

LE DIMENSIONI DEL DISAGIO MENTALE NEI RICHIEDENTI ASILO E RIFUGIATI

PROBLEMI APERTI E STRATEGIE DI INTERVENTO



SPRAR

Sistema di Protezione
per Richiedenti Asilo e Rifugiati



DIPARTIMENTO PER LE LIBERTÀ CIVILI
E L'IMMIGRAZIONE

CITTALIA
fondazione **anci** ricerche





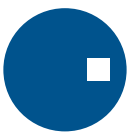
ComuniCare

Via dei Prefetti, 46
00186 Roma

Tel: 06 680 092 31
e-mail: comunicare@anci.it

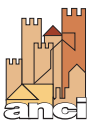
LE DIMENSIONI DEL DISAGIO MENTALE NEI RICHIEDENTI ASILO E RIFUGIATI

PROBLEMI APERTI E STRATEGIE DI INTERVENTO



SPRAR

Sistema di Protezione
per Richiedenti Asilo e Rifugiati



DIPARTIMENTO PER LE LIBERTÀ CIVILI
E L'IMMIGRAZIONE

CITTALIA
fondazione **anci** ricerche





Publicazione realizzata con i finanziamenti assegnati per l'anno 2007 ad ANCI dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri sui fondi dell'otto per mille dell'Irpef devoluto dai cittadini alla diretta gestione statale.

Il testo è stato curato
da Alessandra Caldarozzi
della Fondazione Cittalia – Anci ricerche.

Gli autori:

La parte 1 è a cura di Giancarlo Santone in collaborazione con il centro SAMIFO.
La parte 2 è a cura dell'Associazione Frantz Fanon, Roberto Beneduce e Simona Taliani.

Si ringrazia per la collaborazione
l'Ufficio Immigrazione dell'ANCI
e il Servizio centrale del Sistema di Protezione
per Richiedenti Asilo e Rifugiati

*I lavori pubblicati riflettono esclusivamente
le opinioni degli autori, senza impegnare
la responsabilità della Fondazione.*

ISBN: 978-88-96280-15-7

Progetto grafico e impaginazione:
HaunagDesign, Roma

Finito di stampare nel mese di giugno 2010
da Varigrafica Alto Lazio s.r.l. – Nepi (VT)

Indice

Introduzione	p. 5
--------------------	------

Parte 1

La salute mentale dei rifugiati. Una visione d'insieme del fenomeno

Premessa	“ 11
1. La legislazione in materia di tutela della salute dei rifugiati	“ 13
2. La storia del trauma nella psichiatria moderna	“ 15
3. Analisi del fenomeno	“ 20
4. La complessità dei bisogni dei rifugiati	“ 27
5. Le conseguenze della tortura: uno sguardo particolare alla salute mentale dei rifugiati	“ 28
6. La prevalenza dei disturbi mentali nei rifugiati e vittime di violenza intenzionale	“ 35
7. Neuropsicologia del trauma	“ 39
8. Il modello psicosociale nella diagnosi e trattamento delle reazioni psicotraumatiche nei rifugiati	“ 42
9. La relazione terapeutica e la presa in carico dei rifugiati	“ 46
10. Strumenti di valutazione psicodiagnostica	“ 51
11. Trattamento delle reazioni psicotraumatiche	“ 53
12. La tutela della salute mentale nei servizi pubblici e del privato sociale ...	“ 55
13. La mediazione linguistico-culturale nel setting terapeutico	“ 59
14. Conclusioni	“ 64
Riferimenti bibliografici	“ 66
Glossario	“ 71

Parte 2

Oltre l'esilio. Politiche della cura e dell'accoglienza

Premessa	“ 77
1. Gli indesiderabili	“ 80
2. Accogliere e curare: riflessioni di metodo	“ 82
3. Un anno di lavoro	“ 94
4. Casi clinici: Janet O. e Tierno N.	“ 113
5. Conclusioni	“ 130
Riferimenti bibliografici	“ 133

Introduzione

Negli ultimi trenta anni numerose sono state le crisi umanitarie, conseguenza diretta di guerre e genocidi, che si sono succedute nel tempo e che hanno causato milioni di sfollati e rifugiati in tutto il mondo. Secondo i dati dell'UNHCR (l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati), oggi nel mondo i rifugiati sono oltre 15 milioni.

Le persone che sono costrette ad abbandonare i loro paesi ed i loro affetti per aver subito persecuzioni per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza a determinati gruppi sociali o per le proprie opinioni politiche e che presentano domanda di protezione internazionale sono spesso portatori di problematiche di salute fisica ma sono sempre più spesso anche portatori di sofferenza psichica. Infatti, da studi condotti su un totale di 6743 adulti riconosciuti rifugiati in Australia, Canada, Italia, Nuova Zelanda, Norvegia, Regno Unito e Usa, emerge che in questi soggetti, la probabilità di sviluppare sintomi riconducibili al "Disturbo Post Traumatico da Stress" (PTSD) è dieci volte superiore rispetto agli autoctoni.

Anche in Italia, in forte aumento sono le segnalazioni dei casi di disagio mentale dei richiedenti asilo e rifugiati provenienti sia dai progetti territoriali dello Sprar (Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati) sia dai centri di accoglienza governativi per richiedenti asilo (CARA). La vulnerabilità dei soggetti, infatti, si manifesta spesso proprio durante il periodo di accoglienza. Il quadro sintomatologico più frequentemente riscontrato, come viene approfonditamente illustrato nel testo, è prevalentemente caratterizzato da intrusioni diurne e notturne (ricordi e incubi angoscianti del trauma subito) con associate reazioni emotive e fisiche, disturbi del sonno, della memoria, dell'attenzione e della concentrazione. Sin da questo primissimo momento di contatto tra il migrante forzato e la struttura di accoglienza, diviene quindi fondamentale riuscire a riconoscere i casi affetti da disagio mentale per riuscire meglio ad avviare da subito un percorso diagnostico, terapeutico e di presa in carico.

A livello internazionale sempre più spesso viene raccomandata l'implementazione di programmi atti a proteggere la salute mentale dei richiedenti asilo e rifugiati e di interventi volti a potenziare le abilità di riconoscimento e gestione del loro disagio psichico da parte degli operatori. In questa logica si muove, ad esempio, il programma annuale 2009 del Fondo Europeo dei Rifugiati che, in continuazione con le azioni programmate per il 2008, prevede azioni dirette alla tutela di soggetti vulnerabili, tra cui l'attuazione di progetti in prossimità dei CARA o dei centri SPRAR, con misure di supporto e di riabilitazione di vittime di violenza e torture o portatori di disagio mentale.

La presente pubblicazione sulle dimensioni del disagio mentale dei richiedenti asilo e rifugiati si compone di due parti. La prima descrive il fenomeno nella sua dimensione olistica: parte infatti da un excursus sulla legislazione in materia di salute mentale dei rifugiati, passando poi ad affrontare la storia del trauma nella psichiatria moderna e indica alcuni dati generali sui rifugiati: chi sono e quanti sono. All'interno di questa cornice di riferimento, il lavoro, realizzato nell'ambito del progetto SAMIFO, centro di salute per migranti forzati, prosegue poi con una descrizione più dettagliata del disagio mentale dei rifugiati, passando dalla fase in cui si manifesta il disagio psichico a quella della formulazione della diagnosi e a quella della indicazione terapeutica e della presa in carico dei pazienti. La seconda descrive invece il fenomeno nella sua dimensione particolaristica, viene infatti rappresentata l'esperienza di accoglienza e cura dei richiedenti asilo e rifugiati ad alto rischio di esclusione sociale e di sofferenza psichica maturata nell'ambito delle attività svolte dall'Associazione Frantz Fanon sul territorio di Torino. La descrizione è qui resa ancor più incisiva dal racconto di due casi clinici particolari, dei quali viene ricostruito il percorso diagnostico, terapeutico e di presa in carico seguito dal Centro.

La salute mentale dei rifugiati

Una visione d'insieme del fenomeno

A cura di Giancarlo Santone



Il presente testo rappresenta una riflessione del lavoro svolto a sostegno della salute mentale dei richiedenti asilo, rifugiati, vittime di tortura. Il contributo prodotto dai singoli professionisti prende in considerazione la letteratura scientifica, pubblicata su riviste internazionali o su testi specifici, integrata dall'esperienza maturata negli ultimi sette anni, inizialmente presso l'ambulatorio di psichiatria transculturale dell'ex ospedale San Giacomo di Roma e successivamente presso il SAMIFO, centro di salute per migranti forzati, servizio integrato, pubblico, privato no profit e medicina convenzionata, multidisciplinare, multiculturale e multireligioso.

Gli autori:

Giancarlo Santone, dal 1992 dirigente medico di psichiatria del Dipartimento di Salute Mentale della ASL Roma A, già responsabile dell'ambulatorio di psichiatria transculturale dell'ex ospedale San Giacomo di Roma, attualmente referente del progetto SAMIFO, con incarico di alta professionalità di psichiatria delle culture e delle migrazioni. Ha realizzato progetti pluriennali di cooperazione allo sviluppo in tema di salute mentale, in Uruguay e Mozambico. È autore di Prefazione, Glossario e dei paragrafi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 11, 12 e 14.

Alice Dell'Erba, dirigente medico di psichiatria presso il dipartimento di salute mentale della ASL di Viterbo, svolge attività di ricerca clinica in tema di psicotraumatologia. È autrice del Glossario e dei paragrafi 2, 6, 10 e 11.

Filippo Gnolfo, dirigente medico della ASL Roma A, responsabile della unità operativa interdistrettuale assistenza immigrati, portavoce e coordinatore del GrIS (Gruppo Immigrazione e Salute) Lazio. Referente del protocollo d'intesa con il Centro Astalli, con funzione di coordinamento dei progetti aziendali di tutela della salute dei migranti. È autore del paragrafo 12.

Klaudia Jeger, mediatrice linguistico-culturale, psicoterapeuta, consulente psicologa del SAMIFO e del Centro Astalli. È autrice dei paragrafi 7 e 8.

Martino Volpatti, dottore in filosofia, operatore e mediatore del Centro Astalli, coordinatore dell'unità di assistenza medico legale alle vittime di tortura del SAMIFO. È autore del paragrafo 13.

Come vorrei tanto provare quel senso di leggerezza che di solito si prova dopo aver pianto! È una sensazione che tutti noi ricordiamo, ma che io non riesco a provare malgrado pianga. Forse dipende dal fatto che che il mio è un pianto senza lacrime.

Io piango per la mia città che non esiste più, per un popolo che soffre, per una terra distrutta, per gli uomini impazziti, per gli animali morti. Io piango perché gli unici suoni che sento sono: i fischi di pallottole, scoppi di bombe e colpi di bazooka che si alternano a grida, singhiozzi, pianti e litanie di morte.

Io piango perché non ho un futuro, io piango perché l'odore della morte mi fa paura, io piango perché non voglio che la mia speranza muoia.

Shirin Ramzanali Fazel
Profuga somala e scrittrice

Premessa

L'articolo 10 della *Costituzione* della Repubblica Italiana stabilisce che “lo straniero, al quale sia impedito nel suo Paese l'effettivo esercizio delle libertà democratiche, ha diritto di asilo nel territorio della Repubblica, secondo le condizioni stabilite dalla legge”. Inoltre “non è ammessa l'extradizione dello straniero per reati politici” (*Costituzione* della Repubblica Italiana). Attualmente, in Italia, sono in vigore 2 *decreti legislativi* che regolamentano il diritto d'asilo e rappresentano il recepimento delle direttive europee n. 2004/83/CE e 2005/85/CE. In questa premessa al testo non tratteremo la nuova disciplina che regola lo status di rifugiato ma forniremo solo alcune nozioni utili per la completezza del testo. Per maggiori e dettagliati approfondimenti si rimanda a pubblicazioni specifiche sulla normativa (Fondazione Cittalia – Anci Ricerche, 2009). *Il decreto legislativo* n. 251 del 19 novembre 2007, recante “norme minime sull'attribuzione a cittadini di Paesi terzi o apolidi, della qualifica del rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta”, chiarisce quali siano gli atti di persecuzione che possono dar luogo al riconoscimento della protezione internazionale e introduce la definizione di “danno grave” ai fini del riconoscimento della protezione sussidiaria, nuova forma di tutela. Precisa che il bisogno di protezione può insorgere anche dopo aver lasciato il Paese d'origine e quali siano i responsabili della persecuzione o del danno grave.

Il decreto legislativo n. 25/2008 “stabilisce le procedure per l'esame delle domande di protezione internazionale presentate nel territorio nazionale da cittadini di Paesi non appartenenti alla Unione europea o da apolidi... e le procedure per la revoca e la cessazione degli status riconosciuti”. La durata del permesso di soggiorno viene fissata a 5 anni nel caso di riconoscimento dello status di rifugiato (con il rinnovo automatico alla sua scadenza) e a 3 anni per le persone in possesso dello status di protezione sussidiaria (rinnovabile e convertibile in permesso di soggiorno per motivi di lavoro). Ma è il tipo di persecuzione, più che la durata, che marca la differenza fra la protezione sussidiaria e lo status di rifugiato che, in quest'ultimo caso, deve essere riconducibile ai motivi di “razza”, “religione”, “nazionalità”... “particolare gruppo sociale”, “opinione politica”. La protezione sussidiaria viene concessa alle persone che, se rimpatriate, possono subire un “danno grave”, come definito dall'art. 14 del *decreto legislativo* n. 251.

Per quanto riguarda i respingimenti, il tema era normato dall'art.10 del D.lgs n. 286/1998 “Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero” in materia di contrasto dell'immigrazione clandestina ma erano escluse le persone che rientravano nelle disposizioni “concernenti l'asilo po-

litico, il riconoscimento dello *status* di rifugiato, la protezione temporanea degli stranieri per motivi umanitari oppure nei confronti dello straniero che possa essere oggetto di persecuzione nello Stato di provenienza”. La legge n. 94 del 15 luglio 2009, conosciuta come *pacchetto sicurezza*, ha introdotto il reato di “ingresso e soggiorno illegale nel territorio dello Stato” e riordinato i criteri per i respingimenti. Permane una non meglio specificata protezione del diritto d’asilo in quanto si prevede che “nel caso di presentazione di una domanda di protezione internazionale... il giudice pronuncia sentenza di non luogo a procedere”. In realtà, non è chiaro chi dovrebbe intercettare i richiedenti asilo, come, dove e quando. “Nella pratica, la politica dei respingimenti forzati lede il principio internazionale di ‘non-refoulement’, che vieta di respingere forzatamente una persona verso i confini di uno Stato in cui la sua vita o la sua libertà siano minacciate (art. 33 Convenzione di Ginevra, AA.VV., 1951). Questo principio vieta di respingere o di espellere chi è già presente sul territorio dello Stato interessato, ma vieta anche di rifiutare l’ingresso alla frontiera di chi non vi è ancora entrato. Il diritto internazionale d’asilo non avrebbe senso senza tale principio, che garantisce al richiedente asilo una protezione e la sicurezza di non essere respinto nel paese da cui è scappato o in un paese che porrebbe a rischio la sua persona. Inoltre, l’obbligo di ‘non-refoulement’ è principio consuetudinario vigente nel diritto internazionale, deve essere rispettato da tutti gli Stati, anche da quelli che non hanno sottoscritto la *Convenzione di Ginevra*, come la Libia” (Gnolfo F., Santone G., 2009).

