventa invece il luogo delle angosce e degli enigmi: luogo da decifrare continuamente perché non più ovvio. Se il soggetto ha bisogno di un corpo-gruppo per costituirsi, e soprattutto mantenersi come tale, si intuisce come il migrante sia in realtà sempre a rischio di smarrire la sua dimensione 'soggettuale', restando costantemente a rischio di sperimentarne la costitutiva fragilità.

3.2 Traumi identitari legati ad abusi e violenze

Profughi e migranti delle più recenti ondate migratorie sono portatori di traumi massicci e di violenze ripetute che ne hanno sconvolto il tessuto identitario, traumi per molti versi inassimilabili psichicamente; non si tratta della 'semplice' irrepresentabilità del trauma: si tratta di qualcosa che deve essere costantemente espulso dalla percezione psichica mentre il corpo vicaria quelle funzioni che la mente non è più in grado di svolgere, incaricandosi letteralmente di 'essere il trauma'. L'esperienza migratoria, come abbiamo visto, è contrassegnata da una costante traumaticità, legata soprattutto all'ininterrotto lavoro di lutto che richiede, alla necessità di fronteggiare costantemente angosce depressive e persecutorie, e di affrontare e sciogliere continuamente situazioni enigmatiche e ambivalenti sul piano relazionale e simbolico nel contesto di adozione, rispetto al quale è costante il timore angoscioso di potere essere nuovamente espulsi. Oltre

⁹ Referenti metapsichici e metasociali, concetti utilizzati da Keas per correlare i cambiamenti delle grandi strutture di inquadramento e di regolazione delle formazioni e del processo sociale (miti e ideologie, credenze e religione, autorità e gerarchia) con la sofferenza psichica individuale.

a ciò, si sommano anche situazioni più estreme, situazioni in cui il distacco dalla propria terra, e dunque anche dalla propria storia e dalle proprie memorie, avviene sotto il segno del terrore. Il rapporto di Medici senza frontiere, (vedi par. 1.5), sulla salute mentale dei profughi residenti nei Centri di accoglienza straordinaria (Cas) nelle province di Milano, Roma e Trapani, dal luglio del 2015 al febbraio del 2016, ha messo in luce una maggiore incidenza dei disturbi mentali tra i richiedenti asilo. Lo studio evidenzia che, tra i 387 pazienti presi in esame dalla ricerca di Msf, quasi la metà (48,8 %) è stato vittima di eventi traumatici prima del viaggio, e l'82,4 % durante il viaggio. Gli eventi traumatici più frequenti prima di lasciare il proprio paese sono l'aver assistito al rapimento o all'incarcerazione di un familiare (15,7 %), i conflitti tra famiglie (17,5%) e il sentimento di rischio per la propria vita (3,9 %). Gli eventi traumatici riscontrati durante il viaggio sono il carcere e la detenzione (29,3 %), il coinvolgimento in conflitti (10 %), il lavoro forzato (4,4 %), la tortura (7 %), la violenza sessuale (3 %) e il sentimento di rischiare costantemente la propria vita (8,5 %).

L'esperienza della traversata in mare resta come un momento di puro terrore, assimilabile per certi versi alle descrizioni di scuola fenomenologica del vissuto di esordio psicotico del *Weltuntergangserlebnis*, esperienza dello sprofondarsi del mondo. Mondo che ha perso i suoi connotati conosciuti e le sue coordinate rassicuranti, che potrebbe riformularsi e ricostituirsi in maniere del tutto imprevedibili e impensabili. L'abisso che si è aperto anche nella struttura egoica che sperimenta fino in fondo tutta la sua dipendenza da quei referenti metapsichici e meta sociali che ne 'garantiscono' (Kaes), appunto, la coesione e la stabilità, in definitiva la sanità. In questa esperienza estrema, in cui possono essere smarrite le coordinate psichiche (funzione di legame sia intrapsichico che intersoggettivo) e simboliche (culturali) che stabilizzano la percezione e la rappresentazione di sé, si ripresenta una violenta angoscia di frammentazione legata alla messa fuori gioco, almeno temporanea, dei vitali processi di identificazione e rispecchiamento. "Il terrore sembra restare a lungo negli occhi" e non poter procedere verso la mente: molti restano bloccati in un'esperienza di 'siderazione' psichica, in una sorta di trauma congelato. "Fino a quando non riporteremo mio marito al nostro paese e potremo seppellirlo nella terra a cui appartiene e come se non fosse ancora morto" dice Jenny, giovane vedova proveniente dalla Nigeria. Il lutto diventa impossibile perché l'evento è ancora 'sospeso', in attesa di trovare la sua collocazione affettiva e simbolica

che possa finalmente trasformarlo in un 'trauma', in una ferita registrabile da un apparato psichico, che per funzionare ha bisogno di una integrazione minimale di percezione affetto e forme rappresentative. Virginia de Micco racconta una sua esperienza sul luogo di lavoro, iniziata con la richiesta di una consulenza. Si reca sulla soglia della struttura dove, giorno e notte, Anitha sostava in un dormiveglia persistente e resistente ad ogni forma di invito a raggiungere la sua camera. La donna teneva curiosamente una mano tesa col pugno serrato, lo sguardo fisso all'orizzonte come in attesa; provare a riaprirle la mano provocava solo una repentina chiusura della stessa. Secondo la clinica transculturale, il disagio manifestato dal singolo, molto spesso, è la punta dell'iceberg, il problema che interessa tutto il gruppo, dai racconti di quest'ultimo emerse una parte della storia di migrazione di Anitha e che coinvolge molte donne come lei. La donna aveva perso un bambino in mare, appisolatasi con l'acqua fino alla cintola, le mani avevano involontariamente allentato la presa...La mente di Anitha non riusciva a sondare quel ricordo profondamente traumatico e allora ecco il bisogno di restare sulla soglia, rivolta all'orizzonte, nella speranza che, come un'onda, il mare le riportasse ciò che le aveva tolto. Tutto questo non dicibile ma immaginario è necessario; lasciare Anitha sulla soglia è l'unico modo per mantenere una sua sopravvivenza psichica poiché abbandonare quella postazione, per raggiungere la camera significa infrangere la speranza del ritorno del figlio. Qualora il consesso sociale intorno a lei riesce a tollerare e riconoscere questa necessità psichica, allora può essere considerato un contesto che cura, perché tollera, riconosce, testimonia.

Sindrome della rassegnazione

La RS è la concretizzazione, nella sua forma patologica più estrema, della perdita della speranza. Si tratta una grave condizione clinica che, a partire dal 2000, ha colpito in Svezia centinaia di bambini richiedenti asilo gravemente traumatizzati, riducendoli in uno stato stuporoso per mesi o anni, completamente inerti, incapaci di reagire al dolore e a qualunque stimolazione vocale e tattile, non si nutrono e non camminano autonomamente. Bambini realmente e gravemente malati arrivati in Svezia dalle repubbliche dell'Ex Urss, dai Paesi balcanici e, più recentemente, ragazzi di origine yazida, per la maggior parte appartenenti a minoranze etniche e religiose, richiedenti asilo e a rischio di essere deportati. I loro genitori sono per la maggior parte perseguitati politici,

vittime di violenze, torture e stupri, di cui i figli sono stati testimoni, o hanno subito a loro volta traumi psicologici e fisici. Von Knorring e Hultcrantz (2020), nel loro recente studio su quarantasei bambini affetti da RS, hanno rilevato che sia loro i genitori sia i loro fratelli e sorelle soffrono a loro volta di disturbi della sfera traumatica e depressiva. Ricordano che in acuto le reazioni di questi bambini sono simili a quelle riconosciute in molti mammiferi di fronte a situazioni di estrema paura: dalla *learned helplessness* (impotenza appresa), a quella di “congelamento” e di apparire come morti. Proposto da Netflix e girato da John Haptas e Kristine Samuelson (Svezia, USA, 2019, 40’), un documentario intitolato “Life overtakes me” mostra le scene della vita quotidiana di Dasha (sette anni), di Leyla (dieci anni), di Karen (dodici anni) e delle loro famiglie. Quella svedese, in passato, era una società aperta all’accoglienza e all’integrazione; progressivamente è cresciuto, come in tanti paesi dell’area europea, il sentimento anti-immigrazione, prolungando i tempi di valutazione delle richieste di asilo, che vengono sempre più spesso rifiutate. Di frequente, è proprio l’annuncio di tale rifiuto e la prospettiva della deportazione, che provoca l’inizio del progressivo ritiro dal mondo di questi bambini, che si sono già adattati al nuovo ambiente, vanno a scuola e hanno imparato la lingua. Dasha è rimasta addormentata per più di un anno, fino a quando non è stato accolto positivamente il ricorso alla richiesta di asilo. La guarigione di questi bambini è molto graduale e lenta, inizia solo quando la famiglia si sente al sicuro e sembra dipendere dalla ricostruzione della speranza che pare possa essere trasmessa solo dai genitori, attraverso varie forme di comunicazione: cambio inconscio del tono della voce, il modo in cui toccano il bambino, lo stato emotivo.

3.3 Traumi transgenerazionali

Il trauma transgenerazionale è un impatto, il trasferimento di un dolore emotivo, fisico o sociale di una persona alle nuove generazioni in modi che vadano oltre il semplice comportamento appreso. Parliamo soprattutto di epigenetica e dell’influenza dell’ambiente nell’espressione genetica. Il trauma transgenerazionale o intergenerazionale è stato già oggetto di studio nei decenni successivi alla Seconda Guerra Mondiale. Diverse ricerche hanno dimostrato che le generazioni successive a quelle che vissero l’Olocausto manifestarono determinati comportamenti (incubi,

problemi affettivi e di comportamento) evidenziando un trasferimento ai nipoti del trauma originario dei nonni, anche se con modalità differenti. Fattori influenzanti sono lo stile e il modello educativo, il peso del ricordo e della narrativa consapevole o meno che avvolge tutta la dinamica familiare, lì dove il passato continua a farsi sentire in diversi modi. Tuttavia, anche la genetica potrebbe avere un ruolo importante. Pensiamo agli effetti della malnutrizione. Pensiamo all'impatto genetico che potrebbe generare la paura e la sofferenza espresse con elevati livelli di cortisolo che negli anni causano danni all'organismo, oppure traumi non canalizzati, non sfogati e trasformati in stress post-traumatico e depressione cronica.

Costellazione traumatica tipica delle seconde generazioni

- Il genitore non elabora il lutto rispetto al paese d'origine
- Diniego della migrazione e dei suoi effetti
- Segreti familiari, zone d'ombra o racconto stereotipato della vicenda migratoria
- Difficoltà a costruire un pensiero che comprenda la famiglia attuale, le tradizioni, gli antenati e la nuova generazione (i figli)
- Il figlio, perciò, può essere percepito come estraneo in quanto non fa parte della genealogia
- Ciò che è trasmesso perciò è la frattura in sé (Il figlio non conosce la storia dei genitori)
- I processi di separazione e autonomia rimandano perciò a tale frattura
- L'equilibrio è mantenuto a costo di un reciproco sacrificio

Problematiche correlate

- disturbi dell'alimentazione;
- interruzione precoce degli studi;
- precoce accesso all'uso di sostanze;
- antisocialità caratteriale;
- episodi dissociativi;
- esclusione;
- labilità identitarie;
- disturbi psichiatrici.

Winnicott sottolinea che se la madre è sufficientemente responsiva, il bambino vede sé stesso riflesso nel suo sguardo e può identificarsi con quell'immagine amata di sé che vede riflessa nello sguardo materno, la quale è però fin dall'inizio simbolicamente intessuta. Lo sguardo materno fa 'nascere' il suo bambino in quanto soggetto ipso facto, lo rende soggetto culturale, con tutte le intuibili conseguenze che possono verificarsi nel momento in cui quello stesso 'sguardo fondatore' è abitato da una costante inquietudine 'rappresentativa' ed 'affettiva'. Inquietudine che nasce dalla incertezza materna di poter 'affiliare' il proprio stesso bambino al suo lignaggio ovvero alla catena delle proprie appartenenze simboliche, di assegnarlo cioè al posto di proprio discendente. I figli della migrazione sono tutti privi del garante dell'ordine simbolico che consente allo stesso sguardo materno di funzionare in una compiuta direzione 'soggettivante'. L'esperienza migratoria inevitabilmente altera i nessi strutturali, con modalità diversificate e specifiche tra prime e seconde generazioni: il trauma 'migratorio' per la sua particolare natura, infatti, non esaurisce i suoi effetti nell'arco di una generazione, ma necessariamente si 'propagherà' nelle successive, e questo esattamente per la sua natura di trauma 'culturale'. Nella scissione tra il mondo di qui e il mondo del paese di origine è facile che avvenga un disturbo nella trasmissione da una generazione all'altra. Secondo le parole di Marie Rose Moro¹⁰ il processo migratorio trascina spesso la rimessa in discussione del ruolo parentale, trasforma la natura delle relazioni tra la famiglia e il mondo esterno, così come quello della famiglia tra genitori e figli.

Un problema centrale è quello del rischio di rottura per l'acculturazione dei figli, tra essi e i loro genitori. I primi vivono spesso un difficile rapporto con i genitori che vedono l'integrazione dei propri figli come una minaccia alle proprie tradizioni culturali, all'opposto i figli possono essere portati a prender le distanze dai loro genitori come dalla loro cultura originaria. Privilegiando tale desiderio, i genitori cedono sulla trasmissione della loro lingua, della loro cultura e dei loro ricordi. Questa scelta tende a rendere fragili i figli, che hanno tutti prima o poi, bisogno di sapere da dove vengono per potersi costruire. I figli dei migranti devono potersi fare il loro spazio nella nuova società di

¹⁰ Marie Rose Moro, Pedopsichiatra, Psicoanalista, Dottore in Medicina e in Scienze Umane, Primario del Servizio di Psichiatria dell'Adolescente, Ospedale "Cochin" di Parigi. Ha creato e dirige le consultazioni transculturali del Bambino e la sua Famiglia all'Ospedale Avicenne, a Bobigny e all'ospedale Cochin. Dirige la rivista transculturale « L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés » (L'altro, cliniche, culture e società).

accoglienza, poiché il bambino, della famiglia immigrata in Italia, rimarrà sempre un bambino che vive in Italia ma di origine diversa, per esempio marocchina, e quindi se non sarà possibile per lui tessere dei fili che lo ricolleghino alla sua storia, rimarrà un bambino che non è né italiano né marocchino. È, tra l'altro, il lavoro sulla memoria delle esperienze vissute, e delle origini, che permette l'iscrizione nel legame, senza tuttavia condurre a una sacralizzazione del paese d'origine. I genitori immigrati inoltre, sono spesso genitori che non parlano la lingua del paese di accoglienza, non ne conoscono la cultura, non vi hanno legami sociali. In questo contesto i genitori si trovano in situazione di grande solitudine e profonda vulnerabilità. Negli scambi quotidiani con i loro principali interlocutori nella società di accoglienza quali insegnanti, personale sanitario, operatori sociali, i genitori immigrati possono essere portati a patire una certa invalidazione della loro lingua o cultura e il non-riconoscimento del loro sapere. Per le loro difficoltà a esprimersi e allo scambio con i referenti adulti del paese d'accoglienza, i genitori appaiono sminuiti agli occhi dei loro figli. Queste situazioni possono portare i figli, anch'essi in un processo di adattamento, a sviluppare un senso di vergogna di fronte ai loro genitori, volto a rinneghi. Lo stesso accade per la lingua madre.

Isolati socialmente, rimessi in discussione nel loro ruolo di genitori, questi sviluppano la paura di un mondo che non conoscono e che li intimidisce. Così, nel processo migratorio, i figli sono portati a giocare un ruolo cruciale nell'adattamento della famiglia al paese di accoglienza. Il giovane, "sapiente" del focolare, che va a scuola e padroneggia la lingua della società d'accoglienza, diventa colui che assicura la protezione della famiglia sradicata. I più grandi prendono allora il ruolo di interlocutori presso i referenti della società ospite: personale curante, amministrativo o dell'Educazione Nazionale. Queste situazioni sono interpretate come prova di disinteresse o mancanza di investimento dei genitori nell'educazione dei loro figli, tuttavia, se ci si pone nella posizione di esigere assolutamente di avere per interlocutori i genitori senza considerare la situazione individuale della famiglia, si corre il rischio di mettere a disagio i genitori e di destabilizzare ulteriormente la famiglia. La stessa denominazione di 'seconda generazione' dimostra come la caratteristica dell'essere migrante venga ambiguamente mantenuta attraverso la discendenza, rispondendo all'esigenza di classificare in una categoria coloro che non sono discendenti di autoctoni. Questo essere mantenuti in una categoria quasi marginale sembra poter precludere costantemente ad una denuncia di non-

appartenenza, con il rischio di essere risospinti sul margine. L'esercizio della memoria diventa allora un gioco estremamente rischioso, in quanto comporta una continua riformulazione del centro e del margine, di sé stessi e del proprio mondo, riproponendo quello che appare come un paradosso costitutivo dell'esperienza dei bambini migranti, per i quali costruire la propria identità passa attraverso il rischio di perderla.

Sluzki¹¹ (1979) descrive le fasi del processo migratorio in un'ottica familiare e sistemica. L'attenzione è focalizzata sui patterns di comunicazione che si sviluppano nella famiglia migrante durante il processo migratorio (anziché sui contenuti), proponendo un modello libero dalla necessità di individuare elementi culturali. L'ultima delle cinque fasi teorizzate, riguarda l'impatto transgenerazionale nel quale emergono i conflitti tra genitori e figli, come contrasto o scontro più interculturale che transgenerazionale. La situazione sembra degenerare quando la vita della famiglia si svolge in un "ghetto". L'urto tra le generazioni crea nei figli un comportamento deviante. Si ritiene infatti indispensabile considerare non solo la sofferenza del migrante traumatizzato, ma anche il pericolo che le memorie dolorose di cui esso è custode, se non adeguatamente trattate a livello psicologico e terapeutico, possano segnare il destino anche delle seconde e terze generazioni.

Promuovere e potenziare i servizi di sostegno psicologico ai migranti, affidandosi ad esempio all'approccio transculturale, rappresenta dunque un elemento fondamentale per prevenire il pericoloso transito di tali eredità traumatiche: l'obiettivo è quello di passare da una forma di trasmissione inconsapevole e coatta ad una più consapevole, in cui si lavora per ricostruire ponti dove il trauma ha lasciato solo macerie.

3.4 Aspetti traumatici subiti dalla popolazione accogliente

“L'accoglienza è una prova complessa, delicata ed estrema come l'esilio” (*Jalil Bennani, psichiatra originario del Marocco*)

Una riflessione della dott.ssa Virginia De Micco ha indotto a soffermarci, per qualche cenno, su questo argomento. Nell'immaginario comune, parlando di fenomeni migratori

¹¹ Sluzki, psichiatra e professore in psicoterapia.