1

La legislazione in materia di tutela della salute dei rifugiati

L'art. 32 della *Costituzione della Repubblica Italiana* sancisce che “la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”. Di fatto, l'art. 32 sembrerebbe obbligare lo stato a promuovere tutte quelle iniziative finalizzate alla tutela della salute per il mantenimento o il raggiungimento del benessere completo, fisico, psichico e sociale. Tale diritto sembra essere anche un dovere per il cittadino; infatti la tutela della salute di un individuo è interesse anche della collettività per “l'impegno ed il ruolo che l'uomo stesso è chiamato ad assolvere nel sociale per lo sviluppo e la crescita della società civile” (Sacco F.).

Le prime norme relative alla obbligatorietà dell'assicurazione sociale contro le malattie erano rivolte alla tutela della salute dei lavoratori e dei pensionati; basate sul sistema mutualistico che garantiva l'accesso (riservato agli iscritti) all'assistenza per la sola cura e non per percorsi di riabilitazione. Con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, la tutela della salute venne estesa a tutti i cittadini indiscriminatamente, garantendo la globalità delle prestazioni e l'uguaglianza di trattamento. Per quanto riguarda la tutela e salvaguardia della salute dei cittadini stranieri, solo alcuni anni fa, il legislatore ha provveduto a emanare il *Decreto Legislativo*, 25 luglio 1998, n. 286, Titolo V: disposizioni in materia sanitaria, nonché di istruzione, alloggio, partecipazione alla vita pubblica e integrazione sociale. Conosciuto come *Testo Unico sull'immigrazione*, negli articoli 34 e 35, provvede a regolamentare l'assistenza per gli stranieri iscritti e non iscritti al servizio sanitario. In particolare l'articolo 34 recita:

“Hanno l'obbligo di iscrizione al servizio sanitario nazionale e hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene all'obbligo contributivo, all'assistenza erogata in Italia dal servizio sanitario nazionale e alla sua validità temporale:

...b) gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno, per lavoro subordinato, per lavoro autonomo, per motivi familiari, per asilo politico, per asilo umanitario, per richiesta di asilo, per attesa adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza...”

L'assistenza sanitaria spetta altresì ai familiari a carico regolarmente soggiornanti. Nelle more dell'iscrizione al servizio sanitario nazionale, ai minori, figli di stranieri iscrit-

ti al servizio sanitario nazionale, è assicurato, fin dalla nascita, il medesimo trattamento dei minori italiani.

Infine, l'articolo 7 obbliga lo straniero, assicurato al servizio sanitario nazionale, ad iscriversi nella azienda sanitaria locale del comune in cui dimora secondo le modalità previste dal regolamento di attuazione.

Da quanto esposto, risulta evidente che i richiedenti protezione internazionale, i rifugiati, i ricorrenti hanno il diritto/dovere di iscrizione al servizio sanitario nazionale. Purtroppo, è dimostrato che quanto stabilito dalla *Costituzione della Repubblica Italiana* e dal *Testo Unico sull'Immigrazione* non è di facile applicazione, persistendo una disuguaglianza nell'accesso ai servizi e talvolta una discrepanza nelle prestazioni che colpisce soprattutto i cittadini stranieri più fragili come i rifugiati, gruppo ad alto rischio di malattia, presenti nel territorio dello Stato italiano da poco tempo, che non parlando ancora bene la nostra lingua hanno difficoltà nel comprendere e nel far valere i propri diritti.

2

La storia del trauma nella psichiatria moderna

Il “trauma” (dal greco “trayma”, perforamento, “passare al di là”) viene definito “lesione determinata dall’azione violenta di agenti esterni: ferite, contusioni e ustioni sono traumi” (AA.VV., 2010). In medicina, la patologia traumatica comprende tutti i disturbi che risultano genericamente come reazione all’azione violenta di agenti esterni.

Il dizionario di psicologia di Laplanche e Pontalis (Laplanche J., Pontalis J.B., 1993) lo descrive come «un evento della vita della persona caratterizzato dalla sua intensità, dall’incapacità del soggetto a rispondervi adeguatamente, dalla viva agitazione e dagli effetti patogeni durevoli che esso provoca nell’organizzazione psichica...il trauma è caratterizzato da un afflusso di eccitazione (arousal) che è eccessivo rispetto alla tolleranza del soggetto e alla sua capacità di dominare ed elaborare psichicamente queste eccitazioni».

In psichiatria, Janet e Freud vi fanno spesso riferimento come causa e spiegazione di diversi quadri nevrotici influenzando di fatto le teorie successive che parleranno sempre delle patologie “reattive” per differenziarle dalle patologie “endogene” che risultano invece connesse ad alterazioni congenite, strutturali, innate, indipendenti dai fattori esterni.

L’esposizione alla violenza correlata con le guerre, le torture, le violenze sessuali, i disastri ambientali, le epidemie, e più in generale la violazione dei diritti umani e le violenze del potere fanno parte purtroppo della storia dell’essere umano. Inoltre il maltrattamento, lo sfruttamento e l’abuso dei minori, le violenze sul genere femminile, le discriminazioni “razziali”, l’impedimento della libera professione di fedi o religioni, etc. sono sempre stati strumenti del potere esercitati per il controllo delle genti e dei popoli e per azzerare il dissenso.

In particolare la guerra ha sempre prodotto testimoni, vittime e profughi nella popolazione civile, meno preparata dei militari alla violenza, ma gli effetti sulla loro salute mentale non hanno mai destato l’interesse scientifico, tanto è vero che i primi pochi studi riguardavano esclusivamente i soldati. Infatti i militari coinvolti nelle guerre hanno da sempre sofferto le conseguenze delle violenze costrette a esercitare, subire, vedere. Ma fino alla prima guerra mondiale non è mai stato possibile mettere in relazione la sintomatologia sviluppata con la vera causa, l’azione violenta esercitata deliberatamente dall’uomo. Si preferiva, in tempi in cui era impossibile immaginare la fragilità emotiva e psichica dei soldati e gli effetti delle violenze sui sopravvissuti, mettere in relazione la sintomatologia con la nostalgia del proprio paese e dei propri cari.

Nel 1871 Jacob Mendez Da Costa, medico militare, fu il primo a descrivere, durante la guerra di secessione americana, gli stati ansiosi che colpivano alcuni soldati, caratterizzati da dolore toracico, palpitazioni, difficoltà respiratorie associate a intensa paura. Alcuni di questi soldati morirono durante le esplosioni ma non furono riscontrate lesioni o ferite. L'autore descrisse tali reazioni come 'Irritable Heart Disease' denominata successivamente Da Costa's sindrome (Da Costa J.M., 1871). L'uso massiccio di armi da fuoco durante la guerra cino-giapponese di fine secolo XIX, quella russo giapponese che la seguì all'inizio del XX secolo, ma soprattutto durante la prima guerra mondiale determinò l'emersione dei disturbi psicopatologici reattivi agli eventi traumatici del conflitto: "Gli orrori vissuti, tenuti faticosamente a bada alla luce del giorno, di notte si ripresentavano con forza raddoppiata, dando luogo al sintomo più caratteristico della nevrosi da guerra: l'incubo della battaglia" (Barker P., 1993). Siegfried Sassoon nel luglio del 1917 protestò pubblicamente contro la prosecuzione della guerra e scrisse: *Basta con la guerra. Dichiarazione di un soldato*.

"...Rendo pubbliche le mie opinioni, come consapevole atto di sfida alle autorità militari... Ho visto e patito sulla mia pelle le sofferenze delle truppe, e non posso più accettare di rendermi complice di chi prolunga questi patimenti per fini che ritengo malvagi e ingiusti... spero anche di poter contribuire a infrangere la compiaciuta indifferenza con cui la maggior parte di coloro che sono rimasti a casa assistono al perdurare di agonie che non tocca a loro di patire; essi del resto non hanno immaginazione sufficiente a comprenderle..."

Il soldato poeta ha rischiato sanzioni esemplari che le corti marziali riservavano ai vigliacchi, miserabili, imboscati, lavativi ma soprattutto ai disertori o obiettori di coscienza come erano definiti i soldati che si rifiutavano di andare in guerra. Ma solo all'inizio del XX secolo vennero conati nuovi termini quali la "demenza stuporosa" (risalente alla guerra russo giapponese ad indicare uno stato di paralisi e di blocco delle emozioni) (Lalli N., 2005) e la "nevrosi da guerra". Quest'ultima studiata da Ernst Simmel nel 1918, che illustrò così il soggetto esposto al rischio di cader vittima delle nevrosi traumatiche di guerra:

"un uomo strappato ai suoi per un tempo imprevedibile, durante il quale possono aver luogo importanti avvenimenti familiari, irrimediabilmente esposto allo sterminio compiuto da un carro armato o a quello di una nube di gas nocivo che avanza inesorabilmente, scagliato a terra, sepolto dalle macerie o ferito dallo scoppio di una granata, che giace, spesso per ore e giorni, fra i cadaveri di compagni insanguinati e dilaniati, un uomo il cui amor proprio – e non è il minore dei mali – è gravemente ferito da superiori ingiusti, crudeli, a loro volta affetti da turbe emotive ma che deve 'starsene buono', un uomo che sperimenta silenziosamente a lungo la schiacciante situazione del suo non valer nulla in quanto singolo, non essendo che un trascurabile elemento della massa" (Simmel E., 1918).

Sempre di questi anni è il termine “Shell-shock Syndrome”, citato per la prima volta nel 1915 da un ufficiale medico dell’esercito britannico, che descrisse tre casi in cui risultavano preminenti “amnesia, debolezza e perdita della vista, dell’olfatto e del gusto”. La sintomatologia generalmente si verificava dopo lo scoppio delle granate (Myers C.S., 1915).

Con la seconda Guerra Mondiale queste problematiche divennero ancor più dolorose e disumane. Il campo di concentramento aggiunse alla violenza fisica l’obiettivo di distruggere l’identità culturale, sociale e personale di intere popolazioni considerate “sotto uomini”. Nicola Lalli (1997) così descrisse questa situazione:

“...Certamente le SS deliberatamente o inconsapevolmente tendevano alla distruzione della personalità o ad una possibile identificazione di alcuni prigionieri con i persecutori. I più deboli, quelli che non sono minimamente preparati a questa evenienza, quelli che non hanno alcun ideale per cui combattere, quelli che non sono riusciti a mantenere un contatto reale o nel ricordo, con il mondo esterno, sono i primi ad essere sopraffatti. Chi invece riusciva a mantenere una speranza, un ideale politico, un legame con l’esterno, chi continuava a pensare nonostante la situazione, riusciva a mantenere la propria identità e sopravvivere all’orrore di una situazione che comunque non poteva non lasciare profonde cicatrici...”.

Lo stesso concetto viene ribadito da B. Bettelheim, sopravvissuto all’olocausto e psichiatra:

“..Un altro di quei rari esempi di suprema affermazione di sé può forse far luce sulla questione. Un giorno, un gruppo di prigionieri nudi stavano in fila davanti alla camera a gas pronti ad entrarci. Non si sa come, uno degli ufficiali delle SS di servizio venne a sapere che una delle prigioniere era stata una ballerina. Egli le ordinò di danzare per lui; lei obbedì, e danzando gli si avvicinò gli prese il fucile e gli sparò, uccidendolo. Anche lei fu immediatamente uccisa (...). Non può forse darsi che, nonostante la scena terribile sulla quale danzava, la danza abbia di nuovo fatto di lei una persona? Quando le fu ordinato di danzare, di spiegare quella che un tempo era stata la sua vocazione liberamente accettata, ella si differenziò dagli altri, ridivenne un individuo; non era più un numero, una prigioniera senza nome e senza personalità, ma la ballerina di un tempo. Trasformata, anche se per pochi attimi, reagì come avrebbe reagito il suo vecchio Io, distruggendo il nemico che stava per distruggerla, anche se ciò l’avrebbe condotta alla morte” (Bettelheim B., 1981).

Ma è durante la guerra del Vietnam che il discorso sulla genesi traumatica di alcuni disturbi mentali viene drammaticamente imposto e nasce così la “Post-Vietnam Sindrome”, che nel 1980 diviene la categoria nosografica oggi universalmente accettata e nota come “Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD)” (Schnurr P., 2009). Sono passati trenta anni da allora e la letteratura internazionale vede crescere vertiginosa-

mente le pubblicazioni di anno in anno: dai 930 del 1980 agli 8000 nel 2009 (Schnurr P., 2009). Questo perché negli ultimi 30 anni si sono succedute nel tempo numerose crisi umanitarie, conseguenza di conflitti o genocidi, che hanno causato milioni di sfollati e rifugiati in tutto il mondo affetti da gravi conseguenze sulla salute mentale.

Di seguito mostriamo alcuni studi scientifici pubblicati su prestigiose riviste internazionali riguardanti la salute mentale dei rifugiati in diversi paesi del mondo.

Il primo è la review sistematica di studi epidemiologici condotti su popolazioni non selezionate di rifugiati residenti in paesi occidentali sviluppati economicamente. Tutti gli studi hanno utilizzato interviste cliniche per diagnosi di PTSD, Depressione Maggiore, Disturbi Psicotici, Disturbo d'Ansia Generalizzata. Sono stati esaminati 20 report che includevano un totale di 6743 adulti (provenienti dal Sud Est asiatico, ex Jugoslavia, Medio Oriente, America Centrale) riconosciuti rifugiati in Australia (1199 pazienti), Canada (364), Italia (40), Nuova Zelanda (223), Norvegia (129), Regno Unito (120), USA (4668). L'età media era di 27 anni, con una leggera preponderanza del genere maschile (51%). I risultati hanno evidenziato che i rifugiati accolti in paesi occidentali hanno la probabilità di sviluppare sintomi inquadabili nel PTSD 10 volte superiore rispetto alla popolazione autoctona. Nel mondo vi sono attualmente decine di migliaia di rifugiati probabilmente affetti da PTSD (Fazel M. et al., 2005).

Un'altra review più recente, del 2009, ha presentato per la prima volta i risultati di un'indagine epidemiologica condotta a partire dal 1995 su un campione di 1547 giovani di età compresa tra gli 8 e i 19 anni sopravvissuti al genocidio del 1994 in Rwanda. Lo studio ha mostrato che la prevalenza del PTSD oscillava tra il 54% ed il 100% a seconda dell'intensità e della durata delle esperienze traumatiche vissute dalle vittime (Neugebauer R. et al., 2009).

Un'indagine condotta due anni dopo la fine della guerra in Kosovo, quindi a distanza di tempo dagli eventi traumatici, nell'ospedale universitario di Pristina su un campione non selezionato di 306 pazienti afferiti al pronto soccorso ha mostrato la presenza di PTSD nel 14% dei soggetti (Fernandez W. G. et al., 2004).

Un'altra interessante pubblicazione del 2000 ha mostrato i risultati di un'indagine epidemiologica condotta sulla popolazione generale di Timor Est che ha registrato la presenza di PTSD nel 34% dei 351 soggetti intervistati (Modvig J. et al., 2000); uno studio simile è stato condotto da *Medicins Sans Frontieres* sulla popolazione civile di Freetown, in Sierra Leone, e ha registrato la presenza di PTSD nel 99% dei 245 soggetti intervistati nel gennaio 1999, uno dei momenti più critici del conflitto (de Jong K. et al., 2000).