vi è l'illusione di star parlando di una caratteristica altrui, mentre inevitabilmente questo ci svela caratteristiche del nostro territorio; non a caso il termine "flussi migratori". L'espressione stessa rimanda ad un qualcosa di fluido, che prende la forma del territorio (sociale ed antropologico) su cui va ad insistere. Un esempio è l'esperienza ventennale nell'area di Castelvoturno, in Campania, dove si sono stabilizzate modalità di convivenza che svelano modi di essere del nostro paese. La clandestinità non è corredo genetico o tratto comportamentale proprio della popolazione immigrata, è il nostro stesso territorio che favorisce questa forma di stabilizzazione. Sayat introduce il concetto di funzione specchio poiché la presenza del migrante svela i funzionamenti fattuali meno virtuosi del paese di appartenenza della popolazione accogliente e gli elementi in cui è più difficile riconoscersi. Altro esempio sono le persone che attendono ai semafori per ripulire i parabrezza delle auto, l'immaginario comune le condanna e allontana, come fossero attività di loro invenzione. In realtà hanno solo sostituito gli "Spugnizi" campani presenti nella storia italiana. Queste dinamiche ci provocano tanto disturbo perché evidenziano i meccanismi di funzionamento del nostro territorio. Fino a 15 anni fa circa, il circuito dell'accoglienza non era istituzionalizzato e la presenza migrata, era tenuta attivamente clandestina; in tal senso il messaggio rimandato era la relazione tra clandestinità e sopravvivenza. Alla popolazione migrante si impone di infilarsi in quella griglia lasciata libera dal paese. Altro aspetto su cui la De Micco si concentra è il conflitto che si genera tra popolazione accogliente e popolazione migrata nella vita quotidiana. Anche per gli operatori formati in ambito transculturale, la relazione corpo a corpo, con l'altro, si fa complessa poiché tocca aspetti elementari del nostro essere, consolidati grazie alla nostra cultura di appartenenza. Uno degli elementi in cui più si evidenzia l'imprinting culturale, è la prossemica, come il significato che assume la distanza fisica dei corpi disposti nello spazio ad esempio. Nelle situazioni transculturali, i conflitti avvengono in special modo quando sono messi in gioco questi schemi culturali, profondamente radicati e introiettati. Il fraintendimento può verificarsi assolutamente al di là dell'intenzione consapevole e reale. Questi codici culturali ci costituiscono come persone, trasformati è estremamente delicato e complesso, a causa del costo psichico che implica mettere in gioco e rifondare il nostro stesso modo di essere. Le discussioni più accese nei condomini- dice la dott.ssa- sono dovute agli odori della cucina. Anche elementi semplici come gli odori ci toccano a livello profondo e inconscio, inducendo reazioni al di là del consapevole, tanto da venir

usate per alimentare propagande discriminatorie come quella antisemita, “la puzza dell’ebreo”. Questo aspetto, come si può intuire, tocca in prima persona gli operatori sociosanitari e verrà approfondito nel prossimo capitolo.

4. La cura e i suoi dispositivi. La posizione del curante

L’inconscio: riprendendo l’argomentazione introdotta dal paragrafo precedente verrà esposta una delle consapevolezze cui non può esulare un operatore sociosanitario. Se è vero che la relazione e la mediazione interculturale ha sempre a che fare con i nostri livelli più profondi, immediati ed inconsci, si fa necessario essere disposti a prenderne consapevolezza così da raggiungere veri risultati. La relazione transculturale ha sempre a che fare con l’inconscio che, per definizione, è “lo straniero dentro di noi”, ciò che non conosciamo di noi stessi e proiettiamo sullo straniero, soprattutto quando ha marche somatiche differenti. Si può davvero lavorare con lo straniero solo quando si accetta di lavorare con l’inconscio, il quale rema contro ciò che consapevolmente desideriamo. Compromesso difficile, in particolar modo per l’io, il quale fatica ad ammettere che l’inconscio fa parte di noi. Allo stesso tempo anche l’altro ci vede come straniero ed è carico di paure e diffidenze. Entrambi gli interlocutori coinvolti sono alle prese con i propri inconsci e proiezioni reciproche sull’altro, ma se si riesce ad entrare in contatto con le verità spiacevoli di sé stessi, metabolizzarli e superarli allora si può fare un effettivo lavoro transculturale. Apertura ed informazione, la curiosità per la cultura dell’altro sono sicuramente importanti ed imprescindibili, eppure davvero utili solo se si è disposti a riesaminare i propri modi di funzionamento culturale, i modi immediati di essere. Il pregiudizio è un funzionamento naturale della mente umana, avere delle preconoscenze risponde ad una esigenza di economia psichica, ecco perché accettare di mettere in discussione le proprie automatiche modalità di interpretare la realtà per avvicinarsi al funzionamento dell’altro, vuol dire accettare di rimanere “sguarniti” per un lasso di tempo. La dott.ssa ci riporta un episodio di fraintendimento culturale, che vede coinvolte un’operatrice e una ragazza nigeriana, la prima si interroga sul perché la seconda non la guardi mai negli occhi, temendo di non essere ascoltata o accettata, in quanto per la nostra cultura, guardare negli occhi l’altro significa porre attenzione alle sue parole e rispettarlo.

Per la ragazza nigeriana, invece, guardare negli occhi corrisponde ad un atteggiamento di sfida. Il problema non è la giusta interpretazione, ma sapere che, queste dinamiche, si incarnano sempre in un faccia a faccia. Questo fraintendimento nella relazione, ci svela l'ansia profonda dell'operatore, il quale lega quel comportamento alla distrazione. Grazie alla chiave culturale è possibile comprendere il perché si è fatto caso a quella a quel comportamento, in quella data situazione. La paura di non capirsi si supererà anche grazie ad un processo progressivo di familiarizzazione.

Ostacolo della lingua: l'ostacolo del registro linguistico non condiviso, nella comunicazione interculturale, getta l'operatore nell'ansia di non riuscire a comunicare, la quale va a coprire tutti i campi della relazione, risolvendo spesso di delegare il tutto al mediatore culturale. La De Micco ci ricorda, invece, che il ruolo del mediatore non deve divergere dal compito di traduzione e di raccolta di informazioni poiché la percezione di essere impossibilitati alla comunicazione è meramente illusoria. La lingua più efficace è quella che lega e traduce le emozioni, nel momento in cui non si comprende il registro linguistico ci si concentra ad intuire le emozioni dell'altro, la comunicazione emotiva inconscia, che più viene percepita dall'altro. Proprio perché si utilizza questo canale vi è la difficoltà di non riuscire a mentire e le emozioni vengono veicolate e percepite molto più intensamente, quasi in un eccesso comunicativo, da cui operatore e migrante si difendono con la mediazione. Anche il mediatore, percependo tutto questo bagaglio emotivo irrisolto, si ritroverà a doverlo metabolizzare. È sull'eccesso emotivo che bisognerà intervenire per la costruzione di una relazione transculturale.

Menti accoglienti: altro scoglio dell'operatore sociosanitario è la preoccupazione di non essere sufficientemente buoni o comprensivi, lo sforzarsi di nascondere ogni minimo elemento di paura e diffidenza verso l'altro. Questo vissuto, tuttavia, è incancellabile in quanto immediato e ha bisogno di essere avvertito e poi metabolizzato. È normale che anche l'oggetto delle nostre cure sia diffidente e spaventato e che, come molti fanno, per qualche tempo, desideri chiudersi nella sua stanza rifiutando il contatto come per proteggersi da esso. Gestire l'ansia di accoglienza, in questi primi momenti, è un processo delicato e che rischia di veicolare le emozioni inconscie non sufficientemente elaborate dall'accogliente.

Assorbimento del trauma cui si è investiti: i migranti, che arrivano alle porte delle strutture di accoglienza, sono portatori di una storia di migrazione che spesso si è svolta nel segno della violenza. Tanto più il soggetto è traumatizzato, maggiore sarà la sua difficoltà nel metabolizzare l'elemento psichico che verrà invece assorbito dalla mente accogliente. Virginia De Micco pone come esempio il primo contatto che le armate hanno avuto con i sopravvissuti ai campi di concentramento tedeschi, la domanda è chi tra i soggetti presenti riceve il trauma. La risposta che fornisce vede i soldati investiti da quel trauma che l'altro letteralmente incarna. Gli operatori sociosanitari sono quindi le persone, le menti accoglienti, che impattano con il trauma del migrante e vi reagiscono di conseguenza, creando le dinamiche di base per un lavoro in ottica trasformativa. Ecco che, la mente che ha più bisogno di essere aiutata a reagire in maniera non controproducente, è quella degli operatori. Un esempio consono è la Sindrome del Naufrago, che vede il sopravvissuto morire per un eccesso di cibo, a seguito di deprivazione alimentare durata giorni. In ambito transculturale, l'io accogliente, di fronte ad una deprivazione psico-affettiva evidente, sente l'istinto di soccorre con un eccesso di accudimento e nutrimento psico-affettivo; ciò avviene in risposta al bisogno di acuire l'angoscia, scaturita dalla vista di un altro da noi molto bisognoso. Tuttavia, come per la Sindrome sopra citata, il rischio è quello di ottenere tutt'altro che un miglioramento efficace. Diviene quindi doveroso dare, ma "con il contagocce", nonostante sia complicato accettare che, in quel momento, l'altro non riesce a tollerare del tutto l'operatore/l'altro.

Supervisione: nel contatto transculturale vi sono continuamente all'opera delle emergenze inconse. La supervisione, in un setting psicoanalitico, si fa essenziale nei centri di accoglienza, in particolare nell'equipe di operatori. Le menti accoglienti assorbono i vissuti che devono trovare spazi di purificazione e metabolizzazione, così da evitare che vengano espulsi all'esterno, sul sistema, così come i migranti lo riversano sull'operatore. Nella supervisione si sfrutta uno strumento centrale della cura, il gruppo, per curare la mente accogliente e far sì che ciò si riverberi anche sugli accolti.

Messaggi ambivalenti: le strutture del paese ospite agiscono, sui soggetti migrati, una pressione identitaria, la quale incastra gli operatori dell'accoglienza in modalità relazionali specifiche. Tale pressione rimanda a messaggi fortemente ambivalenti la cui

ambiguità si scarica sulle menti degli operatori. Il più evidente è lo stesso mandato istituzionale esplicitato dalle strutture, ovvero l'accoglienza per arrivare all'autonomia, anche se, nella realtà, si lavora per arrivare all'autonomia previo passaggio nella dipendenza. Tale intreccio di ambivalenze è particolarmente rilevante per gli MSNA (minori stranieri non accompagnati); questi ultimi sono reduci di un viaggio in cui hanno dovuto introdurre funzioni psichiche adulte, molto precocemente, ed una volta arrivati si vedono risospinti ad una condizione infantile poiché vi è la difficoltà del circuito istituzionale nel relazionarsi con i minori, uniformando l'idea occidentale di minore come legata esclusivamente all'età. Resta il diritto allo studio, anzi il dovere, senza lasciare spazio all'indipendenza dell'altro poiché potrebbe prendere delle decisioni che, secondo il nostro punto di vista culturale, non sono virtuose. Eppure, dal punto di vista di un ragazzo emigrato per lavorare e nutrire la famiglia, la scuola sembrerà un'imposizione ostile e non vi si dedicherà con convinzione. L'intreccio della dimensione dell'accoglienza e della dimensione del controllo genera frequenti lamentele tra i migranti per lo stare lungamente in attesa dei provvedimenti che decideranno del loro prossimo futuro.