Infine il centro per vittime di tortura di Stoccolma ha condotto nel 2001 una ricerca epidemiologica su 300 persone in possesso dello status di rifugiato provenienti dall'Iraq e ha constatato la presenza di PTSD nel 37% dei soggetti (Sondergaard H. et al., 2001).

Queste ricerche non fanno altro che confermare che le persone esposte a gravi eventi traumatici, vittime o testimoni, presentano una maggior suscettibilità allo sviluppo di reazioni psicotraumatiche fortemente invalidanti.

Il trauma è, quindi, una "causa" che agendo violentemente su un organismo vi induce

delle modificazioni. È chiaro, dunque, che gli attori coinvolti sono sempre l'evento traumatico ed il soggetto che lo subisce. Lo stesso trauma può incidere diversamente sulla vita di differenti individui, potendo questi attingere a risorse personali più o meno ricche e solide (fattori di "resilienza"): chi ha già patito dei traumi o possiede fragilità della personalità, subirà danni più gravi e duraturi (Bettelheim B., 1981). Lo stesso individuo, parimenti, può subire più o meno danni a seconda del tipo di evento con cui si confronta. In questo senso è fondamentale chiarire che

“...quando l'evento non è dovuto a fattori naturali, ma alla violenza dell'uomo, il trauma diviene più grave e insopportabile. La fiducia di fondo nella bontà degli esseri umani crolla. Chi non ci ha protetto, chi ha permesso che quel terribile evento succedesse? La perdita nella fiducia nel genere umano e nella funzione di prevedibilità e di protezione da eventi esterni, viene percepita come conferma di timori ed angosce, come per esempio quella della morte e soprattutto quella dell'annientamento della personalità, dal momento che le consolidate certezze non garantiscono più la protezione. E questa credenza, della non esistenza di 'uomini buoni' ha da quel momento una conseguenza psicologica...” (Lalli N., 1997).

Quando un trauma è chiaramente frutto di eventi violenti “naturali”, estranei alla natura umana, la mente dell'individuo che lo subisce dovrà confrontarsi con conseguenze “materiali” anche fondamentali come la povertà, un lutto, problemi economici (come spesso accade anche ai rifugiati costretti a lasciare la propria terra, la famiglia, il lavoro, la posizione sociale ecc.) ma avrà ancora a disposizione una “fiducia”, una speranza che derivano dalla fondamentale possibilità di fare riferimento “agli altri”. Quando il trauma è frutto della violenza umana, il danno psicologico si diffonde a certezze e convinzioni che fino a quel momento venivano considerate imprescindibili e immediate (nel senso letterale del “non mediato”, del “dato per scontato”) e può incidere a lungo e in modo sostanziale sulla possibilità di ritornare “al prima”. Ciò si verifica frequentemente nei rifugiati vittime di torture nei quali facilmente sviluppano un significativo cambiamento della personalità (transitoria, duratura e permanente che essa sia) tale da modificare “le modalità attraverso cui la persona percepisce, ragiona e si pone in relazione con l'ambiente e con se stesso...” (AA.VV, 2007).

3

Analisi del fenomeno

Chi sono i richiedenti protezione internazionale, i rifugiati, le vittime di violenza intenzionale e di tortura?

Poche persone hanno avuto la (s)fortuna di sopravvivere alla “casa dei morti”, come Primo Levi in “*Se questo è un uomo*” chiamava i lager nazisti. Vittime e testimoni delle condizioni disumane e dei trattamenti degradanti cui essi stessi erano stati sottoposti, del tentativo riuscito della distruzione delle identità che le definivano come persone; portatori di un dolore incredibile, di ferite incurabili, spesso ferite invisibili all’occhio umano.

“Distruggere l’uomo è difficile, quasi quanto crearlo: non é stato agevole, non é stato breve, ma ci siete riusciti, tedeschi. Eccoci docili sotto i vostri sguardi: da parte nostra nulla avete più da temere: non atti di rivolta, non parole di sfida, neppure uno sguardo giudice” (Levi P., 1947).

Le devastanti e durature conseguenze sulla salute mentale delle vittime di tortura possono essere riassunte con queste poche parole: “chi è stato torturato, rimane torturato. Chi ha sentito il tormento della tortura non potrà più ambientarsi nel mondo...” (Améry J., 1987). Sempre Primo Levi, in *Sommersi e salvati* (1987), afferma che “La demolizione condotta a termine, l’opera compiuta non l’ha raccontata nessuno, come nessuno è mai tornato a raccontare la sua morte”. E questa è una terribile verità perché se i sopravvissuti, testimoni della loro drammatica storia ci raccontano i fatti e i vissuti, i morti sotto tortura o durante le violenze generalizzate non potranno mai farlo. Sono passati 65 anni. La tortura e la violazione dei diritti umani fondamentali sono state praticate sistematicamente anche dopo la seconda guerra mondiale e continuano ad esserlo addirittura nel momento storico attuale. Le guerre di indipendenza di molti paesi africani, la guerra del Vietnam, i regimi comunisti nella ex URSS e in Cambogia, le dittature fasciste in Sudamerica degli anni settanta, l’apartheid in Sud Africa e Zimbabwe, la guerra dei Balcani, le “pulizie etniche” e i genocidi degli anni novanta in Ruanda, le recenti “carceri speciali”, le guerre, ancora attive, degli ultimi 30 anni in Afghanistan e più recentemente in Iraq, la difficile situazione dei Palestinesi e dei Curdi, la persecuzione dei monaci Tibetani, la recente repressione in Iran, i continui conflitti in numerosi paesi africani (Darfur, Somalia, Eritrea, Guinea, Congo, solo per citarne alcuni) rappresentano solo le più conosciute situazioni di violazioni dei diritti umani nel mondo. Ma queste ultime vengono praticate sistematicamente dalle forze di polizia di numerosi paesi, da ribelli, da integralisti religiosi, dal genere maschile (basti ricordare i ma-

trimoni forzati e le violenze domestiche), senza il minimo rispetto della *Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo* adottata dall'*Assemblea Generale delle Nazioni Unite* il 10 Dicembre 1948 che così recita negli articoli 1 e 2: "Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti. Essi sono dotati di ragione di coscienza e devono agire gli uni verso gli altri in spirito di fratellanza" e inoltre

"Ad ogni individuo spettano tutti i diritti e tutte le libertà enunciati nella presente Dichiarazione, senza distinzione alcuna, per ragioni di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di altro genere, di origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di altra condizione. Nessuna distinzione sarà inoltre stabilita sulla base dello statuto politico, giuridico o internazionale del Paese o del territorio cui una persona appartiene, sia che tale Paese o territorio sia indipendente, o sottoposto ad amministrazione fiduciaria o non autonomo, o soggetto a qualsiasi altra limitazione di sovranità".

Ma che cos'è la tortura ed è possibile che venga praticata ancora oggi nel terzo millennio? Può sembrare incredibile ma essa è esercitata nelle sue diverse forme in numerosi paesi del mondo. Solo poco più di 25 anni fa si è resa necessaria la firma della *Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti*, approvata dall'*Assemblea Generale delle Nazioni Unite* il 10 dicembre 1984 a New York. Anche se non tutti la rispettano ad oggi sono quasi 150 i Paesi firmatari, alcuni vi hanno aderito dopo il 2000, mentre altri, come la Libia, il Sudan o la Corea del Nord, non ne fanno ancora parte. Si definisce la tortura nell'articolo 1:

"Qualsiasi atto mediante il quale sono intenzionalmente inflitti ad una persona dolore o sofferenze forti, fisiche o mentali, al fine segnatamente di ottenere da essa o da una terza persona informazioni o confessioni, di punirla per un atto... di intimorirla o di far pressione su di lei... o per qualsiasi altro motivo fondato su qualsiasi forma di discriminazione... inflitte da un agente della funzione pubblica o da ogni altra persona che agisca a titolo ufficiale, o su sua istigazione, o con il suo consenso espresso o tacito. Tale termine non si estende al dolore o alle sofferenze risultanti unicamente da sanzioni legittime, inerenti a tali sanzioni o da esse cagionate" (AA.VV., 1984).

Questa definizione è stata criticata (van Willigen L., 1992) perché sembrerebbe escludere (anche se di fatto ciò non accade) le persone vittime di violenze esercitate da ribelli o gruppi o terroristi che controllano illegalmente parti di territorio, ignorando i mandati nazionali o internazionali, oppure le vittime della violenza correlata con le guerre e che viene commessa regolarmente durante tutti i tipi di conflitti. Inoltre alcune punizioni autorizzate da leggi nazionali o condivise e tollerate dalla società di appartenenza (per esempio la lapidazione, la mutilazione dei genitali, la fustigazione ecc.) che di fatto ripropongono la tortura come strumento per legittimare la sua applicazione, a mio avviso dovrebbero essere incluse nella definizione approvata dalle Nazioni Unite.

Ma è Marcelo Viñar (1989), psicanalista uruguayano riconosciuto rifugiato in Francia, che definisce la tortura in modo più accurato come “ogni comportamento intenzionale, qualunque siano i metodi utilizzati, che ha il fine di distruggere il credo e le convinzioni della vittima per privarla della struttura di identità che la definisce come persona”.

Anche se è oggettivamente riduttivo e troppo schematico parlare di tortura fisica o mentale (perché tutte le volte che viene inflitta una tortura fisica automaticamente si verificano anche conseguenze psichiche e viceversa), nella pratica la tortura viene suddivisa in 3 tipi: fisica, psicologica (definita anche tortura bianca o senza contatto, in quanto non lascia segni fisici visibili) e sessuale.

Da questa breve premessa, si può certamente affermare che il fenomeno della migrazione forzata differisce fortemente dalla migrazione “volontaria” finalizzata al miglioramento della propria condizione socio-economica. Infatti, i migranti forzati spesso condividono un “drammatico passato traumatico, minaccioso per la integrità e la continuità psichica, che include l’esposizione a violenza correlata con la guerra, aggressione sessuale, tortura, incarcerazione, genocidi e altre forme di minacce e annichilazione personale” (Friedman M., Jaranson J., 1994). A differenza dei migranti “volontari”, i rifugiati sono persone costrette ad abbandonare il proprio paese, non perché disoccupati o sottopagati ma perché vittime di violenza, umiliazioni, minacce, persecuzioni, ecc. Come messo in evidenza da numerose pubblicazioni, la tortura e la violazione dei diritti umani fondamentali continuano ad essere praticate sistematicamente in numerosi paesi del mondo. I dati principali della situazione dei diritti umani nel mondo nel 2009, contenuti nel Rapporto annuale curato da *Amnesty International* (2009) (i dati si riferiscono al periodo gennaio-dicembre 2008) sono:

- *Limitazioni alla libertà di espressione sono state imposte in almeno 81 paesi.*
- *Almeno 2390 prigionieri sono stati messi a morte in 25 paesi. Il 78% delle esecuzioni ha avuto luogo nei paesi del G20.*
- *Esecuzioni extragiudiziali od omicidi illegali sono stati commessi in oltre 50 paesi. Il 47% di questi crimini è stato riscontrato nei paesi del G20.*
- *Torture e altre forme di maltrattamento sono state compiute, nel corso degli interrogatori, in circa 80 paesi. Il 79% delle torture e dei maltrattamenti si è registrato nei paesi del G20.*
- *Processi iniqui sono stati celebrati in circa 50 paesi. Il 47% di essi si è svolto nei paesi del G20.*
- *Prigionieri sono stati sottoposti a periodi di detenzione prolungata, spesso senza accusa né processo, in circa 90 paesi. Il 74% di queste detenzioni ha avuto luogo nei paesi del G20.*
- *Persone che chiedevano asilo politico sono state respinte da almeno 27 paesi verso stati in cui sono andate incontro ad arresti, torture e morte.*
- *Prigionieri di coscienza sono finiti in carcere in almeno 50 paesi.*
- *Sgomberi forzati sono stati eseguiti in almeno 24 paesi.*

Noi sappiamo che tutto ciò succede in questo mondo, in realtà, anche in questo preciso momento, ma non possiamo e non dobbiamo far finta che nulla stia accadendo quando migliaia di persone subiscono la grave violazione dei diritti umani fondamentali. Noi non siamo solo operatori, medici, psicologi, religiosi, poliziotti, avvocati, ecc. Siamo soprattutto testimoni dell'orrore del presente e dobbiamo evitare di ignorarlo e rimanerne indifferenti, come successe alle società civili durante lo sterminio nazista e gli altri grandi genocidi del XX secolo. Dobbiamo dare voce a chi è stato costretto al silenzio, a chi non ha energia e strumenti per denunciare i persecutori, a chi ha paura delle ritorsioni verso i familiari rimasti a casa.

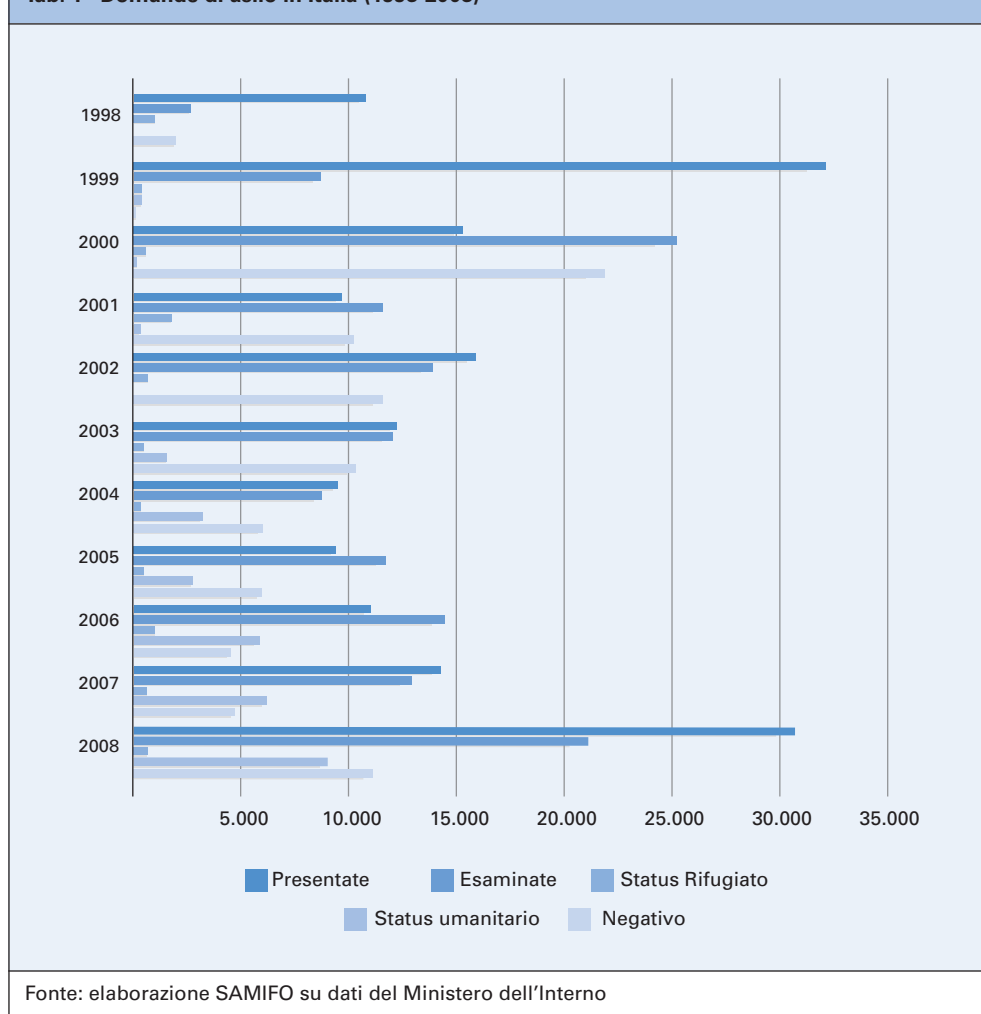
Quanti sono i migranti forzati nel mondo e nel nostro paese? Da dove fuggono?

Esula dal mio compito trattare approfonditamente questo argomento ma ritengo necessario fornire alcuni dati epidemiologici per una maggior comprensione del fenomeno, per avere una visione, seppur parziale, della situazione socio-politica e della violazione dei diritti umani nel mondo attuale. Per una completa visione sui dati riguardanti i migranti forzati, richiedenti asilo, rifugiati, sfollati, apolidi si rimanda a pubblicazioni specifiche quali il *Rapporto annuale del Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati* (Fondazione Cittalia – ANCI Ricerche, 2009) o l'“*Asylum levels and trends in industrialized countries*” (UNHCR, 2009). Secondo questi report alla fine del 2008, erano, in tutto il mondo, circa 42 milioni le persone costrette a lasciare la propria terra (forcibly displaced people). Questo dato include 15,2 milioni di rifugiati, 827.000 richiedenti asilo e 26 milioni di sfollati (internally displaced persons - IDPs). Le donne rappresentano circa il 47% dei richiedenti asilo, il 50% dei rifugiati e il 50% degli sfollati all'interno del proprio paese, mentre i minori di 18 anni costituiscono il 44% dei rifugiati e dei richiedenti asilo. I principali paesi ospitanti i rifugiati nel 2008 sono stati gli stessi del 2007 e contribuiscono per quasi il 50%. Il Pakistan ospita circa 1,8 milioni di rifugiati e rappresenta il paese con il più alto numero al mondo, seguito dalla Siria con 1,1 milioni, Iran con quasi 1 milione, Germania con 583.000, Giordania con circa 500.000, Chad con 330.000 e Tanzania con 322.000. Gli afgani con oltre 2,8 milioni di persone e gli iracheni che ne contano circa 1,9 milioni rappresentano approssimativamente il 45% dei rifugiati nel mondo sotto la responsabilità dell'UNHCR mentre i somali e i sudanesi costituiscono il terzo e quarto gruppo rispettivamente con circa 561.000 e 419.000 rifugiati, seguiti dai colombiani (poco meno di 374mila) e congolesi (368mila ca.). Nel primo semestre del 2009, i dati contenuti nel Rapporto “*Asylum levels and trends in industrialized countries*”, pubblicati dall'UNHCR confermano quanto osservato nel 2008 circa i principali paesi di provenienza dei nuovi richiedenti asilo (Iraq, Afghanistan, Somalia) e la tendenza all'incremento delle domande di protezione presente già negli ultimi 2 anni. Sono state infatti registrate circa 185.000 nuove richieste, il 10% in più rispetto al primo semestre del 2008. La maggior parte delle domande (139.600) sono state inoltrate nei 38 paesi europei inclusi nel report. Gli Stati Uniti d'America accolgono circa il 13%

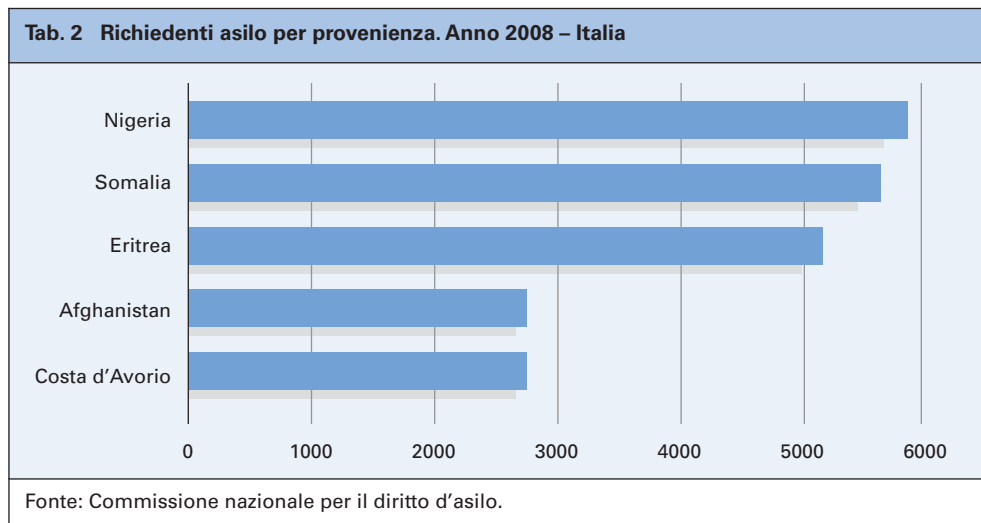
del totale delle nuove richieste di asilo, continuando ad essere il primo paese industrializzato, seguito da Francia (10,5%), Canada (10,1%) Regno Unito (9,5%) Germania (6,5%) e Svezia(5,5%). L'Italia, che nel 2008 con oltre 31 mila domande di protezione rappresentava il quarto paese dopo USA, Canada e Francia, è scesa, nel primo semestre del 2009, al settimo posto subito dopo la Svezia. Sono state presentate nel nostro paese circa 10.000 nuove richieste d'asilo (5,4% del totale dei paesi inclusi nel report).

Nella tabella 1 (elaborata dal SAMIFO su fonte del Ministero dell'Interno) viene riassunta la situazione in Italia nel periodo che va dal 1998 al 2008. Include il totale, per anno, delle domande d'asilo presentate, esaminate e l'esito. In alcuni anni come nel 2000, 2001, 2005 e 2006 le domande esaminate superano quelle presentate a causa delle domande rimaste precedentemente inevase.

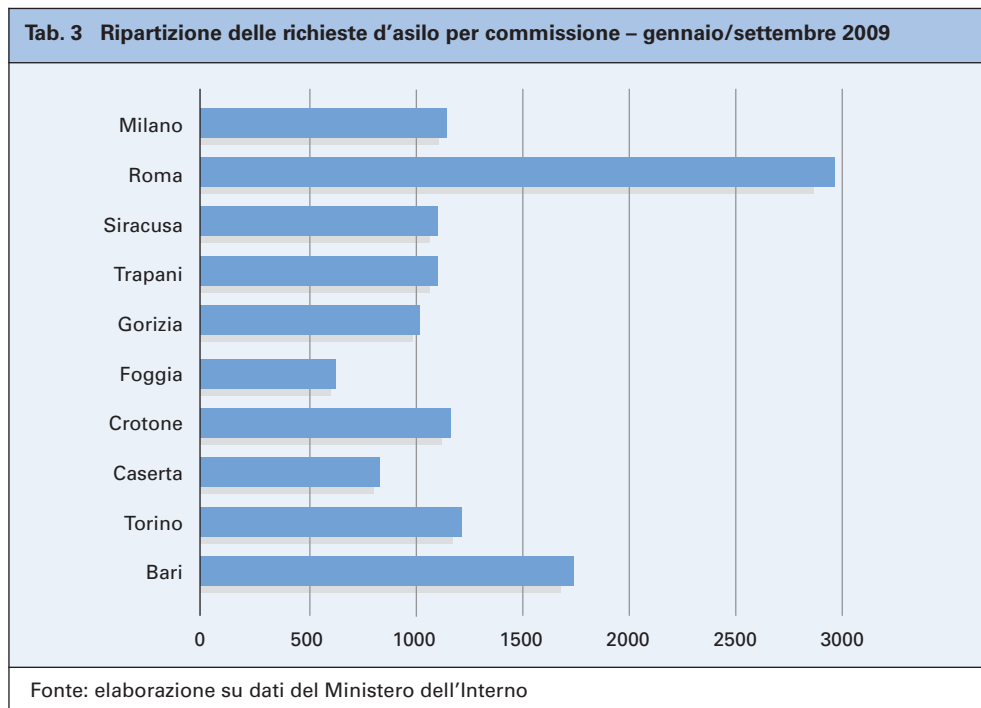
Tab. 1 Domande di asilo in Italia (1998-2008)



Nella tabella che segue viene illustrata la provenienza dei richiedenti asilo in Italia nel 2008. I principali 5 paesi inclusi nella tabella rappresentano oltre il 55% del totale delle domande. Ad essi andrebbero aggiunti il Ghana (1674 domande), il Bangladesh (1322), il Pakistan (920), la Serbia (851) e il Togo (829).

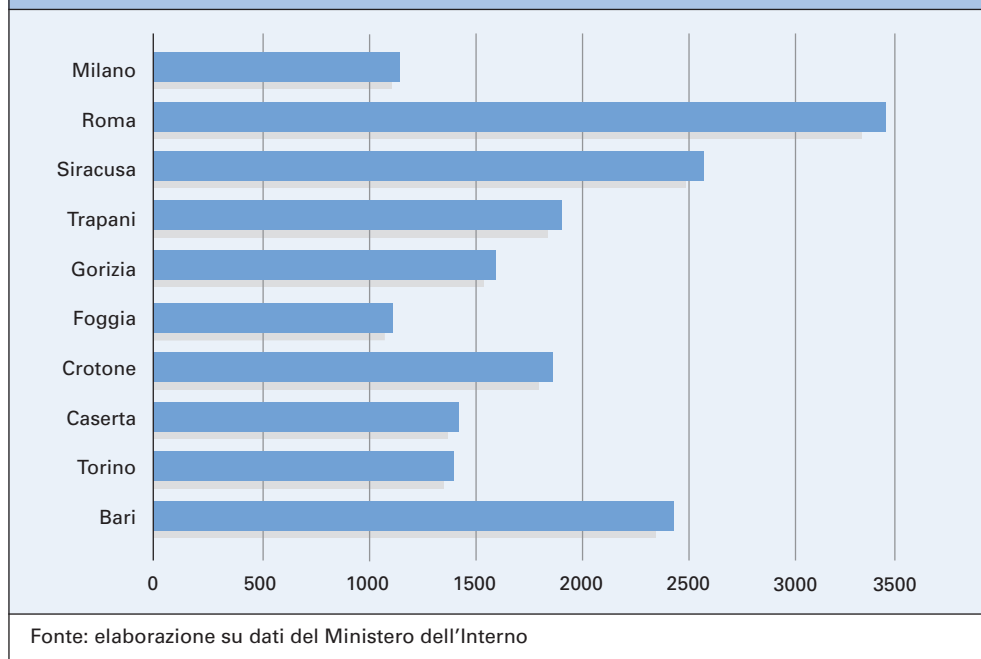


Dai dati elaborati dal Viminale, nei primi nove mesi del 2009, sono state inoltrate 12.857 domande di protezione alle Commissioni territoriali (Tabella 3).



A causa delle istanze pendenti, le 10 Commissioni hanno invece esaminato 18.970 richieste (Tabella 4), un numero maggiore rispetto alle richieste d'asilo, la cui provenienza è per quasi il 20% dalla Nigeria (3.304 richieste), seguita dalla Somalia (1.385), Bangladesh (1.299), Pakistan (1.159) e Ghana (677). La Commissione territoriale di Roma risulta quella con maggior numero di richieste e di pratiche esaminate.

Tab. 4 Ripartizione delle pratiche esaminate per commissione – gennaio/settembre 2009



Alla fine del 2008 i rifugiati in Italia ammontavano ad oltre 47mila¹ (Fondazione Cittalia – ANCI Ricerche, 2009). Nonostante il trend in crescita della presenza di migranti forzati in possesso di una qualsiasi forma di protezione internazionale (asilo e protezione sussidiaria) ed umanitaria, la presenza dei rifugiati in Italia è inferiore rispetto ad altri paesi europei, sia in termini assoluti che relativi. Infatti alla fine del 2008 le persone con lo status di rifugiato in Germania sono circa 580mila, nel Regno Unito circa 290mila, e in Francia 160mila mentre i Paesi Bassi ne ospitano circa 80mila. L'incidenza dei rifugiati sul totale della popolazione è pari ad oltre 7 persone ogni 1000 abitanti in Germania, circa 5 nel Regno Unito, 8,8 in Svezia, mentre in Italia vive appena 1 rifugiato ogni 1.500 abitanti, ovvero 0,7 ogni 1000 abitanti.

1. Fonte UNHCR. Il dato non comprende i minori e i rifugiati riconosciuti in una data anteriore al 1990.

4

La complessità dei bisogni dei rifugiati

Dalla nostra pluriennale esperienza nel campo della difesa dei diritti dei richiedenti asilo, rifugiati e diniegati, in particolare per la tutela della salute mentale, abbiamo notato che qualsiasi comportamento o azione mirati a calmare il dolore e lo stress, a ricostruire la fiducia nell'essere umano e a ridare dignità e speranza alle vittime di tortura rappresentano "atti terapeutici". Oltre agli interventi specifici sulla salute fisica (visite, accertamenti, diagnosi, trattamento) e mentale (visite specialistiche psichiatriche e psicologiche, prescrizione di psicofarmaci, terapie di sostegno e orientamento, psicoterapie, etc.) riteniamo che siano altrettanto utili gli interventi in ambito sociale, economico, legale e relazionale. Gli effetti della relazione operatore-utente possono aiutare le vittime in qualsiasi momento del percorso di ricostruzione della identità lesa dalla tortura e dalle violenze intenzionali. Le vittime devono sentirsi accolte, accettate e comprese, libere di poter parlare dei sintomi e del malessere senza il rischio di interpretazioni o paragoni da parte dell'interlocutore. L'atmosfera di fiducia, l'empatia e l'affidabilità del terapeuta e dell'operatore favoriscono racconti più personali e mettono la vittima in condizione di elaborare il vissuto, integrarlo costruttivamente nella propria identità e di lottare per superare il danno (Barudi J., 2009). I bisogni dei migranti forzati "sono bisogni complessi, che includono bisogni materiali (casa e lavoro), bisogni affettivi e di socializzazione, bisogni di cura, bisogni di significato" (Taviani A., 2003).

Da quanto esposto risulta evidente che gli effetti e gli esiti delle violenze sulle vittime, sulle famiglie e sul personale coinvolto nell'accoglienza, orientamento, accompagnamento e trattamento rappresentano questioni chiave per programmare al meglio le strutture socio sanitarie a loro dedicate, nei paesi di provenienza, nei campi profughi, nei paesi di transito ma soprattutto di destinazione. Esiste una ampia letteratura sulle conseguenze fisiche e psichiche della tortura e delle violenze intenzionali infamanti. Ad esempio, *il Protocollo di Istanbul* (1999) manuale per lo studio e la documentazione di tali esiti, elaborato nel 1999 da un folto gruppo di esperti internazionali e pubblicato dall'Alto Commissariato per i diritti umani delle Nazioni Unite, rappresenta un punto di riferimento scientifico obbligato per chi si (pre)occupa dei migranti forzati. Altrettanto interessante risulta quanto osservato e riportato da M. Basoglu (1997); l'autore ha evidenziato che i non attivisti politici, arrestati durante una dimostrazione di protesta, hanno significativamente manifestato maggiori sintomi riferibili al disturbo post traumatico da stress (58,5% vs. 18%) e alla depressione (24% vs. 4%) rispetto agli attivisti, pur essendo stati sottoposti a violenze relativamente minori. La minore preparazione psicologica al trauma sembra essere un fattore predittore lo sviluppo di disturbi psichici nelle vittime.