4.1 Metodo complementarista

Nella clinica transculturale, Virginia De Micco evidenzia il significato del termine transcultura: essere disposti a passare attraverso un'area transizionale in cui collaborare per trovare nuove soluzioni. Non si tratta di due culture che banalmente comunicano, ma è la creazione di una terza modalità/livello, uno spazio, nuovo per entrambi, in cui incontrarsi. In questo spazio si coniano parole al fine di circoscrivere e dare un senso all'esperienza, il presupposto è accettare di entrare in un processo trasformativo dagli esiti incerti. Accompagnare l'altro in un'altra dimensione implica l'uniformarsi al passo dell'altro, come un adulto che supporta un bambino che sta imparando a camminare. La vicinanza consapevole e partecipe da parte dell'operatore, si fa così particolarmente efficace nella cura; la relazione può curare silenziosamente, testimonia il disagio derivante dal trauma migratorio e che per lungo tempo non può far altro che restare incorporato.

La clinica transculturale ci offre un metodo per rispettare nella relazione terapeutica la cultura di entrambi i soggetti, il curante e il curato. Si tratta del metodo complementarista messo a punto da Devereux; egli afferma che per comprendere il discorso del paziente non è sufficiente un solo registro, ma ne servono per lo meno due: nel suo caso (era uno psicoanalista) il registro psicologico e quello antropologico; i due registri vanno usati obbligatoriamente ma non simultaneamente. Il registro antropologico è indispensabile per comprendere gli aspetti culturali del discorso del paziente, e quello psicologico per comprenderne la sofferenza individuale del momento. Quando un registro non è più economico per spiegare il racconto del paziente è necessario passare all'altro, sarebbe errato ridurre l'uno all'altro, spiegare cioè in termini psicologici un aspetto culturale (per esempio connotare come delirio una eziologia tradizionale come quella evocata sopra del malocchio) piuttosto che ridurre la sofferenza psichica individuale a fattore culturale. Secondo Devereux non è necessario che il medico e/o lo psicologo conosca la cultura di appartenenza del suo paziente; è sufficiente che egli conosca l'importanza del fattore culturale nel discorso del suo paziente e che lo sappia usare come leva terapeutica. Il metodo complementarista può essere utilizzato non solo in campo psichiatrico e psicologico, ma anche in campo medico, nel lavoro dell'assistente sociale e in tutti gli altri settori di intervento, come quello dell'educatore professionale. In campo medico, nel caso di una malattia, per esempio la polmonite, la medicina occidentale permette di comprendere il sintomo, di individuarne la causa e di curarlo efficacemente. La nostra medicina non risponde però alla domanda di senso che il malato si fa: "Che senso ha che mi ammali proprio io, proprio adesso?" È nel proprio registro culturale che il paziente troverà risposte a questi quesiti. Le eziologie tradizionali sono, infatti, spiegazioni a cui ricorre un gruppo culturale per rappresentare un disordine, malattia, sventura, situazione di infelicità persistente. Spesso il disordine è considerato il risultato di relazioni disarmoniche tra il mondo invisibile e il mondo visibile. Alla causa della malattia è sempre associato il senso (ad es. il volere degli antenati). Vi è il concetto di Maraboutage (Dall'arabo marbù – legare): imporre sul corpo di qualcuno la volontà di qualcun altro. Alcune teorie eziologiche tradizionali sono:

Il Bambino antenato: La malattia di un bambino è dovuta al ritorno tra gli esseri umani di un antenato tramite il bambino a causa di una colpa di cui ci si è macchiati. Guaritore: ripristino della comunicazione con il mondo degli invisibili, rituali.

Possessione: sintomi depressivi, apatia, isolamento, disturbi locomotori, mutismo, problemi cutanei, dolori articolari, sensazione di avere un peso che grava sulle sue spalle, testa pesante. Il soggetto che si isola (comportamento grave) ha rapporti con il mondo invisibile. Non è più padrone di sé stesso, ma legato dagli antenati che lo posseggono.

Jinn: In tutta l'area del Maghreb è diffusa la credenza negli spiriti jinn. I jinn o djin sono esseri soprannaturali che appartengono al mondo dell'invisibile e che vivono anche nel mondo "inverso": la notte, la savana, la foresta, il deserto, l'immondizia, le fognature; hanno sembianza umana e possono essere sia maschi che femmine; s'impadroniscono del corpo e del funzionamento psichico della persona allo scopo di ottenere qualcosa, ad esempio un sacrificio o un altare, ecc.

Il Susto: è una malattia attribuita a un evento terrorizzante che causa la fuga dell'anima dal corpo, causando infelicità e malattia. Sintomi: tensione nelle principali situazioni sociali, alterazione dell'appetito, sonno insufficiente o eccessivo, sonno turbato o sogni angosciosi, sentimenti di tristezza, mancanza di motivazione a fare le cose, e sentimenti di bassa autostima, dolore e dolenzia muscolare, mal di testa, mal di stomaco. Le cure rituali sono concentrate sul fatto di richiamare l'anima nel corpo e di purificare la persona al fine di ristabilire l'equilibrio corporeo e spirituale. Le diverse forme di Susto possono essere collegate ai Disturbi Depressivi Maggiori, al Disturbo Post Traumatico da Stress, e ai Disturbi Somatoformi.

L'utilizzo del registro antropologico servirà dunque al medico per comprendere il senso che il paziente attribuisce alla sua malattia, se egli sarà in grado di fare questo, potrà costruire una più solida alleanza terapeutica che renderà più facile curare il disturbo. Quando un medico non è in grado di tener conto di questi due livelli, spesso accade che i pazienti accettino di prendere le medicine e di seguire le prescrizioni mediche, ma a casa, poi, non lo facciano. Vorrei portare un esempio preso dalla pratica clinica all'Ospedale San Paolo, presentato da Maria Luisa Cattaneo, psicologa e psicoterapeuta. Un giorno, in un colloquio di accoglienza, ha incontrato una signora (veniva dall'Ecuador) che stava male per varie ragioni (non aveva lavoro, non riusciva a mandare a casa i soldi per i figli, viveva in una casa in cui non si trovava a sua agio ecc.), voleva parlare con lei della sua sofferenza; si descriveva e appariva triste e depressa, non riusciva a dormire da molto tempo, non aveva energie per fare nulla, stava a letto per molte ore della giornata e si

lamentava che in questo stato non riusciva ad attivarsi per cercare un nuovo lavoro. Sembrava in uno stato di grave depressione, e le è stato chiesto se fosse disposta a parlare con lo psichiatra, che poteva darle qualche medicina per aiutarla a ritrovare un po' di energie, ed affrontare meglio la situazione. Mi ha risposto di no, che sarebbe stato molto pericoloso e davanti al mio interessamento mi ha raccontato che continuava a pensare che quello che le stava succedendo fosse fortemente influenzato da "qualcosa", una fattura, che la cognata stava facendo al paese di origine contro di lei. Quindi aveva attivato sua madre, al proprio paese, perché cercasse di comprendere che cosa stesse accadendo e si facesse dire da un guaritore come neutralizzare gli effetti negativi delle azioni della cognata. Non aveva bisogno dello psichiatra, ma piuttosto della ginecologa: non aveva le mestruazioni da qualche mese e credeva di avere un tumore all'utero a causa della fattura fattale. Doveva appurare urgentemente, attraverso la visita ginecologica, se avesse davvero un tumore. Se l'esito fosse stato positivo avrebbe significato che tale fattura era molto potente e se avesse preso le medicine eventualmente prescritte dallo psichiatra sarebbe morta. Solo tenendo conto di queste rappresentazioni culturali della sua situazione, insieme con la ginecologa, la Cattaneo ha potuto aiutare questa persona e stabilire con lei un'alleanza terapeutica

4.2 Il dispositivo terapeutico del gruppo multiculturale

Di seguito verrà descritto in che modo viene organizzato, nella clinica transculturale, il setting, che in questo caso è un setting psicoterapeutico. In particolare, quello della consultazione transculturale attiva nel Servizio di psicoterapia per il bambino e l'adolescente dell'Ospedale Avicenne, a Bobigny, alla periferia di Parigi, diretto da M. Rose Moro. La consultazione avviene in una grande stanza, vi sono i terapeuti che costituiscono il gruppo (dai dieci ai venti), seduti in cerchio, sono di diversa origine culturale (ossia vi sono terapeuti che provengono dall'Africa e dall'Asia e che sono iniziati al discorso antropologico). Uno dei terapeuti ha la funzione di terapeuta principale ed è colui che dirige la seduta e gestisce l'andamento della comunicazione del gruppo, mentre gli altri terapeuti producono svariate ipotesi interpretative del malessere della famiglia. Inoltre, c'è l'interprete che ha il compito di tradurre il più fedelmente possibile. La famiglia è normalmente accompagnata da alcune persone dell'équipe curante