5

Le conseguenze della tortura: uno sguardo particolare alla salute mentale dei rifugiati

La violenza intenzionale determina gravi conseguenze fisiche, neurobiologiche, mediche, psicologiche, sociali ed economiche sia a breve che a lungo termine (Gerrity E. et al., 2001).

Gli esiti fisici (che, come abbiamo visto, inevitabilmente determinano anche conseguenze sulla integrità e continuità psichica, spesso più gravi delle stesse lesioni fisiche) dipendono direttamente dal tipo di tortura inflitta, dalla sua durata e gravità, o possono rappresentarne la conseguenza indiretta (per esempio ferite, fratture o malattie malcurate, malattie carenziali da malnutrizione, ecc.). I segni e i sintomi possono essere rilevati immediatamente, a pochi giorni di distanza o potrebbero più facilmente evidenziarsi successivamente, anche a notevole distanza di tempo dal trauma (Santone G., 2009).

Alcune review della letteratura scientifica (Goldfeld A.E. et al., 1988; Rasmussen O.V. et al., 2006) hanno messo in evidenza le diverse sequele fisiche in persone vittime di differenti forme di tortura. Le più comuni riguardano il sistema muscolo scheletrico e cutaneo (dolore cronico, differenti cicatrici della pelle, malattie parassitarie, esiti di fratture, mutilazioni, ecc.), l'ipoacusia da "telefono" (forma di tortura in cui i persecutori colpiscono simultaneamente e violentemente i padiglioni auricolari con le palme delle mani), le malattie sessualmente trasmissibili, l'infertilità, gravidanze da stupri, aborti spontanei, alcune forme di disfunzioni sessuali e di atrofia testicolare. Dall'esperienza maturata nel nostro centro abbiamo riscontrato anche frequenti esiti a carico dell'apparato gastrointestinale, dentale, e disturbi della vista (Spina A., Madonia L., 2009). Alcuni autorevoli professionisti (Bracci C., Norcia G., 2009) distinguono gli esiti fisici da violenza intenzionale in 5 tipi:

1. Esiti che sono con evidenza conseguenza di tortura.
2. Esiti di traumi contusivi multipli che per la loro localizzazione, morfologia e molteplicità sono riferibili a percosse inferte volontariamente.
3. Esiti di lesioni procurate nel corso di episodi di violenza sessuale.
4. Esiti di lesioni prive di specificità, ma che, per i loro caratteri, sono riferibili a situazioni in cui non sono state prestate cure mediche.
5. Esiti indicativi di permanenza prolungata in condizioni igieniche pessime.

Inoltre bisogna ricordare le malattie fisiche collegate allo stress; quest'ultimo, infatti, può determinare una serie di reazioni neuro-psico-immuno-endocrinologiche, causando nell'organismo un'alterazione deficitaria del sistema immunitario e conseguente aumento della suscettibilità alle infezioni, ai tumori, alle malattie cardiache nelle vittime (AA.VV., 2002).

Il dolore e lo stress che la tortura determina a livello psichico, talvolta invisibile all'occhio umano, sembrano essere molto più distruttivi e disabilitanti delle conseguenze fisiche. La sintomatologia psichica presente nelle persone vittime di tortura è inserita secondo la nosologia classica nelle reazioni psicotraumatiche e più precisamente nella reazione acuta da stress, nel disturbo post traumatico da stress (PTSD), nella depressione maggiore, nella modificazione duratura della personalità dopo esperienza catastrofica e in altre categorie diagnostiche. Il quadro sintomatologico più frequentemente riscontrato, che analizzeremo più dettagliatamente in seguito, è caratterizzato prevalentemente da intrusioni diurne e notturne (ricordi e incubi angoscianti del trauma subito) con associate reazioni emotive e fisiche, disturbi del sonno, della memoria, dell'attenzione e della concentrazione. Spesso si accompagnano a sintomi depressivi, sospettosità, facile irritabilità, labilità emotiva, episodi dissociativi, condotte di evitamento, ideazione suicidaria, abuso di sostanze e sintomi somatoformi. È estremamente importante ricordare che alcuni sintomi cognitivi (deficit dell'attenzione e della memoria), possono essere responsabili delle apparenti contraddizioni nella narrazione della propria storia traumatica, che potrebbero mettere in difficoltà professionisti della salute o membri delle commissioni territoriali preposte all'analisi delle domande di protezione. Infine, può accadere che le stesse vittime possano dubitare della loro memoria a causa della indicibilità delle violenze subite. Primo Levi in *Se questo è un uomo* (1947, p. 106) afferma: "Oggi, questo vero oggi in cui sto seduto a un tavolo e scrivo, io stesso non sono convinto che queste cose siano realmente accadute".

Queste apparenti reazioni ambigue e incongrue con associate oscillazioni contraddittorie della memoria, sono spesso la tipica risposta delle vittime di violenze atroci e non legati a quei disturbi definiti fittizi dove la sintomatologia viene manifestata per ottenere un vantaggio secondario.

Ma la tortura distrugge la persona non solo nel corpo, nella mente e nello spirito. Al dolore e allo stress psichico e fisico bisogna aggiungere la perdita anche del proprio "capitale sociale", cioè quei "fattori che favoriscono la coesione e l'integrazione sociale, intrinseche ai sistemi sociali stessi, quali la consanguineità e la famiglia, il matrimonio, l'amicizia ed il sostegno reciproco nei vari gruppi sociali, religiosi o politici locali" (Putnam R.D., 2004). Recentemente J. Jaranson, et al. nel 1998 hanno affermato che "...i rifugiati rappresentano il gruppo a maggior rischio di sviluppo di disturbi mentali ma anche il più carente nel ricevere il trattamento adeguato. Le esperienze premigratorie, migratorie e postmigratorie contribuiscono allo sviluppo del rischio..."

Questo è quello che realmente succede ai nostri utenti; la fuga salvifica dei migranti forzati si accompagna ad una costellazione di perdite multiple, ed è più delle volte preceduta da drammatici avvenimenti traumatizzanti. Lasciare il proprio paese e andare verso la salvezza significa pagare un prezzo elevato: la rottura dei legami familiari (le genitorialità bruscamente interrotta), i sensi di colpa, la sindrome da sopravvissuto, la perdita del ruolo sociale. Nella Tabella 5 vengono riassunti gli eventi traumatici che le vittime possono subire nel proprio paese d'origine.

Tab. 5 Trauma prolungato multidimensionale: il trauma premigratorio	
Il contesto nel paese d'origine	
<i>Condizioni di violenza estesa nel territorio o esercitata su gruppi, nuclei o singoli individui. Speranza di vita e di sopravvivenza ridotta</i>	Violenza correlata con la guerra
	Disastri ambientali, carestie, epidemie
	Violenze, minacce, terrore
	Persecuzione, abusi sessuali
	Reclusioni forzate, tortura
	Deprivazione e costrizioni
	Testimonianza di violenze
	Scomparsa o morte di persone care
	Perdite di affetti, posizione economica e ruolo sociale
	Insicurezza, sospettosità, paura
	Fuga
Danon M., Miltenburg A., (2001) Santone G., Gnolfo F., (2008)	

I sopravvissuti alla tortura spesso non hanno altra scelta che essere costretti alla fuga, di solito improvvisa, impossibilitati ad avvisare familiari o amici, senza un preciso progetto migratorio. Fuggire per non morire, non per vivere meglio ma semplicemente per vivere. La fuga è anche di per sé un evento traumatizzante in quanto vissuta in condizioni di insicurezza, di precarietà e di rischio (Losi N., 2000). Talvolta i traumi vissuti durante la fuga (traumi migratori) possono essere più gravi di quelli premigratori (Tabella 6).

Tab. 6 Trauma prolungato multidimensionale: il trauma migratorio	
La fuga e il viaggio	
<i>Esposizione a pericoli e traumi continui</i>	Partenza forzata, improvvisa con frequente impossibilità di avvisare le persone care
	Permanenza prolungata in campi profughi
	Viaggi drammatici, malnutrizione, malattie non curate, aggressioni, talvolta morte dei compagni di viaggio
	Sfruttamento e violenze, comprese quelle sessuali
	Detenzione nei paesi di transito
	Respingimenti
Danon M., Miltenburg A., (2001) Santone G., Gnolfo F., (2008)	

Dopo la fuga e il viaggio, giunti finalmente nel paese che spesso non hanno scelto, i migranti forzati si vengono a trovare in un contesto definito da diverse norme culturali, dal cambiamento delle abitudini e degli stili di vita spesso associate alla precarietà, fattori di per sé traumatogeni. La permanenza dei migranti sul territorio del paese che li ospita è segnata dai “fattori a rischio” e dalle “incertezze” legate ai processi di integrazione. Il difficile contesto del paese d'accoglienza può rappresentare un ulteriore trauma aggiuntivo (Tabella 7).

Tab. 7 Trauma prolungato multidimensionale: il trauma postmigratorio	
Il contesto del paese d'accoglienza	
<i>Politiche di deterrenza e fattori di rischio per la salute mentale</i>	Respingimenti, rimpatri forzati, rischio detenzione, perdita di libertà
	Cambiamento di abitudini e stili di vita, shock culturale
	Allontanamento dalla rete familiare e sociale
	Disoccupazione, lavoro precario e senza contratto
	Alloggi di fortuna, povertà
	Discriminazione, marginalizzazione
Danon M., Miltenburg A., (2001) Santone G., Gnolfo F., (2008)	

Trovandosi frequentemente nelle condizioni di profondo malessere psico-fisico e in uno stato di disorientamento, anche culturale, i migranti forzati esprimono il bisogno di essere curati. Nonostante il diritto/dovere di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con l'equiparazione di trattamento ai cittadini italiani, spesso tale diritto risulta negato o di difficile accesso (Tabella 8) aggravando le già precarie condizioni psicofisiche e morali.

Tab. 8 Trauma prolungato multidimensionale: il trauma postmigratorio	
L'accesso ai servizi sanitari	
<i>Diritto negato o ritardo nell'accesso</i>	Barriere all'accessibilità alle informazioni e ai diritti
	Barriere all'accessibilità e alla fruibilità dei servizi
	Disuguaglianza nelle prestazioni
	Rischio di esclusione
Danon M., Miltenburg A., (2001) Santone G., Gnolfo F., (2008)	

In questa difficile situazione devono seguire la procedura della richiesta di protezione internazionale, scandita da appuntamenti (spesso rinviati) con gli operatori appartenenti alle diverse istituzioni. Anche il più ovvio diritto d'asilo, che come abbiamo visto è sancito anche dalla nostra Costituzione, può trasformarsi in un trauma postmigratorio (Tabella 9).

Tab. 9 Trauma prolungato multidimensionale: il trauma postmigratorio	
Le procedure d'asilo	
<i>Diritto spesso negato o riconosciuto tardivamente</i>	Respingimenti
	Politiche di deterrenza, ostacoli nell'accesso
	Complessità della procedura, talvolta durata eccessiva
	Esito incerto
	Detenzione/Perdita di libertà
	Rimpatri
Danon M., Miltenburg A., (2001) Santone G., Gnolfo F., (2008)	

La persona, di fatto, deve far fronte alle molteplici richieste: deve apprendere una nuova lingua, deve adattarsi alle regole e norme sociali spesso sconosciute (uno sforzo continuo per decodificare il nuovo sistema culturale) mentre i valori della sua cultura di origine (i propri schemi culturali, ovvero il mondo dei simboli e di esperienze), già messi in discussione dalla barbaria della tortura e degli altri trattamenti degradanti e disumani, non trovano sostegno nel paese d'accoglienza. Lo sforzo di adattamento, peraltro, viene spesso affrontato in una posizione di debolezza legata alla perdita di "status" nella gerarchia del prestigio sociale e dalla perdita del ruolo all'interno della comunità (Spalazzi D. e Gubinelli M., 2000). Il trovarsi in una situazione di incontro-scontro, tra modelli culturali differenti, sottopone necessariamente la persona migrante ad un ripetuto e continuo sforzo per riconfigurare e ridefinire la propria identità. Nel caso dei migranti forzati lo stress da transculturazione si aggiunge al precedente vissuto traumatico, contribuendo in questo modo alla formazione del trauma multiplo. Il contesto della "nuova realtà che accoglie" ripete, in maniera decisamente meno crudele, la condizione di esclusione e di violenza vissuti nel proprio paese o durante la fuga: la negazione del rispetto e della dignità nei confronti di se stessi. Tale stato nella letteratura scientifica spesso viene chiamato con il nome di stress da transculturazione oppure stress da acculturazione, ovvero definito come una particolare condizione di pressione psicologica che il migrante si trova a dover gestire o subire nello sforzo di adattamento nel paese che lo ospita. Questa fase di esclusione sociale può determinare la riacutizzazione della sintomatologia post traumatica o possono emergere nuovi sintomi psicologici gravemente invalidanti e inquadrabili nei disturbi di adattamento. Foucault descrive in maniera precisa questa condizione: "in realtà quando l'uomo rimane estraneo a ciò che passa nel suo linguaggio, quando non può riconoscere significati umani e vitali nelle produzioni delle sue attività, quando si trova costretto entro le determinazioni economiche e sociali senza poter sentire questo mondo come una patria, allora egli sta vivendo in una cultura che consente il prodursi di patologie".

Lasciare il proprio paese e andare verso la salvezza significa continuare a pagare un prezzo molto alto: la rottura dei legami familiari, i sensi di colpa, la perdita del ruolo sociale. La difficile situazione familiare accompagna le vittime in tutto il loro percorso migratorio, favorendo frequentemente lo sviluppo di una sintomatologia a sfondo depressivo, che aggrava ulteriormente il già precario equilibrio psichico (Tabella 10).

Tab. 10 Trauma prolungato multidimensionale: il trauma familiare	
La situazione familiare	
<i>condizione permanente di stress</i>	Sensi di colpa per l'abbandono e lontananza dei parenti
	Difficoltà a riunire il nucleo familiare, problemi di coppia
	Sentirsi impossibilitati ad aiutare i figli
	Contatti e notizie (spesso negative) con i parenti difficili o impossibili
	Membri della famiglia scomparsi o uccisi
Danon M., Miltenburg A., (2001) Santone G., Gnolfo F., (2008)	

Bisogna infine ricordare che la situazione sociale dei richiedenti asilo e dei rifugiati è ad elevato rischio per la salute psichica e fisica anche a causa della condizione di marginalizzazione o di esclusione sociale. Infatti ai problemi di salute mentale si sommano i problemi di salute aspecifici (Morrone A., Geraci S., 1995; Geraci S., Marceca M., 2000) legati al degrado e alla povertà e che colpiscono generalmente l'apparato respiratorio, gastrointestinale, osteoarticolare, genito-urinario, patologie dermatologiche e ostetrico-ginecologiche. Soprattutto nelle realtà cittadine, Roma ad esempio, una realtà che conosciamo bene: migliaia di rifugiati dormono in edifici occupati o per strada, esposti a intemperie e pericoli "ambientali", si rivolgono alle mense pubbliche, dove anche se si mangia bene, la scelta è ridotta se non addirittura obbligata; nel caso in cui poi una persona ha diverse abitudini alimentari, ha un problema di salute o di intolleranza, non ha alternative. Risulta evidente che non è facile, se non impossibile, adattarsi a queste situazioni e condizioni di vita, fatte di sole privazioni e con la impossibilità di poter scegliere o persino desiderare le cose più normali. Le ripercussioni sulla salute mentale sono, per molti, la ovvia conseguenza: i disturbi di adattamento si fondono con i sintomi preesistenti determinando maggior sofferenza e comportamenti a rischio minacciosi per la propria continuità psichica e fisica.

6

La prevalenza dei disturbi mentali nei rifugiati e vittime di violenza intenzionale

È necessario, per poter studiare e confrontare i risultati della ricerca sui disturbi psichiatrici nei rifugiati, far riferimento ai raggruppamenti nosografici delle malattie universalmente condivisi.

Secondo le due classificazioni internazionali dei disturbi mentali, DSM IV (AA.VV., 2000) e ICD 10 (AA.VV., 2007) esistono diversi quadri clinici post-traumatici. Il DSM IV prevede una diagnosi fondamentalmente orientata alla ricerca scientifica trascurando, quindi, gli aspetti psicologici più fini e privilegiando criteri standardizzabili. Il ICD, invece, nasce come strumento della pratica medica e, come tale, in questo caso, trascura l'oggettività privilegiando gli aspetti della reazione personale all'evento (Lalli N., De Stefano A., 2005).

In entrambe le classificazioni sono contemplati "il disturbo post traumatico da stress" o "le reazioni a gravi stress", in cui l'evento traumatico assume importanza fondamentale in quanto descritto come eccezionale, estremo, al di fuori dell'esperienza comune (come reale minaccia per la propria o altrui incolumità), e il "disturbo dell'adattamento", in cui l'evento in questione è generalmente di tipo "psicosociale" e non implica la possibilità di gravi conseguenze. Soltanto il ICD 10 prevede, invece, la possibilità che un evento traumatico possa addirittura arrivare a modificare in modo permanente la personalità di un soggetto (ICD 10 – F62.0 Enduring personality change after catastrophic experience). Tutti i disturbi, inclusi nelle classificazioni internazionalmente accettate, differiscono tra loro per caratteristiche quantitative e di durata, ma condividono alcuni aspetti qualitativi fondamentali che possiamo illustrare facendo riferimento al PTSD del DSM IV. La prevalenza del disturbo oscilla tra l'1% ed il 9% nella popolazione generale e può raggiungere il 50-60% in sottogruppi di soggetti, come i rifugiati, esposti a traumi considerati gravi. Gli studi epidemiologici indicano inoltre che il PTSD colpisce maggiormente il sesso femminile (Lombardelli et al., 2006). È interessante notare, tra l'altro, che, nei soggetti vittime di gravi traumi, inclusa la detenzione, la presenza di disturbi psichiatrici è quasi una costante. Una recente sistematica review ha analizzato l'impatto della detenzione nei centri di "accoglienza" o di identificazione, sulla salute mentale dei richiedenti asilo e rifugiati, sia adulti che adolescenti e bambini. In queste persone è stata riscontrata un'alta incidenza del PTSD, dei disturbi d'ansia, di reazioni depressive associate a frequenti idee suicide e di disturbi somatoformi. Il PTSD è stato diagnosticato maggiormente nei richiedenti asilo con storia traumatica precedente la domanda di protezione, mentre per le altre diagnosi la detenzione ha agito come trauma attuale. Tutti gli studi esaminati hanno dimostrato l'aumento della prevalenza dei disturbi psichiatrici durante la "reclusione forzata" sia negli adulti che negli adolescenti. Tali disturbi persistevano nel tempo an-

che dopo la liberazione e il riconoscimento della protezione internazionale, attraverso “immagini e eventi umilianti e minacciosi vissuti durante la detenzione” (Robiant K. et al., 2009).

Il PTSD è definito principalmente dalla presenza di sintomi detti “intrusivi” che interferiscono con la vita attuale del paziente e lo costringono a “rivivere” l’evento. Ciò può accadere nello stato di coscienza (o di veglia) in forma di vividi ricordi dell’evento, invasivi e ricorrenti, esperiti con intensa partecipazione affettiva o più spesso come immagini, odori, voci, sapori ecc.; la vittima rivive, come allora, la situazione traumatica, come se il tempo non fosse passato. Questi sintomi possono anche presentarsi durante il sonno come sogni, veri e propri incubi, tanto intensi al punto da risvegliare il soggetto. Altra caratteristica fondamentale è la “iperattivazione del sistema nervoso autonomo” (la porzione del sistema nervoso deputata alla regolazione delle attività non volontarie: battito cardiaco, respiro ecc.) intesa come sensazione di “essere sul filo del rasoio”, nell’aspettativa continua di qualcosa di minaccioso. Nello specifico, quando la vittima viene in contatto con elementi in qualche modo connessi con l’evento traumatico come la tortura, si hanno sintomi come tachicardia, respiro accelerato, tremore, sudorazione e irritabilità (ad esempio trovarsi in un luogo angusto per chi è stato recluso, oppure udire degli spari per chi è stato coinvolto in scontri a fuoco, ecc.). Altra caratteristica del disturbo è la tendenza ad “evitare” di entrare in contatto con situazioni, persone, luoghi o stati d’animo correlabili con l’evento (condotta d’evitamento comportamentale e cognitiva) (Loncar M. et al., 2006). Spesso i rifugiati non ricordano, anche per molto tempo, alcuni dettagli del trauma; è come se l’esperienza venisse “cancellata” per una sorta di difesa inconsapevole dall’evento. Un sintomo particolarmente interessante, conosciuto con il termine “numbing” (in inglese “ottundimento”) è caratterizzato da un ottundimento emozionale ed affettivo per cui la vittima esperisce un sentimento di “distacco”, di estraneità e di scarsa sensibilità a stimoli e situazioni che prima erano in grado di suscitare emozioni (Henigberg N. et al., 2001). Alcuni dei sintomi elencati possono, oggi, essere spiegati alla luce delle conoscenze in materia di neuropsicologia e neurobiologia. Per quanto riguarda i sintomi “intrusivi” e di “evitamento”, essi sono la conseguenza dell’alterazione dei meccanismi che fisiologicamente regolano l’elaborazione delle emozioni e la memoria emotiva. Queste due funzioni vengono espletate da due “centraline” cerebrali, l’amigdala e l’ippocampo, e da una via “ormonale” anch’essa a partenza cerebrale: l’asse ipotalamo-ipofisi-surrene che normalmente regola la risposta dell’individuo in situazioni di crisi, pericolo o intensa emotività. L’amigdala, sede della memoria implicita, e l’ippocampo, sede della memoria esplicita, non riescono a lavorare in sintonia, si sbilanciano e, come conseguenza, i ricordi, ma soprattutto l’emotività ad essi connessa non funzionano più in armonia. Si realizza, dunque, una compromissione della memoria (esplicita) nei confronti dell’evento traumatico o di alcune sue componenti (amnesie psicogene), mentre il ricordo implicito dell’avvenimento rimane integro e può comportare reazioni comportamentali (come impulsi alla fuga), reazioni emozionali, sensazioni corporee ed immagini correlate al trauma (Hackmann A. et al., 2004). Il coinvolgimento di un nucleo cerebrale, l’*accumbens*, e di neurotrasmettitori (so-

stanze prodotte dai neuroni per comunicare) quali noradrenalina, glutammato, dopamina e serotonina sarebbero invece responsabili dell'iperattivazione del sistema nervoso autonomo (Pavic L. et al., 2003). L'ottundimento emotivo dipenderebbe invece da un'alterata produzione di sostanze particolari, coinvolte nell'elaborazione degli stimoli dolorosi: gli oppioidi endogeni (Van der Kolk B.A. et al., 1985). La diagnosi di PTSD, secondo i criteri del DSM IV TR, si pone quando vengono soddisfatte le seguenti condizioni cliniche:

A. La persona è stata esposta ad un evento traumatico nel quale erano presenti entrambe le caratteristiche seguenti:
<ol style="list-style-type: none"> 1) la persona ha vissuto, ha assistito, o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri. 2) la risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore. Nei bambini questo può essere espresso con comportamento disorganizzato o agitato.
B. L'evento traumatico viene rivissuto persistentemente in uno (o più) dei seguenti modi:
<ol style="list-style-type: none"> 1) ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento, che comprendono immagini, pensieri, o percezioni. Nei bambini piccoli si possono manifestare giochi ripetitivi in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti il trauma. 2) sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento. Nei bambini possono essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile. 3) agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (ciò include sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, ed episodi dissociativi di flashback, compresi quelli che si manifestano al risveglio o in stato di intossicazione). Nei bambini piccoli possono manifestarsi rappresentazioni ripetitive specifiche del trauma. 4) disagio psicologico intenso all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico. 5) reattività fisiologica o esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.
C. Evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma e attenuazione della reattività generale (non presenti prima del trauma), come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:
<ol style="list-style-type: none"> 1) sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma. 2) sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma. 3) incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma. 4) riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative. 5) sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri. 6) affettività ridotta (per esempio, incapacità di provare sentimenti di amore). 7) sentimenti di diminuzione delle prospettive future (per esempio aspettarsi di non poter avere una carriera, un matrimonio o dei figli, o una normale durata della vita).

D. Sintomi persistenti di aumentato arousal (non presenti prima del trauma), come indicato da almeno due dei seguenti elementi:

- 1) difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno.
- 2) irritabilità o scoppi di collera.
- 3) difficoltà a concentrarsi.
- 4) ipervigilanza.
- 5) esagerate risposte di allarme.

E. La durata del disturbo (sintomi ai Criteri B, C e D) è superiore a 1 mese.**F. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.**

È necessario specificare se il PTSD è "acuto" (se la durata dei sintomi è inferiore a 3 mesi), "cronico" (se la durata dei sintomi è 3 mesi o più), oppure "ad esordio ritardato" (se l'esordio dei sintomi avviene almeno 6 mesi dopo l'evento stressante).

7

Neuropsicologia del trauma

Dal punto di vista neuropsicologico gli eventi psicotraumatici determinano manifestazioni psichiche e somatiche, logica conseguenza di una esperienza esistenziale segnata da emozioni molto dolorose e difficilmente tollerabili, dalle quali può derivare una disorganizzazione del sistema psicobiologico della persona. La consistenza e il grado dell'esperienza traumatica dipendono dal tipo e dalla durata del trauma, dalla zona del corpo colpita, da caratteristiche individuali quali la vulnerabilità e la resilienza della persona, e da aspetti "esterni" alle vittime.

Inoltre la risposta dei rifugiati al trauma è di natura complessa: l'iperpermnesia, l'iperreattività agli stimoli e il rivivere l'esperienza traumatica, coesistono con l'intorpidimento psichico, l'evitamento, l'amnesia e l'anedonia (AA.VV., 1994; Horowitz M.J., 1978). Sembra che le persone traumatizzate tentino di compensare la propria iperreattività cronica con una chiusura totale a livello comportamentale, evitando gli stimoli che ricordano il trauma, mediante un intorpidimento emozionale sia nei confronti dell'esperienza legata al trauma, sia dell'esperienza quotidiana (Litz B.T. e Keane T.M., 1989). Nelle vittime di situazioni traumatiche, specie se estreme e ripetute nel tempo (come lo stato di guerra, la tortura e la violenza domestica) può persistere, nel corso del tempo, una sorta di cronica iposensibilità nei confronti dell'ambiente esterno, alternata da iperreattività fisiologica intermittente in risposta a stimoli di origine emotiva e a specifiche sollecitazioni che possono indurre il ricordo dell'evento traumatico (AA.VV., 1994). Negli individui affetti da PTSD, sono state riscontrate reazioni psicofisiologiche anormali, a due livelli differenti: in risposta ai ricordi specifici del trauma, e in risposta agli stimoli intensi, ma neutrali (ad esempio, rumori forti), indicando la perdita della capacità di discriminazione degli stimoli stessi (Van Der Kolk B.A., 1994).

Il riconoscimento della presenza, nelle persone traumatizzate, di reazioni fisiologiche anormali in risposta a stimoli improvvisi e intensi, sebbene neutrali, risale ad A. Kardiner (1941) che fu fra i primi a definire in modo sistematico lo stress post-traumatico; egli aveva notato che nei malati di nevrosi traumatica si verificava, "dal punto di vista fisiologico, un abbassamento della soglia di stimolazione e, dal punto di vista psicologico, uno stato di sollecitudine a reazioni di spavento". Giunse così ad affermare che il nucleo della nevrosi era in realtà una "fisionevrosi", vale a dire, un disturbo caratterizzato da risposte biologiche d'emergenza che persistono nel tempo. L.C. Kolb (1987), circa mezzo secolo più tardi, avanzò l'ipotesi che una stimolazione eccessiva del sistema nervoso centrale, al momento del trauma, potesse provocare dei mutamenti neuronali influenzanti negativamente il processo di apprendimento, di assuefazione e di discriminazione degli stimoli: l'anormale risposta d'allarme, caratteristica del PTSD è un esempio di questo fenomeno.

Dal punto di vista cognitivo sembra che l'evento traumatico sia in grado di attivare una condizione di stordimento definita "crying out", alla quale segue un sovraccarico di informazioni che rende difficile o impossibile conciliare i dati connessi al trauma con gli schemi cognitivi pre-esistenti. Più precisamente, la tendenza a rigettare i nuovi contenuti traumatici sarebbe un tentativo fallito di ristabilire l'equilibrio tra vecchi schemi cognitivi e nuovi dati angosciosi rifiutati. Pertanto, sembra che spesso il trauma insorga in relazione all'azione di due processi contemporanei: il diniego dell'evento e la sua ripetizione compulsiva che tendono a opporsi fra loro per gestire l'angoscia, ma che interferiscono con la sana funzionalità dell'individuo (Horowitz M.J., 1978), come frequentemente si osserva nelle vittime di tortura.

Le elevate risposte fisiologiche che accompagnano il ricordo di esperienze traumatiche accadute mesi, anni e persino decenni prima, illustrano l'intensità e la persistenza con cui le memorie traumatiche continuano ad influenzare l'esperienza corrente (Pitman R.K. et Al. 1993). Significativo, a tal proposito, risulta il lavoro di P. Lang (1979), nel quale si dimostra come le immagini mentali con forte carica emotiva si correlano con un aumento significativo dell'attività del sistema nervoso autonomo. Lang ha proposto che i ricordi emotivi fossero immagazzinati come "network associativi" di diversi elementi sensoriali correlati all'esperienza che vengono riattivati quando una persona si trova ad affrontare situazioni che stimolano un numero sufficiente di elementi.