(l'assistente sociale, il medico, il pediatra, l'educatrice) che seguono il ragazzo o la famiglia negli ambiti territoriali di residenza. Infine, fanno parte nell'équipe anche persone in formazione. Il terapeuta principale riceve la famiglia e presenta ciascun membro del gruppo. Ha la funzione fondamentale di gestire la comunicazione, ossia è lui che dà la parola alla famiglia, ai co-terapeuti e all'interprete. Gli altri terapeuti parlano rivolgendosi a lui e utilizzano la terza persona per parlare del paziente o di un membro della famiglia, per esempio: "Davanti al racconto della signora mi è venuto in mente che..." Il terapeuta principale può decidere di riformulare il discorso del co-terapeuta o dire al traduttore di tradurre solo una parte. La sua funzione è quella di regista della consultazione e di filtro rispetto al paziente e alla sua famiglia dei controtransfert dei co-terapeuti. Uno degli aspetti fondamentali di questo dispositivo tecnico è che il paziente, anche se conosce il francese, può avere la possibilità di parlare nella propria lingua, magari nei momenti di maggiore intensità emotiva. I co-terapeuti propongono ipotesi o immagini, il messaggio implicito è che tutte sono rappresentazioni possibili del disagio che il paziente prova e che all'interno di esse può scegliere quelle che gli sono più congruenti, che gli servono a sentirsi autorizzato a produrre anche la sua: "Qualcuno mi ha fatto il malocchio", "Non ho nominato bene mio figlio", "Sono stato attaccato da un djinn". Rappresentazioni ed eziologie segnate da culture altre rispetto a quella occidentale possono essere espresse solo in un contenitore che le autorizza, che sia in grado di gestire in modo costruttivo la diversità culturale. In questo setting una funzione delicata e importante è quella dell'interprete; egli deve tradurre nel modo più fedele possibile sia il terapeuta che il paziente, e rendere anche gli aspetti connotativi della lingua. Per esempio, una volta un interprete di una lingua africana durante una seduta diceva che la parola tristezza non esisteva nella sua lingua e che per renderne il senso bisognava usare una perifrasi del tipo "ho il cuore secco". Le sedute durano circa un'ora e mezza o due ore a seconda dei casi. Secondo Marie Rose Moro il gruppo ha diverse funzioni. A livello generale funziona come tutti i gruppi, come sostegno e contenimento del bambino e della sua famiglia. Si può individuare inoltre un livello culturale; nelle società tradizionali l'individuo è pensato in interazione costante con il suo gruppo di appartenenza, di qui l'importanza del gruppo nelle situazioni di cura. Il gruppo costringe i terapeuti a rispettare le teorie eziologiche tradizionali, i modi di fare e di comunicare di ogni gruppo, per esempio per l'Africa non fare domande dirette sulla vita del bambino e sulla vita della

famiglia, è maleducato e traumatico per la famiglia già fragilizzata. Si possono usare numerosi riferimenti culturali: le rappresentazioni culturali della malattia, i differenti sistemi di parentela, la natura del bambino e altro. Si usano correntemente detti, proverbi, modi di dire. La tecnica di dare la parola all'équipe curante e ai membri della famiglia presenti permette di rispettare l'uso di parlare su, piuttosto che di porre domande. Il trattamento collettivo delle malattie permette inoltre un compromesso tra una eziologia collettiva e familiare del male e una eziologia individuale. Il gruppo rispetta dunque le modalità culturali dello scambio e della cura e partecipa alla co-costruzione di un senso culturale condiviso dal paziente e dai terapeuti. Secondo Nathan, per la sua somiglianza a pratiche tradizionali, il gruppo terapeutico costituisce un contesto a "metà strada", ibrido, adatto a fornire un contenitore alla sofferenza di un paziente che si trova sempre, poco o tanto, in situazione di acculturazione (nel mezzo). Questo fatto è percepibile in alcune formulazioni dei pazienti "qui siamo come in famiglia" o anche "più punti di vista si esprimono meglio..." Come se la presenza del gruppo gli ricordasse l'assemblea dei paesi arabi o le chiacchiere africane sulla piazza del villaggio. Inoltre, il gruppo media la relazione fra terapeuta principale e il paziente lasciando che le eziologie tradizionali si svolgano fino alla evocazione della vita privata e profonda del soggetto. Non si può comprendere nulla sul funzionamento delle eziologie tradizionali se non si tiene conto del fatto che esse sono formulabili solo in gruppo e sempre in modo interrogativo. Una terza funzione del gruppo poliglotta indicata da Marie Rose Moro è quella di permettere la elaborazione dell'alterità; esso è materializzazione stessa dell'alterità, e la trasforma in leva terapeutica. A una rappresentazione culturale di qui, per esempio, corrisponde un mito di là, un rituale in un altro luogo, e infine un fantasma individuale del paziente. Queste particelle di alterità materializzate dai membri del gruppo e rappresentate nello spazio permetteranno alla famiglia di sperimentare una forma di alterità rappresentabile e creatrice. Il meticciamiento (degli uomini, delle teorie, dei modi di fare) è un fattore implicito del dispositivo. Questo processo di elaborazione dell'alterità in sé, dell'alterità del gruppo familiare venuto da altrove, a cui il setting costringe, è fondamentale nella misura in cui ogni migrante, e ancora di più ogni bambino di migranti in una situazione di sofferenza è costretto a fare questo lavoro connaturato all'esilio e all'iscrizione in un altrove. Anche Nathan sottolinea la funzione che il gruppo ha di rendere possibile la rappresentazione dell'alterità. "Quando si comincia a penetrare il funzionamento dei

sistemi eziologici tradizionali, ci si rende subito conto che tali sistemi, destinati a gestire mediazioni tra universi (per esempio tra il mondo della vita ordinaria e il mondo 'straordinario' degli esseri soprannaturali) non funzionano affatto nel colloquio a due con il paziente. Per esempio, è impossibile dire a un paziente: 'Lei è posseduto da un djinn'. Ma è perfettamente possibile far circolare la parola all'interno di un gruppo lasciando apparire degli enunciati quali: 'Da noi in Algeria, in un caso simile sarebbe stato consultato uno cheikh...' (specialista di djinn)." (T. Nathan, 1996) È indispensabile che il paziente sia circondato da un gruppo per: permettere una circolazione interrogativa della parola, convalidare le sue percezioni e sensazioni, proteggerlo dai sospetti di stregoneria che proverà necessariamente verso colui che utilizza simili tecniche. Inoltre, i pazienti immigrati sono impegnati in un complesso processo di demarcazione del medesimo e dell'altro. Ecco perché è necessario che in questo gruppo siano presenti non solo soggetti culturalmente identici, ma anche soggetti simili, e soggetti altri. Nathan parla inoltre di alcune funzioni "dinamiche" del gruppo: il gruppo permette un discorso sul paziente che non lo fissa in una rappresentazione univoca (di tipo diagnostico), ma consente uno svolgimento caleidoscopico delle interpretazioni. Permette cioè di far circolare e di mettere a disposizione una moltitudine di interpretazioni esplicitandone sempre i referenti; quale che sia la situazione clinica in esame, il gruppo assicura una funzione di sostegno psichico e culturale. Consente infatti la circolazione di eziologie apparentemente "irrazionali", senza umiliare il paziente e senza costringere il terapeuta alla condiscendenza; come un "oggetto attivo" il gruppo decostruisce la rappresentazione che il paziente desidera offrire del proprio disturbo attraverso una sorta di bombardamento semantico di grande valore affettivo. Tutto accade in un certo senso come se ogni co-terapeuta si impossessasse di un frammento della problematica del paziente e lo elaborasse per proprio conto davanti a lui. Quando infine il terapeuta principale enuncia la sua proposta il paziente si vede presentare una nuova riorganizzazione dei suoi elementi strutturati a partire dall'esperienza vissuta in gruppo (T.Nathan ,1996). Alcuni tra gli indicatori che permettono di dire che un caso necessita di una tecnica grupale sono: la presenza di elementi culturali particolarmente evidenti nelle rappresentazioni dei pazienti, circa la loro sofferenza e la loro situazione, l'incidenza del trauma migratorio all'origine della sofferenza del paziente, la constatazione che gli strumenti terapeutici classici non sembrano portare a una alleanza terapeutica e non

determinano mobilità psichica nei pazienti. In questi casi il gruppo transculturale è il luogo elettivo nel quale rievocare l'evento migratorio, il significato che esso ricopre per la famiglia e per i figli. Queste sono alcune indicazioni forti per un invio alla consultazione transculturale. Marie Rose Moro chiama il dispositivo utilizzato dalla sua équipe dispositivo a geometria variabile, intendendo con questo termine che al trattamento gruppale della famiglia possono essere affiancati altri tipi di trattamento per il bambino o per l'adolescente, e per altri membri della famiglia se lo si ritiene necessario. Per esempio, un adolescente può essere visto insieme alla sua famiglia all'interno del dispositivo transculturale, e può, contemporaneamente, frequentare un gruppo di psicomotricità o partecipare a un gruppo di psicodramma. La dimensione gruppale della clinica transculturale ci ha aiutato a sviluppare altre modalità di approccio alla sofferenza delle donne che si rivolgono ai Centri di salute e ascolto per le donne immigrate e i loro bambini negli Ospedali S. Paolo e S. Carlo di Milano. Ci si è resi conto che il disagio psicologico delle donne spesso non viene formulato direttamente. Molto più frequentemente la donna si rivolge alla ginecologa esprimendo un disagio complessivo: "Mi fa male tutto il corpo". Questa situazione di male diffuso è frequente nella migrazione. In questi casi presso l'Ospedale San Paolo è stato messo a punto un metodo di lavoro che chiamiamo consultazione congiunta: la ginecologa o l'ostetrica dà le proprie prestazioni e poi dice alla signora una frase del tipo: "Lei mi parla di una serie di situazioni rispetto alle quali sento il bisogno di confrontarmi con una mia collega esperta, che può aiutarmi a rispondere meglio alle sue domande". È la ginecologa (o l'ostetrica) che chiede la presenza della psicologa durante il colloquio e si fanno, quindi, colloqui congiunti con la ginecologa o l'ostetrica, la psicologa, la mediatrice culturale e la signora. Questo permette di condurre una situazione che altrimenti la ginecologa non saprebbe come gestire; d'altra parte, la paziente non andrebbe dalla psicologa. Di solito sono sufficienti due o tre incontri di consultazione congiunta. Poi se si riscontrano problemi particolarmente importanti e la signora è disponibile ad approfondire le motivazioni del suo disagio, è possibile che le consultazioni con la psicologa si prolunghino nel tempo. La figura della mediatrice culturale è particolarmente utile, perché fonte di rassicurazione. Di solito le donne hanno un transfert positivo nei suoi confronti perché appartiene al loro paese di origine; viene investita di fiducia e vista come intermediaria con i "bianchi", di cui non si sa mai bene fino a che punto ci si possa fidare. La mediatrice culturale svolge

il suo compito a diversi livelli. La sua prima funzione è di tradurre nel modo più fedele possibile quello che dicono medico e paziente, senza aggiungere o togliere niente. Una seconda funzione riguarda l'aiutare il medico e il paziente a individuare gli elementi culturali che in qualche modo disturbano la comunicazione e sui quali non ci si capisce. Per esempio, per quanto riguarda le donne arabe è stato chiesto alle ginecologhe di essere più affabili nella comunicazione non verbale; infatti, le donne davanti all'atteggiamento professionale dei nostri medici, gentili ma un po' formali e distanti, si sentivano trattate male e non tornavano alle successive visite. La mediatrice culturale è una donna immigrata, che ha un certo livello di scolarità e ha seguito un percorso di perfezionamento, ha acquisito una professionalità e si inserisce, come professionista, nei servizi. Non tutti gli immigrati possono diventare mediatori o mediatrici culturali, come spesso invece succede in modo improvvisato. Si ritiene che l'essere straniera sia una caratteristica fondamentale per diventare mediatrice o mediatore culturale. La mediazione culturale non si può imporre ma solo proporre. Nella maggioranza dei casi è accolta molto positivamente, ma a volte non viene utilizzata, soprattutto nei casi di interruzione di gravidanza, quando questa scelta non è ammessa nella cultura di origine; probabilmente in questi casi la mediatrice culturale viene rifiutata perché presentifica la cultura di origine che sanziona quel comportamento, anche se a livello personale è molto accogliente.