Nonostante ci sia ancora molto da comprendere sugli aspetti psicobiologici e neuropsicologici del PTSD, un messaggio sembra essere abbastanza chiaro: alcune esperienze traumatiche possono evitare in processi di memorizzazione anomali che tendono a non risolversi spontaneamente se non addirittura a persistere nel tempo resistendo a qualsiasi tentativo di trattamento. Tali ricordi possono essere frammentati, non accessibili o parzialmente accessibili, connotati da memorie procedurali invalidanti, dolorose e difficilmente gestibili, intrinsecamente non verbali. La codifica, l'immagazzinamento ed il recupero delle esperienze traumatiche potrebbero essere qualitativamente diversi dalle normali attività mnesiche tali da compromettere il normale assetto biochimico, neurologico ed evolutivo della persona (Van Der Kolk B.A., 2004). Inoltre, come nota Liotti, essere vittima di un evento psico-traumatico comporta, per definizione, l'attivazione del sistema motivazionale dell'attaccamento. Il dolore fisico e psichico, unito alla percezione della propria vulnerabilità, costituisce il più potente attivatore del bisogno umano innato di aiuto, conforto e protezione (attaccamento). La risposta al trauma psicologico comporta l'attivazione non solo dell'innato bisogno di attaccamento, ma anche del modello organizzativo interno (MOI) che lo regola. Aspettative di risposte positive dagli altri e positivo significato attribuito alle proprie emozioni (attaccamento sicuro) da un lato riducono, già sul piano intrapsichico, gli effetti dolorosi del trauma, e dall'altro guidano efficacemente il comportamento, sul piano relazionale, verso interazioni interpersonali reali intrinsecamente capaci di fornire aiuto e conforto. In questo modo il MOI dell'attaccamento sicuro dovrebbe costituire un fattore di protezione nei confronti del PTSD. Viceversa, il MOI dei diversi tipi di attaccamento insicuro e disorganizzato non proteggono dagli effetti psicologici degli eventi traumatici o addirittura li amplificano (Liotti G., 1999a, 1999b).

Non sempre è scientificamente possibile raggiungere la certezza di alcune affermazioni ma indubbiamente, nonostante alcuni dilemmi non confermati dagli studi e dalla ricerca, possiamo affermare che i rifugiati sopravvissuti a esperienze psicotraumatiche estreme, come la tortura, presentano la compromissione della normale abilità umana di integrare le proprie esperienze.

8

Il modello psicosociale nella diagnosi e trattamento delle reazioni psicotraumatiche nei rifugiati

Il concetto di trauma psichico rimanda ad una condizione di impotenza di fronte ad un'esperienza sconvolgente e incontrollabile, che provoca il flusso di sensazioni che non sono contenibili travolgendo le normali difese dell'individuo e imponendo, nello stesso tempo, la messa in atto delle difese disfunzionali e patologiche (Van Der Kolk B.A. et al., 2007). Un evento traumatico mette la persona a nudo di fronte alla propria impotenza esistenziale e alla propria vulnerabilità, le cose non saranno mai più le stesse di prima. Frequentemente i richiedenti asilo, rifugiati, vittime di tortura, afferenti al nostro servizio ci confermano questa diffusa osservazione: "non sono più lo stesso... mi sembra di essere impazzito... non mi riconosco più... ecc.". Molto spesso la migrazione e, a maggior ragione la migrazione forzata, sono già di per sé gli eventi che portano le persone a vivere le esperienze traumatiche.

Come ritiene C. Mariti (2003) in *Donna migrante. Il tempo della solitudine e dell'attesa*, la migrazione, al di là delle molteplici spinte che stanno alla base di essa e del significato che assumono, rappresenta soprattutto un processo di ridefinizione identitaria che coinvolge le dimensioni più intime della persona: le convinzioni, i valori, il carattere, gli affetti, la capacità di fare i progetti per il futuro. Per il rifugiato, "straniero" costretto a lasciare la propria terra, ciò che prima sembrava scontato e ovvio, nel nuovo paese diviene ignoto e non immediatamente prevedibile; la prima difficoltà consiste nel sapersi orientare in un nuovo universo socio-culturale del quale, a volte, non si conoscono neanche i principali punti cardinali ed in cui è facile smarrirsi. Lo straniero si trova spesso a dover cercare un adattamento partendo da una posizione di debolezza, perché è un ospite a casa degli altri e il più delle volte percepisce se stesso come poco gradito. Tale condizione riguarda, in particolar modo, un gruppo specifico dei migranti, i cosiddetti migranti forzati, cioè i profughi, i richiedenti protezione internazionale, i rifugiati e coloro che godono di protezione umanitaria.

Esistono, nella psicologia clinica, situazioni che rappresentano veri e propri paradigmi, e la tortura è una di queste, perché rimette in discussione le nostre concezioni teoriche e tecniche, in una situazione clinica nella quale l'intenzione di nuocere è inequivocabilmente riconoscibile (Sironi F., 2001). Secondo R.K. Papadopoulos (2006) uno dei principali dilemmi, con cui si confronta il clinico che lavora con i traumatizzati da oppressione e violenza politiche, è che le reazioni psicologiche fanno parte di una risposta più ampia agli eventi socio-politici e che, astruendo i sintomi che sembrano patologici dal loro contesto, possiamo distorcere l'atteggiamento unico, adottato dagli individui rispetto alle violenze stesse.

La complessità e la specificità delle problematiche e delle patologie presentate dai sopravvissuti alla tortura impone, nella scelta della modalità di assistenza e cura, un ap-

proccio integrato bio-psico-sociale, che permette una visione completa dei bisogni del paziente e dà la possibilità di trovare le forme di aiuto più idonee per rispondere alla multidimensionalità dei bisogni/necessità (sociale, familiare, educativa e professionale). È opinione diffusa fra i terapeuti operanti nei vari centri dedicati alle vittime di tortura che non è possibile, oltrechè controproducente, trattare i traumatizzati da soli; nello stesso tempo vanno messe in atto tutte quelle iniziative mirate a identificare i sopravvissuti, liberarli dall'isolamento e dalla vergogna che spesso li tormenta.

Le vittime di tortura sono persone sradicate, ma il loro sradicamento, prima d'essere geografico e sociale, è intimo, spesso muto e segreto. L'esilio diventa uno spazio transazionale che costituisce un ponte tra il prima e l'adesso. Tale spazio, inserito in un contesto terapeutico, può fungere da contenitore, una specie di involucro protettivo in cui è possibile riconoscere e condividere il vissuto traumatico, le credenze, i sentimenti e i valori.

Durante il percorso terapeutico il difficile processo di "guarigione" si basa sul tentativo di restaurazione, nei sopravvissuti, del controllo e della cura di sé e della (ri)costruzione dei legami. Il principio di ripristino di un rapporto umano resta centrale in tale processo. La persona logorata e ferita, dal punto di vista psicologico, ricostruisce le facoltà psichiche, danneggiate o deformate dall'esperienza traumatica, soltanto entrando in relazione con altre persone, sperimentando di nuovo la sensazione di fiducia di base, il senso di identità e di competenza. Tutte le persone che incontrano, durante il lungo e tortuoso percorso di riconoscimento di diritti negati nel loro paese di provenienza, possono avere un "ruolo terapeutico": agenti di polizia di frontiera, operatori del privato sociale, medici, psicologici, amici, ecc. Bisogna ricordare, parlando del trattamento psicoterapeutico nei confronti dei migranti forzati, che l'integrazione è un fattore che in gran misura condiziona lo stato di salute mentale; è impossibile proporre qualsiasi trattamento in assenza di minime garanzie sociali che riguardano l'accoglienza, il vitto, l'alloggio, la fruibilità dei servizi.

Quando una vittima di tortura, dopo aver perso il sentimento di appartenenza alla sua cultura, percepisce come ostile la società di accoglienza, che invece dovrebbe garantire protezione, il rischio di manifestare sintomi sintonici con il proprio vissuto/aspettative rappresentano la giusta espressione del vuoto in cui si trova. Alla domanda di salute di una persona proveniente da qualunque cultura non è possibile dare soltanto una risposta di natura puramente bio-medica. È necessario ed inevitabile, in quanto anche la risposta medica contiene una posizione culturale, tenere presente gli aspetti legati alla identità culturale e di appartenenza del paziente stesso. Inoltre, la cultura di provenienza ha un'influenza non irrilevante sull'espressione sintomatica dello stress da trauma; infatti la cultura plasma, in modo più o meno palese, i pensieri e i comportamenti di ognuno di noi. In generale lo sviluppo della struttura individuale (cioè della identità intesa come "qualcosa in cui riconoscersi e essere riconosciuti") acquista forma e forza solo quando collegato al contesto sociale e culturale di appartenenza. Non di rado il riconoscimento dello status di rifugiato (che esclude la possibilità di far rientro nel proprio paese d'origine, pena la decadenza della protezione) non viene vissuto solo come una parziale ricompensa delle umiliazioni subite ma anche come uno strappo definitivo, una negazione del-

la propria identità e dell'apprendimento del ruolo nel sistema sociale di provenienza, faticosamente costruita durante tutto l'arco della propria esistenza. In queste situazioni tristezza e gioia, sicurezza e perplessità rappresentano gli opposti vissuti presenti contemporaneamente.

Sia la lingua che la cultura vengono apprese fino dalla prima infanzia e vengono elaborate e raffinate nell'età adulta, in un «sistema di apprendimento per lo più informale». Nei momenti di sofferenza la cultura dà anche significato al dolore e fornisce le metafore che permettono la sua particolare espressione. La religione e le credenze spirituali influenzano profondamente lo stato mentale; le convinzioni religiose diventano talvolta, nel caso di uno stato di malessere psicologico, potenziali fonti di supporto. Come nota F. Sironi, (2001) i pazienti, che vengono da orizzonti culturali diversi, presentano la stessa sofferenza legata all'effrazione, ma il modo in cui il trauma viene pensato determina direttamente i «sintomi» che essi presentano. Quando vengono sottoposti ad un'effrazione psichica, si ammalano in maniera «culturalmente conforme». Una problematica importante relativa al ruolo della cultura nel PTSD è l'individuazione degli strumenti a disposizione, in un dato ambiente culturale, per aiutare la persona traumatizzata nel processo di guarigione. Una terapia psicologica riflette una particolare visione del mondo e le possibilità che la terapia venga accettata, definita scientificamente come *compliance* (condivisione e adesione al trattamento), aumentano se la vittima percepisce che la cura è in armonia con altre sue convinzioni e credenze, legate strettamente al suo *back-ground* culturale.

Scegliere di sostenere e curare le persone vittime di violenze estreme implica il rischio di provare emozioni forti che possono esporre il lavoratore al «trauma vicario» ponendo gli operatori, coinvolti dalla sofferenza umana, di fronte al fatto che il male è stato operato e agito da parte di un altro essere umano. In questo modo la relazione terapeutica con le persone traumatizzate tende ad essere di notevole complessità, dal momento in cui tutti coloro che prendono parte alla terapia (terapeuta, interprete, mediatore linguistico-culturale, psicologa, ecc.) devono affrontare una serie di esperienze traumatiche difficili e emotivamente di notevole intensità.

La sindrome post-traumatica è la conseguenza del fatto che il tempo da solo non sempre è sufficiente a guarire le ferite. Può sembrare che la diagnosi del Disturbo Post Traumatico da Stress tenti di classificare la complessità dei modi in cui le persone reagiscono a esperienze sconvolgenti come la tortura, ma basandosi sulle osservazioni cliniche (Van Der Kolk B.A., 2007) risulta che la diagnosi del PTSD viene accettata dalle vittime come una legittimazione e un riconoscimento del loro malessere.

B.A. Van Der Kolk (2007) afferma che nonostante il PTSD sia uno dei più frequenti disturbi psichiatrici (Breslau N., 1991; Saxe G.N., 1993), la ricerca sistematica sui possibili metodi per curarlo efficacemente è nella fase iniziale. Secondo M. Biondi (1999) la terapia nei confronti delle persone traumatizzate con la diagnosi del PTSD si basa su tre linee principali: terapia psicofarmacologica, trattamenti psicoterapici e interventi preventivi e di comunità. Secondo questo autore, anche se i risultati degli studi di follow-up a medio e lungo termine sono piuttosto limitati, si può preliminarmente osservare che in molti casi è decisivo integrare tali atteggiamenti in un unico progetto terapeutico.

A prescindere dall'orientamento teorico e dalle tecniche applicate, lo scopo della terapia a sostegno delle persone vittime di violenze estreme è di aiutarle a passare da una situazione in cui sono condizionate e ossessionate dalle "idee parassite" dal passato a una situazione in cui si sentono attive, autonome e capaci di far fronte alle situazioni del presente. Perché tale risultato possa essere raggiunto è importante che i trattamenti terapeutici abbiano due ingredienti fondamentali: espressione di emozioni e risposte affettive collegate al trauma, ripristino delle capacità di contatto e fiducia (Biondi M., 1999).

9

La relazione terapeutica e la presa in carico dei rifugiati

Noi medici, psichiatri, psicologi, operatori socio-sanitari, mediatori, ecc. che lavoriamo quotidianamente con i rifugiati sappiamo che la relazione con le vittime di tortura è estremamente complessa, esigente e emotivamente intensa. In genere giungono a visita psichiatrica o psicologica inviati da medici di base, da operatori legali, operatori socio-sanitari di centri di accoglienza. Al primo incontro, dopo la presentazione delle persone presenti, il paziente viene informato sul ruolo e funzione del terapeuta e più in generale degli operatori coinvolti, sulla organizzazione del servizio, sul diritto ad essere curato gratuitamente nel rispetto della privacy e del segreto professionale. La conoscenza delle realtà socio politiche dei paesi di provenienza, di quelli attraversati nel percorso migratorio, le competenze cliniche, sociali, culturali e geografiche favoriscono la fiducia nel personale coinvolto nel processo di cura o di guarigione. È necessario informare le vittime che sono libere di rispondere alle domande, di chiedere spiegazioni, di alzarsi o persino di abbandonare il colloquio in qualsiasi momento. Devono assolutamente avere la sensazione di sentirsi totalmente libere. Nella nostra esperienza questa iniziale procedura mette a proprio agio le vittime favorendo la fiducia nelle persone presenti alla visita. Si informano le vittime che nel primo colloquio ci concentreremo sulla situazione attuale, sulla ricerca dei sintomi e disturbi che rendono la vita dolorosa, in modo da trovare le cure più adatte ad alleviare lo stress e l'angoscia. È evidente e inevitabile, anche se con "leggerezza", far riferimento alle violenze subite, soprattutto quelle che sono alla base della migrazione forzata.

Durante i colloqui bisogna sempre eliminare o ridurre al minimo inutili stati di sofferenza che potrebbero compromettere l'intervento terapeutico. Va assolutamente evitato che il "contesto terapeutico possa essere vissuto come una ripetizione della relazione di influenza" (Sironi F., 2001). Ciò vuol dire che la terapia, come la tortura, è un importante strumento di potere e di influenza; quindi, anche se è difficile immaginare al primo colloquio il contesto in cui si è stati sottoposti alla tortura, vanno evitati comportamenti che possono essere interpretati e paragonati alla tortura, e che possono generare fenomeni di riving con conseguente rischio di abbandono della terapia. In questo senso particolare attenzione va inoltre riservata all'arredamento dei locali e alla localizzazione dell'ambulatorio, soprattutto in una grande città dove è impossibile spostarsi a piedi... I richiedenti asilo soprattutto nei primi periodi sono sprovvisti di qualsiasi risorsa economica, quindi è difficile spostarsi con i mezzi pubblici se non a rischio di essere multati ma, soprattutto, di essere umiliati. Per tale ragione sarebbe preferibile la centralità delle strutture sanitarie e di accoglienza oltre che fornire loro tessere o biglietti.