Il quadro teorico della clinica transculturale offre strumenti utilissimi, che possono essere applicati in diversi contesti, con i necessari adattamenti alle singole situazioni. La diffusione di una cultura condivisa sull'approccio transculturale ha un impatto sociale importante perché permette di costruire gradualmente una rete di servizi che utilizzano un linguaggio comune, benché ognuno conservi la propria specificità. Gli ospedali, i consultori familiari e pediatrici, i servizi sociali, gli asili nido, le scuole, sono gli ambiti in cui possono essere favoriti processi di integrazione che rendano possibili convivenze pacifiche fra le persone che vengono da culture diverse. In questi ambiti può essere svolta una cruciale funzione di prevenzione del disagio e della sofferenza. Poiché la clinica transculturale è un cantiere in costruzione non possiamo aspettarci di trovare ricette preconfezionate da applicare nel nostro ambito di intervento, ma siamo sollecitati a provare nuove strade e inventare nuove modalità di cura e di prevenzione.

5. Minori in comunità e progetto

La comunità (psico)educativa Anania, situata in Ancona, dove ho svolto il tirocinio del terzo anno, può essere un valido esempio delle realtà cui si trovano di fronte gli educatori professionali nel proprio lavoro. La struttura ospita adolescenti dai 14 ai 18 anni; in quel periodo 9 minori, residenziali, più due utenti del diurno seguiti nel pomeriggio, il servizio prevede inoltre possibilità di progetti, per ragazzi in messa alla prova, successivi alla maggiore età. Dei 9 minori residenziali, due, di origine turca, avevano avuto accesso con l'adesione, della comunità, al progetto SIPROIMI, mentre degli altri, quattro erano migranti di seconda generazione. Come si può facilmente constatare, la percentuale di utenti stranieri supera ampiamente quella di utenti di origine italiana.

Il progetto SIPROIMI

Sistema di Protezione per i titolari di Protezione Internazionale e per minori stranieri non accompagnati, sostituisce il precedente sistema SPRAR (Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati) ed è costituito dalla rete degli enti locali che, per la realizzazione di progetti di accoglienza integrata, accedono, nei limiti delle risorse disponibili, al fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo. A livello territoriale gli enti locali, con il prezioso supporto delle realtà del terzo settore, garantiscono interventi di accoglienza integrata che superano la sola distribuzione di vitto e alloggio. I progetti SIPROIMI (ex SPRAR) ora divenuti SAI, infatti, prevedendo in modo complementare anche misure di informazione, accompagnamento, assistenza e orientamento, attraverso la costruzione di percorsi individuali di inserimento socioeconomico.

Ecco che la realtà della migrazione e delle problematiche che, come abbiamo visto sono ad essa correlate, si fa sempre più presente sul territorio e nell'ambito di lavoro dell'educatore. Nella pratica, per gli operatori che non sono abituati a questo genere di

utenza, l'impatto dei primi mesi si fa sentire in maniera piuttosto pesante. Come l'approccio della clinica transculturale insegna, lo strumento gruppale della supervisione è fondamentale affinché l'equipe non collassi di fronte alle problematiche e ai vissuti suscitati dall'incontro con il nuovo diverso da noi. Ad Anania, tale strumento era utilizzato regolarmente e sono testimone dell'effettiva importanza che ha avuto in quel percorso. Lo scontro tra idee e valori si faceva molto più profondo con i due utenti del progetto SIPROIMI che non con gli altri, i quali, vissuti da sempre in Europa, condividevano, almeno in parte, i fondamenti della nostra cultura. Nel primo caso infatti, la cultura fortemente maschilista di cui erano portatori non faceva che provocare in noi operatrici di sesso femminile, un vissuto tutt'altro che piacevole. I continui attacchi, la mancanza di considerazione, l'incessante svalutazione del nostro ruolo come professioniste era non solo demoralizzante, ma almeno nel mio caso, innalzava al massimo i livelli di rabbia. Questo ed altri comportamenti che sviavano dalle consuetudini più elementari della nostra cultura tradizionale sono stati duri scogli da affrontare. Conoscere e fare i conti con le mie emozioni, capirne la provenienza e la ragione che le aveva provocate, è stato il primo modo con cui ho potuto mettere da parte quel risentimento che esacerbava i rapporti ed instaurare infine una relazione soddisfacente. Il secondo pensiero è stato il comprendere il peso culturale presente negli atteggiamenti che essi ci rivolgevano. Il prendere consapevolezza del contesto di crescita dei due ragazzi e arrivare a comprenderne le dinamiche, senza condannarle, è stata un'esperienza dura ma che sicuramente ha ripagato gli sforzi, almeno in parte. Con ciò non voglio veicolare il messaggio della completa accondiscendenza con cui potevano essere accolti quegli atteggiamenti, ma piuttosto che quella crescita personale ha permesso di instaurare un dialogo di confronto molto più costruttivo. Il sostegno dell'equipe in tutto ciò è stato davvero fondamentale.

Ad inasprire il tutto vi era la difficoltà di comunicazione, i due utenti, appena arrivati, parlavano solo turco e a malapena un po' di francese, successivamente sono stati inseriti in un progetto scolastico al fine di imparare la lingua e poter andare così a lavorare, desiderio di entrambi. Grazie alla presenza di due utenti con la stessa lingua madre era possibile riuscire a comunicare in maniera più agevole nel quotidiano, mentre per le comunicazioni ufficiali veniva chiamata la mediatrice culturale. Nonostante vi fosse l'ausilio dei due ragazzi, nella traduzione risultava comunque preferibile la

comunicazione gestuale o il supporto del traduttore telefonico in quanto l'utente non formato nella mediazione culturale, riportava il messaggio arricchito di parole proprie e commenti che non favorivano rapporti pacifici. Quest'ultimo elemento è espressamente condannato dalla clinica transculturale come controproducente, indicando come efficace un mediatore culturale che comprende la sensibilità con cui è necessario condurre quella transazione tra i due interlocutori. Grazie a ciò che viene detto nei capitoli precedenti mi è possibile comprendere i ricordi di quei giorni, nel momento della prima accoglienza vi è stata quella chiusura iniziale data dalla diffidenza e dal cambio di contesto che i due utenti si sono trovati ad affrontare, dopo tre mesi di residenza in una struttura di accoglienza nel sud Italia, subito dopo essere approdati a bordo di un barcone. La storia di migrazione, presente nella cartella, veicolava contenuti forti, un po' come tutte le storie di vita degli utenti che si ritrovano nelle comunità, ma vedere tradotte in testimonianze ciò che fino a quel momento erano solo dati o notizie sentite al telegiornale ha reso il fenomeno molto più concreto ai miei occhi.

Nella scelta del progetto più consono da realizzare nel contesto comunitario della struttura, non potevo fare a meno di cogliere quella fragilità che anima ogni adolescente e che gli utenti della stessa età, portatori di vissuti traumatici, sentono molto più intensamente. Vittime di abusi, abbandoni, maltrattamenti ed anche di migrazione, la componente culturale è solo un'aggiunta che, tuttavia, alimenta notevolmente la sensazione di disorientamento e la fragilità che ne deriva. Lo scontro tra la cultura esclusivamente familiare e quella sociale, che i nati in Italia da famiglia straniera si trovano a dover conciliare, genera quel disorientamento di cui sopra. Esso è dato anche dalla poca voce che questa categoria di utenti dà alle tradizioni familiari, la stessa cultura legata al cibo era zittita totalmente a favore di quella autoctona, come a non volerla toccare, sentire, ricordare. Eppure, il desiderio di accedervi veniva manifestato a volte, nella relazione il dialogo poteva condurre al desiderio di assaporare il profumo di casa, quel piatto che veniva cucinato dalle nonne, dalle mamme nei giorni di festa. Anche per i due ragazzi recentemente immigrati, del progetto SIPROIMI, il cibo ricopriva un ruolo importante, essi nelle prime settimane disdegnarono del tutto le ricette italiane, volendo invece cibarsi esclusivamente con piatti che vedevano fare in casa. Ricordare le origini, esserne testimoni fieri, onorare in questo modo le proprie tradizioni, i genitori e la propria storia...questo il significato dietro quel rifiuto che, prima di documentarmi

accuratamente, in comunità destava dispiacere e sconcerto. Piano piano, rispettando questi tempi di adattamento, i due utenti hanno espresso i primi segni di avvicinamento agli operatori e agli altri utenti, volontà manifestatesi sotto forma di offerta del cibo da loro cucinato. Mi è parso allora evidente il valore del cibo per questi utenti, il momento del pasto era un tempo di riunione e condivisione della propria giornata, la discussione di temi importanti, il luogo che più rappresentava il clima familiare durante la giornata. La modalità più efficace anche, per mostrare sé stessi e la propria origine alla nuova comunità. Questa riflessione ed altre che però esulano la tematica, sono state le ragioni che mi hanno spinto a pianificare il progetto educativo, compito da portare avanti nel tirocinio.

Il progetto da me ideato ed attuato durante il tirocinio, quindi, era nato dalle riflessioni suscitate in seguito alle osservazioni della vita quotidiana, riferita però a ciascun utente e dalle criticità circa le dinamiche di gruppo insorte in seguito all'arrivo dei due utenti stranieri, i quali, portatori di problematiche proprie, hanno comportato una forte attivazione soggettiva in ogni utente tale da rendere arduo il lavoro degli operatori e minare in maniera importante la sicurezza e la tranquillità degli utenti in struttura; emergeva, inoltre, la chiara difficoltà della maggioranza degli utenti di riuscire a canalizzare la propria determinazione in obiettivi a loro cari, che restano invece in disparte e rafforzano la disistima nelle proprie capacità. Ancora si sottolineava lo scarso senso di responsabilità e di interesse nei confronti dello stato d'animo e del lavoro altrui.

Lo scopo principale era, tuttavia, quello di far compiere un passo decisivo verso l'integrazione e l'acquisizione di un punto di vista altro anche culturale, far sì che ogni utente potesse far conoscere le proprie origini e che tramite questo primo passo potesse iniziare ad accettarle pienamente. Tale attività si inseriva in un progetto da poco avviato in cui l'utente K., di quasi 18 anni, al fine di guadagnare la quota necessaria per il conseguimento della patente, si era impegnata ad accompagnare una volta alla settimana i due minori stranieri, di origine tunisina, a fare la spesa, a far conoscere loro la città di Ancona e a cucinare un piatto tipico della loro cultura. È stata creata una tabella in cui ogni utente avrebbe potuto prenotarsi a propria discrezione, così da poter preparare, nel giorno stabilito dall'equipe, e affiancato dall'educatore, una pietanza specifica della

propria cultura o che fosse semplicemente di suo gusto, la quale avrebbe accompagnato il pasto principale. Ciò anche tenendo conto dei passi precedenti alla singola preparazione della ricetta, quali la fase di progettazione e il reperimento degli ingredienti cui l'utente aveva parte attiva. Il giorno della settimana, dedicato ai due utenti del progetto SIPROIMI, era stato perciò lasciato alla guida di K. così che potesse rispettare il suo impegno. K. ha portato avanti questo progetto fino alla fine dei termini stabiliti dall'accordo con i servizi, mentre per gli altri la possibilità di parteciparvi era ogni due, così da lasciare il tempo di pensare il piatto, prendere l'iniziativa e organizzarsi con gli impegni, agli operatori di inserire gli ingredienti del menù nella lista della spesa e prendere in considerazione i vari impegni. Nella fase di attuazione la difficoltà maggiore è derivata dall'abituare gli utenti all'uso della tabella, dal far rispettare i giorni concordati, dal mantenere viva l'iniziativa nel cucinare un piatto tipico nonostante la maggiore strutturazione e richiesta di impegno nel procedimento.

La finalità del progetto: miglioramento qualità della vita e raggiungimento del massimo grado di autonomia.

Gli obiettivi che avevo allora delineato sono:

1. Rafforzamento relazione educativa (breve termine: 3 mesi ca.);
2. Raggiungimento di una nuova consapevolezza circa le particolarità di ogni cultura e la visione derivante da essa, della complessità insita in ciascun individuo (breve/medio termine: 3/4 mesi);
3. Responsabilizzazione (medio termine: 4/6 mesi ca.);
4. Incremento autostima (medio termine: 4/6 mesi ca.)- tramite l'espressione di sé e la portata a termine di un impegno.

Partner coinvolti:

- Utente;
- io, in qualità di tirocinante;
- educatore, qualora sia ritenuto opportuno;
- K.;

Aiuti e risorse interni ed esterni ai servizi:

Interni: operatori, cucina attrezzata, sala da pranzo, budget per spesa.

Esterni: autobus, supermercato nei pressi della struttura.

Spazi: spazio sulla parete per appendere la tabella, ufficio per la consultazione degli educatori, percorso fino agli alimentari, cucina, dispensa, sala da pranzo.

Costi: variabili in relazione agli alimenti acquistati, il necessario per utilizzare gli strumenti in cucina quali acqua, gas, luce.

I soggetti che in quei mesi avevano partecipato al progetto sono stati principalmente A., M., i due ragazzi tunisini (Ma. e W.) e K.; ho potuto osservare l'evolvere della relazione con me, compagna di un compito non semplice per dei ragazzi giovani non abituati al fare con le proprie mani. Soprattutto con A. e Ma. ho rafforzato la relazione, condiviso episodi e dialoghi significativi per entrambi, i due utenti sono arrivati ad affidarsi al di fuori del mio ruolo di tirocinante, comportandosi come se fossi in tutto e per tutto una figura di ruolo, rivolgendo richieste e credendo alle mie risposte; anche Ma. (del progetto SIPROIMI) con il suo comportamento irruento e aggressivo, avendo condiviso esperienze ed emozioni ha instaurato una relazione, forse transferale, con me ed è stato più incline ad ascoltare le mie parole che quelle altrui, nei momenti di maggiore attivazione.

Con W. e K. ho approfondito una relazione altrimenti superficiale e non fondata sulla fiducia, W. mi sembra si sia sentito accolto e supportato perché ha schiuso la sua indifferenza a sorrisi sinceri ed espressioni gentili, in cucina e nei momenti in cui ci siamo trovati a svolgere commissioni in autonomia.

Durante la preparazione dei pasti gli utenti parlavano piacevolmente delle caratteristiche della propria cultura e alimentazione tipica, da lì spesso si spaziava fino alle tradizioni e al sistema valoriale particolare di ognuna, alle difficoltà nell'aderire ad alcuni aspetti di essa. Ascoltavano anche con attenzione l'interlocutore ma frementi nel voler condividere altro di sé.

I piatti preparati non sono mai stati denigrati dagli utenti, questa era anche la paura che ha fatto desistere alcuni dal provare a cucinare, che fossero di cattivo gusto veniva manifestato lasciando il cibo e non prendendone ancora, il tutto molto rispettosamente. Gli educatori hanno giocato un ruolo importante in quest'ultima dinamica poiché si facevano portatori di espressioni di curiosità e lode verso ricette profumate e originali tali da far desistere le critiche.

Alcuni episodi, avvenuti dopo qualche tempo dall'inizio del progetto, hanno dimostrato come il grado di tolleranza verso i comportamenti disfunzionali dei due stranieri sia grandemente aumentato, le ragazze che più spesso rispondevano ad agiti importanti ora guardano quegli stessi comportamenti con altri occhi. Toccare con mano le differenze, che una semplice ricetta lascia intuire, circa il tessuto culturale dell'altro ha fatto sì, unite a numerosi colloqui con gli educatori, che degli atteggiamenti denigratori, fastidiosi e irrispettosi venissero considerati con maggior leggerezza. Questa prospettiva differente ha interessato anche altre angolazioni del vivere sociale in struttura, nei discorsi affrontati ai gruppi sorti spontanei gli utenti hanno ripreso il concetto di relativismo culturale applicandolo ad altre tematiche.

Circa l'obiettivo dell'incremento della responsabilità non si è potuto osservare molti miglioramenti, i soggetti hanno fatto fatica ad aderire al progetto, si mostravano più partecipi qualora avessero potuto avere un riscontro nei loro interessi, spesso venivano spronati invano o si attivavano solo al momento della preparazione pratica del piatto. Il motivo della mancata partecipazione di molti sembrava risiedere nella paura di essere giudicati dagli altri, nella mancanza di iniziativa e prosecuzione nell'impegno, nonché in una certa fierezza nel dichiarare di voler continuare a decidere di cucinare qualcosa solo il giorno stesso. Spesso chi ha prendeva l'impegno non lo rispettava perché insorto un interesse dell'ultimo momento o per vera e propria mancanza di voglia. Gli utenti che cucinavano il pasto si mostravano, non più accorti nello sporcare, ma maggiormente volenterosi nell'aiutare chi si trovava a riordinare sala e cucina.

Sembra che, con il passare del tempo, abituandosi al procedimento necessario per svolgere l'attività, esso sia maggiormente utilizzato, ma con pochi cambiamenti.

Gli utenti che partecipavano all'attività manifestavano gradualmente maggiore tranquillità, padronanza dei propri movimenti e dell'abilità manuale necessaria. Si prestavano più volentieri ad altre attività che in giornata potessero interessare la cucina dando seguito ad ulteriori occasioni di scambio relazionale.

L'incremento dell'autostima sembra essere stato raggiunto in questo versante, poiché i soggetti si sono mostrati fiduciosi di esprimersi nella relazione e sperimentarsi senza riserve, rimane ad oggi incompiuta l'area della responsabilizzazione correlata all'autostima poiché la premessa è, come sopra, mancante.

Bibliografia

1. Cecilia Eldestein, aspetti psicologici della migrazione al maschile e differenze di gender. 2003
2. Fisher Janina, Guarire la frammentazione del sé. Come integrare le parti di sé dissociate dal trauma psicologico. Raffaello Cortina Editore, maggio 2016.
3. Iacolino C., Il trauma psicologico. Nuove frontiere di ricerca (settembre 2018).
4. Marie Rose Moro, Bambini di qui venuti da altrove. Saggio di transcultura. Franco Angeli, 2005
5. Marie Rose Moro, Quitterie De La Noe, Yoram Mouchenik , Manuale di psichiatria transculturale. Dalla clinica alla società. Franco Angeli, 2009.
6. Nardi B., Organizzazione di personalità: normalità e patologia psichica. Itard, 2020.
7. Pizza G., (2005), Salute e Malattia: una coppia ambigua, in Pizza G. (2005) "Antropologia Medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo", Carocci, Roma.
8. Quaranta I., La trasformazione dell'esperienza. Antropologia e processi di cura, Antropologia e Teatro. (2012).

9. Virginia De Micco, Dal Trauma alla Memoria. Il 'gruppo interno' tra origine e appartenenza in bambini migranti. 2004
10. Virginia De Micco, Il doppio corpo degli adolescenti migranti. 2019
11. Virginia De Micco, In fondo al mare e attraverso le terre: migrazioni fra trauma collettivo e rinascita individuale. 2015
12. Virginia De Micco, Le culture della salute. Immigrazione e sanità: un approccio transculturale. Liguori, 2002
13. Virginia De Micco, Menti migranti, menti adolescenti. Avanzare sul margine. 2019
14. Virginia De Micco, Passaggi di confine. Etnopsichiatria e migrazioni. Liguori, 1993.
15. Virginia De Micco, Soggettività e transiti migratori. 2015

Video di riferimento

1. Virginia De Micco, Diritto alla salute e diritto alle cure, 1° lezione: Salute collettiva in una visione transculturale. 2020.

<https://www.youtube.com/watch?v=aSoDAyc3gRM>

2. Virginia De Micco, Diritto alla salute e diritto alle cure, 2° lezione: La fragilità psicologica nel contesto migratorio dalle vulnerabilità individuali alle difficoltà relazionali in contesti sociali di crisi. 2020.

<https://www.youtube.com/watch?v=1H3zuLgpROA>

3. Virginia De Micco, Soggetti in transito. Etnopsicoanalisi e migrazioni. 2015.

<https://www.youtube.com/watch?v=vzT6YpHw94s&t=598s>

4. John Haptas e Kristine Samuelson, Life overtakes me. 2019, proposto da Netflix.

Sitografia

http://www.analisiqualitativa.com/magma/0502/articolo_02.htm

<http://www.analisiqualitativa.com/magma/0502/index.htm> per altri articoli

http://www.centrosarvas.it/1/arte_terapia_transculturale_11525211.html

http://www.cestim.it/sezioni/materiali_didattici/md_cestim-mlal/schede/02.pdf

<http://www.criminali.org/wp-content/uploads/2015/02/Elementi-base-della-clinica-transculturale.pdf>

<http://www.interculturatorino.it/glossary/emigrazioneimmigrazione-cause/>

http://www.magma.analisiqualitativa.com/0102/article_06.htm migrazione e gender

<http://www.ordinepsicologimarche.it/public/uploads/10478x93021.pdf>

<http://www.psychomedia.it/aep/2011/riassunti-1.htm>

<http://www.psychomedia.it/cpat/articoli/49-mazzetti.htm>

http://www.studiculturali.it/dizionario/lemmi/etnopsicologia_b.html

<http://www.studiculturali.it><https://>

https://archivio.medicisenzafrontiere.it/pdf/Rapp_Traumi_Ignorati_140716B.pdf

<https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13031-017-0103-3>

<https://dizionari.simone.it/15/psicologia-transculturale>

https://documen.site/download/psicoterapia-dinamica-culturale-psichiatria-e-psicoterapia-culturale_pdf

<https://edizionicafoscari.unive.it/media/pdf/books/978-88-6969-359-5/978-88-6969-359-5-ch-19.pdf>

<https://emdr.it/index.php/trauma/>

<https://iovivobene.it/sopraffatti-dalla-vita-quando-i-bambini-perdono-la-speranza/>

<https://www.aslsalerno.it/documents/20181/243642/Amendola.pdf/d6acc6f7-62f6-4eb0-a853-f9c1ae1f538a>

<https://www.conoscoimparoprevengo.org/files/n37.pdf>

https://www.corriere.it/esteri/21_maggio_03/i-bimbi-migranti-traumatizzati-che-vanno-letargo-salvare-mondo-442afb74-ac46-11eb-85bf-b7bcf91bb8d.shtml

https://www.difesa.it/SMD_/CASD/IM/ISSMI/Documents/5_10AntropologiaCulturale_LeMigrazioniInternazionali.pdf

<https://www.epicentro.iss.it/migranti/numeri-italia>

<https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/public-health-aspects-of-mental-health-among-migrants-and-refugees-a-review-of-the-evidence-on-mental-health-care-for-refugees,-asylum-seekers-and-irregular-migrants-in-the-who-european-region-2016>

<https://www.europarl.europa.eu/news/it/headlines/world/20200624STO81906/perche-le-persone-migrano-esplorare-le-cause-dei-flussi-migratori>

<https://www.focsiv.it/wp-content/uploads/2020/04/BackGround-Document-n.-3-ITA-27.03.2020.pdf>

<https://www.focus.it/comportamento/economia/la-geografia-delle-migrazioni>

<https://www.focus.it/scienza/scienze/dna-genetica-e-migrazioni-in-europa>

<https://www.funzionegamma.it/wp-content/uploads/clinica-transculturale.pdf>

<https://www.interattivamente.org/servizi/etno-psicologia-clinica/>

<https://www.interattivamente.org/servizi/etno-psicologia-clinica/>

<https://www.internazionale.it/notizie/annalisa-camilli/2016/07/15/migranti-traumi-torture>

https://www.ispionline.it/sites/default/files/pubblicazioni/rapportoispicaritas_0.pdf

<https://www.istitutobeck.com/etnopsichiatria-e-psicoterapia-transculturale>

<https://www.istitutobeck.com/psicoterapia-transculturale>

https://www.istitutotransculturale.it/wp-content/uploads/2019/06/Glossario-corso_completolucidi.pdf

<https://www.lumsa.it/sites/default/files/lezione%20psicopatologia%2018.pdf>

<https://www.meltingpot.org/Il-processo-migratorio-e-le-perdite-da-affrontare.html#.YWFw-tpBxPY>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3048516/>

<https://www.netinbag.com/it/health/what-is-psychological-anthropology.html>

<https://www.odon.it/diagnosi-cura-chiave-transculturale/>

<https://www.psicologo-milano.it/newblog/etnopsichiatria-milano-psicologia-transculturale-milano/ importante>

https://www.researchgate.net/publication/318604550_Social_identity_continuity_and_mental_health_among_Syrian_refugees_in_Turkey

<https://www.rivistadisciencesociali.it/antropologia-identita-culture/>

<https://www.scielo.br/j/remhu/a/zbKfTVvLNJbyMPdXkzw68jq/?format=pdf&lang=it>

<https://www.scielo.br/j/remhu/a/zbKfTVvLNJbyMPdXkzw68jq/?format=pdf&lang=it>

<https://www.spiweb.it/cultura/antropologia/in-intimita-con-lorrore-qual-lavoro-psicoanalitico-con-migranti-e-rifugiati/>

<https://www.spiweb.it/cultura/antropologia/soggettivita-e-transiti-migratori/>

<https://www.spiweb.it/dossier/ancora-strategie-di-pace-maggio-2015/col-terrore-negli-occhi-con-lorrore-nella-mente-dal-trauma-alla-memoria-nei-transiti-migratori/>

<https://www.spiweb.it/libri/con-autore/intervista-a-marie-rose-moro/>

https://sipreonline.it/wp-content/uploads/2016/03/RP_2008-2_1_Mancini_Adolescenza-identit%C3%A0-e-immigrazione.pdf

<https://www.spiweb.it/spipedia/transculturale-clinica/>

<https://www.spiweb.it/spipedia/transculturale-clinica/>

<https://www.spiweb.it/spipedia/trauma-migratorio/>

<https://www.spiweb.it/video/futuro-presente-la-salute-e-il-benessere-dellinfanzia-e-delladolescenza-virginia-de-micco-16-12-20/>

<https://www.stateofmind.it/2017/07/terapie-post-razionaliste-eta-evolutiva/> importante

<https://www.stateofmind.it/2018/01/ricipienti-asilo-salute-mentale/>

<https://www.stateofmind.it/tag/trauma-esperienze-traumatiche/>

https://www.transculturel.eu/marierosemoro/Puericultura-e-diversita-culturale_a262.html

<https://www.treccani.it/enciclopedia/migrazione/>

https://www.treccani.it/enciclopedia/psicologia-e-scienze-sociali-etologia_%28Frontiere-della-Vita%29/

<https://www.youtube.com/watch?v=vzT6YpHw94s>

iris.univpm.it/handle/11566/75368#.YURaTLgzZPY/dizionario/lemmi/etnopsicologia_b.html

[Menti_migranti_menti_adolescenti_Avanzare_sul_marg.pdf](#)

Ringraziamenti

Colgo l'occasione che questo spazio mi offre per ricordare tutti coloro i quali hanno avuto, e hanno, un ruolo importante nella mia vita. Per primi i miei genitori che mi hanno insegnato i valori e i principi con i quali ho affrontato tutte le esperienze vissute finora, per avermi sostenuta sia economicamente che emotivamente in questi anni di studio. I miei nonni che, con il più sincero affetto, non posso fare a meno di menzionare. Nessuno crede in me con più cieca convinzione. Vorrei ringraziare i miei zii, in particolare mia zia Melissa perché con le sue parole, la sincerità e il suo mirabile esempio, mi è stata guida in più di un momento di insicurezza e fragilità. D'obbligo ringrazio mia sorella Maria, così da evitare me lo rinfacci a vita, compagna e amica preziosa fin da quando ho memoria, non mi ha mai abbandonato nel momento del bisogno...in questo frangente il supporto tecnico. Non posso fare a meno di spendere più di due parole per Sara e Rebecca, se non fosse per il profondo sentimento di amicizia che ci lega, certo lo farei in memoria di questi anni condivisi, i momenti felicemente spesi in loro compagnia e gli scambi di opinione frequenti e costruttivi, che solo delle menti davvero aperte al dialogo e al confronto possono offrire. Ringrazio Justin, di cuore, per essermi sempre di supporto, qualsiasi decisione io prenda, per la sicurezza che mi infonde e i consigli che sempre posso contare di ricevere. A tutti voi va il mio pensiero e il più affettuoso ringraziamento.

Ringrazio inoltre tutta l'equipe della comunità Anania con cui ho speso ben 600 ore di tirocinio pratico, tutti loro mi hanno insegnato molto; ricordo in particolare il mio tutor Fabio che mi ha messa alla prova e ha creduto in me, la responsabile di struttura Sonia che, con il suo umorismo, ma soprattutto la sua passione per questo lavoro, me ne ha trasmesso ancor di più l'importanza, ed infine, Vissia che mi ha dimostrato sempre la massima disponibilità e professionalità. Ricordo il periodo di lavoro in struttura come denso di spunti di riflessione e da uno di questi è nata l'idea per l'argomento della tesi che ho infine scelto. A questo punto non mi rimane che da ringraziare la prof.ssa che, tramite i suoi insegnamenti, ha concorso a risvegliare la mia curiosità sull'argomento, ovvero la mia relattrice, la dott.ssa Maria Gloria De Bernardo, la quale ha tradotto in spunti concreti le idee che affollavano la mia mente. Un grazie va anche alla prof.ssa Michela Boscaro, mia correlatrice per questa tesi di laurea e che è sempre stata disponibile ad ascoltare qualsiasi dubbio abbia avuto.