Attraverso il primo colloquio si esplora la storia del paziente. La raccolta delle informazioni e dei dati riguarderà inizialmente gli aspetti sociodemografici (dati anagrafici, storia familiare e personale, lingua, religione, gruppo etnico di appartenenza, titolo di studio, lavoro, notizie mediche, situazione logistica e legale in Italia, ecc.) e successivamente informazioni clinico-diagnostiche (sintomatologia, decorso, situazioni nelle quali generalmente compaiono i disturbi, ecc.). Si chiedono loro informazioni sul viaggio, quando e come sono arrivati in Italia, dove alloggiano e più in generale come si trovano nel nostro paese. La persona vittima di tortura deve percepire già nel primo incontro un clima di fiducia, di sicurezza, di preparazione e di esperienza. Potrebbe risultare utile la somministrazione di scale di valutazione psicodiagnostiche prevalentemente mirate a individuare gli eventi traumatici, quantizzare i sintomi post-traumatici e quelli di valutazione globale in modo da valutarne l'andamento nel tempo.

Di solito all'inizio del primo incontro i pazienti sono silenziosi, ascoltano attentamente ciò che diciamo ma rispondono in modo sintetico e senza approfondimenti alle nostre sollecitazioni, hanno paura, talvolta appaiono dubbiosi se non addirittura diffidenti, spesso sembra che il loro pensiero sia altrove. Talvolta sembrano fortemente angosciati, incapaci di esprimersi e, a domande che possono indurre ricordi dolorosi rispondono frequentemente con crisi di pianto. Questo rappresenta un momento emotivamente molto forte e il rischio che lo stato d'animo della vittima possa contagiare i partecipanti al setting terapeutico è elevato. Si cerca di rasserenare il paziente, di spiegare che il suo malessere è la "normale" reazione a quanto vissuto. Si evita, in questa fase, di affrontare in modo affrettato, superficiale e prematuro gli eventi traumatici, senza comunque sottrarsi nel dare il nostro sostegno e nel fare riferimenti chiari sulla nostra netta contrarietà riguardo la violazione dei diritti umani fondamentali. È utile a volte "paragonare il processo di guarigione ad una maratona... un test di resistenza che richiede una lunga preparazione e pratiche ripetitive" (Herman J.L., 1992).

Si spiega la funzione dei sintomi. In questa fase non bisogna mai fermarsi di parlare, di dare informazioni e spiegazioni e fare domande adeguate. Va assolutamente "evitato che il paziente vada in trance, attivare il processo di rianimazione psichica" (Sironi F., 2001). Durante i colloqui ci si accerta sempre, e anche più volte durante la stessa seduta, della completa comprensione di quanto esposto, verificando che abbiano realmente capito, chiedendo loro di ripetere le nostre riflessioni o indicazioni. Estremamente importante risulta anche la comunicazione non verbale (mettere a disposizione fazzoletti di carta per asciugarsi le lacrime, offrire caramelle o acqua, fare smorfie che esprimono la identificazione parziale con il loro dolore, ecc.). Alla fine del primo colloquio dovremmo essere in grado di programmare le successive visite che dovrebbero rispettare una cadenza pressoché costante e non oltre le 2 settimane di distanza.

Per quanto riguarda la terapia farmacologica il paziente viene informato della decisione di prescrivere psicofarmaci; devono essere fornite tutte le informazioni riguardanti gli effetti desiderati ed indesiderati, la modalità di assunzione e la durata del trattamento. Si richiede l'adesione al trattamento e, nel caso affermativo, di non interromperla autonomamente. Infine, dopo aver valutato le risorse della vittima e del contesto nella sua globalità, in accordo con il paziente, gli operatori dei centri di accoglienza

ed il mediatore linguistico culturale, si provvederà a disegnare un piano terapeutico. Bisogna accertarsi che il paziente abbia realmente compreso il senso del processo terapeutico, prima di procedere alla sua applicazione (Sales P.P., 2006). L'uso giudizioso di farmaci psicotropi oltre a ridurre alcuni sintomi gravemente invalidanti favorisce la presa di fiducia nel nostro sistema di cura e l'accettazione e la comprensione della psicoterapia (Jaranson J., 1991) Nonostante la verifica della comprensione delle indicazioni terapeutiche è abituale che le vittime assumano i farmaci irregolarmente o che interrompano la terapia per ragioni spesso legate alla non comprensione e al non ricordo delle indicazioni.

In accordo con Jablensky et al. (1994) abbiamo osservato che, nonostante la diversità degli eventi traumatici, le conseguenze a livello psichico sono marcatamente simili, indipendenti da culture, classe sociale, genere, appartenenza etnica o religiosa; ciò suggerirebbe l'implicazione di una via comune del sistema nervoso centrale (Basoglu M., 1992a) comunque non confermata da più recenti studi.

In una prima fase la terapia deve porsi come obiettivo la stabilizzazione della sintomatologia. In questo periodo dove i sintomi fisiologici (intrusioni, insonnia, evitamento, ecc.) sono gravemente invalidanti si rende spesso necessario l'uso di psicofarmaci. Il passo successivo sarà quello di spiegare la tecnica psicoterapeutica, dove indicata e praticabile, nella maniera più chiara e comprensibile possibile, usando un linguaggio non scientifico e se necessario ricorrendo a esempi o metafore.

Una tecnica particolarmente efficace, se indicata, è la psicoterapia desensibilizzante, conosciuta anche come metodo della testimonianza, che si basa sulla ricostruzione dettagliata della propria esperienza, attraverso l'esposizione condivisa e graduale agli eventi traumatici. È stata usata durante la dittatura di Pinochet da due psicologi cileni che divulgarono inizialmente i loro risultati sotto falso nome, per assicurare la loro incolumità e quella dei pazienti e dei familiari (Cienfuegos A.J., Monelli C., 1983). Nel caso si decida e si possa applicarla, le scelte sui tempi e ritmi da dare agli incontri devono essere valutate attentamente dal terapeuta, in condivisione con il paziente e, se necessario, con il mediatore linguistico e/o culturale. Il racconto dell'evento traumatico deve essere dettagliato e completo, deve cioè comprendere oltre ai fatti, la descrizione del proprio vissuto, delle emozioni e delle sensazioni corporee. Freud affermava già nel 1892 che "il ricordo privo di elementi affettivi è quasi sempre del tutto inefficiente" mentre J.L. McCann e L.A. Pearlman nel 1990 sostenevano che "la narrazione che non comprenda l'immaginario traumatico e le sensazioni corporee è infruttuosa e incompleta". Snider nel 1986 paragona la ricostruzione degli eventi traumatici a un film muto dove il compito della terapia è di dare musica e parole al film, mentre R. Mollica (1988) afferma che "attraverso il loro racconto recuperano il mondo che hanno perduto".

Il percorso espositivo basato sul ricordo e l'immaginazione si sviluppa in più fasi. L'obiettivo è quello di indurre una trasformazione, nella vittima, della risposta emotiva associata ai ricordi traumatici, la diminuzione del dolore e dello stress provocati dai sintomi intrusivi, la riduzione delle condotte evitanti gli stimoli temuti. La durata degli incontri è variabile da paziente a paziente; dipende inoltre dalla presenza e dalle capacità del mediatore linguistico culturale, della puntualità del paziente (e del tera-

peuta), dallo stato del paziente, dalla intensità dei sintomi. Raramente la rievocazione degli eventi traumatici dura oltre 90 minuti a seduta. La valutazione del risultato si discute con il paziente e con gli altri operatori presenti alle visite; la riduzione della frequenza e della intensità dei sintomi riferita dal paziente rinforza il programma e l'alleanza terapeutica, aumentando la motivazione del terapeuta e l'adesione al trattamento del paziente.

Ma (pre)occuparci dei rifugiati senza prenderci cura del nostro benessere all'interno del servizio e nella vita privata, senza capire quali siano le reali motivazioni che ci spingono a fare questo lavoro potrebbe essere dannoso per noi e i nostri utenti. Ci dobbiamo chiedere, perché abbiamo scelto di occuparci dei rifugiati e confrontarci quotidianamente con il loro dolore atroce. Noi, professionisti della salute mentale, operatori dei centri di accoglienza piuttosto che dei servizi socio-sanitari dedicati ai migranti forzati ci troviamo di fronte alla multidimensionalità e alla complessità dei loro bisogni. Nel caso delle vittime di tortura la storia traumatica rende difficile la relazione poiché emotivamente intensa, moralmente impegnativa e estremamente esigente. Per tali ragioni bisogna mettere in atto quegli strumenti di prevenzione e di sostegno al lavoro degli operatori al fine di evitare l'insorgenza delle malattie da stress lavorativo e, nel caso si dovessero manifestare, di individuarle e trattarle precocemente. La richiesta da parte delle vittime di risposte urgenti per calmare il dolore e lo stress, di appoggio sociale, di sentirsi accolti e compresi, di manifestare le proprie emozioni senza pericoli, possono mettere a dura prova anche operatori fortemente motivati e preparati. Il confronto con storie drammatiche e orribili rende oggettivamente impossibile e verosimilmente neanche voluto o desiderato il distacco terapeutico o relazionale; le reazioni controtransferali (la risposta emotiva del clinico o dell'operatore nei confronti dell'utente/paziente) durante o dopo i colloqui possono essere così intense da incidere fortemente nel rapporto con la vittima.

È fondamentale sapere che i rapporti che le vittime instaurano con i servizi, con i curanti, terapeuti, operatori, mediatori, non sono gli unici o uno più importante dell'altro. "È molto difficile accettare di essere soltanto un mezzo di aiuto ma è l'unico modo per non diventare dipendenti dalle gratificazioni o terrorizzati dall'insuccesso, per non oscillare tra impotenza e onnipotenza" (Hawking P., Shoher R., 2006).

La minore preparazione psicologica al trauma sembra essere un fattore predittore lo sviluppo di disturbi psichici anche negli operatori. Infatti, la carenza di una solida preparazione professionale, di attività formativa continua, di periodi sabbaici di aggiornamento, l'assenza di supervisioni regolari collegiali ed esterne, l'eccessivo carico di lavoro, la mancanza di un riconoscimento sociale degli operatori e lo stato di precarietà finanziaria e legale sembrano essere i fattori maggiormente responsabili dello stress negli operatori. Gli operatori devono essere (in)formati su come riconoscere i segni dello stress in se stessi e nei colleghi di lavoro e come affrontare le reazioni emotive delle vittime di tortura.

La supervisione, nelle sue diverse forme, (individuale, d'equipe, di gruppo, clinica, gestionale-organizzativa) rappresenta uno degli strumenti preventivi dello stress negli operatori; dovrebbe essere obbligatorio in tutti i servizi sanitari, sociali o legali che si prendono cura dei rifugiati. In estrema sintesi, credo che possiamo tutti condivi-

dere quanto elaborato e affermato da Peter Hawking in *La supervisione nelle professioni d'aiuto*: “la supervisione ha tre funzioni fondamentali: qualitativa (per migliorare la qualità del lavoro), di sviluppo (per sviluppare competenze e abilità), di rifornimento (per migliorare la capacità di rifornirsi e sostenersi), definita da altri autori funzione di supporto”. (Hawking P., 2006).

10

Strumenti di valutazione psicodiagnostica

In psichiatria gli strumenti utili alla diagnosi e all'approfondimento di un disturbo, che possono essere usati per integrare e non per sostituire i colloqui, sono le "scale di valutazione". Si tratta di gruppi di domande specifiche che l'intervistatore pone ai pazienti (eterosomministrate) o alle quali i pazienti rispondono compilando dei questionari (autosomministrate). Esse si suddividono in: scale diagnostiche (atte a verificare la presenza del PTSD), sintomatologiche (mirate a quantificare l'intensità dei sintomi) e di valutazione globale (utilizzate allo scopo di valutare tutti gli aspetti essenziali possibilmente condizionati dall'esposizione all'evento traumatico). Alcune includono all'interno anche strumenti per identificare gli eventi traumatici.

Tab.11 Scale di valutazione per il Disturbo post-traumatico da stress (Conti L., 1999) – segue

Diagnostiche	Diagnostic Interview Schedule (DIS)
	Structured Clinical Interview per il DSM-III-R (SCID)
	Clinical Administered PTSD Scale (CAPS)
	PostTraumatic Diagnostic Scale (PTDS)
	Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)
	Structured Interview per il PTSD (SI-PTSD)
	SRS-PTSD (Self-Rating Scale for PTSD)
	PTSD Interview (PTSD-I)
	SIP (Self-rating Inventory for Posttraumatic Stress Disorder)

Tab.11 Scale di valutazione per il Disturbo post-traumatico da stress (Conti L., 1999).	
Sintomatologiche	Short Screening Scale for DSM-IV PTSD
	Treatment Outcome PTSD Scale (TOP-8)
	Impact of Event Scale (IES)
	Davidson Trauma Scale (DTS)
	Mississippi Scale (MSS)
	Purdue Post-traumatic Stress Scale
	Peritraumatic Dissociation Experiences Questionnaire (PDEQ)
	Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) (Mollica RF et al., 1992, HTQ: validating a cross cultural questionnaire for measuring torture, trauma, and PTSD. Journal of Mental and Nervous Diseases 180, 2, 111-116)
Valutazione globale	Duke Global Rating Scale (DRGP)

11

Trattamento delle reazioni psicotraumatiche

La International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) ha provveduto, nel 1997, alla stesura di alcune linee-guida per il trattamento del PTSD, pubblicate nel 1999 (E.B. Foa et al., 2000) che sono di seguito riportate in forma sintetica.

- **Debriefing psicologico.** Può assumere diverse forme, ma generalmente esso consiste in una sessione unica di trattamento in cui, immediatamente dopo un evento traumatico, il soggetto viene invitato a descrivere i dettagli degli accadimenti e delle proprie reazioni emotive.
- **Terapia cognitivo-comportamentale.** Questo approccio focalizzato sul sintomo può svilupparsi attraverso varie tecniche terapeutiche specifiche, comuni anche al trattamento di altri disturbi, finalizzate a ridurre la paura generalizzata nel PTSD. Esso richiama il concetto per cui la riattivazione dell'ansia, all'interno di una relazione terapeutica protettiva, porti ad un'abitudine allo stimolo ansiogeno e quindi al diminuire del sintomo ansioso (Hinton D.E. et al, 2009, Palic S. et al. 2009, Boehnlein J.K. et al. 2004).
- **Farmacoterapia.** Pur riconoscendo una causa socio-politica alla tortura e ai trattamenti disumani e degradanti, a nostro avviso è estremamente utile, soprattutto nelle prime fasi, ricorrere all'uso di psicofarmaci (Bisson J.I., 2008) per cercare di ridurre il dolore e lo stress causati dalle violenze subite (stabilizzazione dei sintomi), ma anche dai traumi aggiuntivi che spesso i migranti forzati sono costretti a vivere, come evidenziato in precedenza. Da molto tempo, è infatti nota l'efficacia di alcuni psicofarmaci sui sintomi del PTSD, dapprima utilizzati in maniera empirica e in seguito sulla base delle alterazioni neurobiologiche che sono all'origine del disturbo (Foa E.B., 2009). In generale possiamo considerare gli psicofarmaci come delle sostanze che regolano la trasmissione delle informazioni tra i neuroni, i quali utilizzano, per comunicare, i neurotrasmettitori: i più importanti sono la serotonina, la noradrenalina e l'acido gamma amino butirrico (collegati alla manifestazione di sintomi per l'ansia e la depressione) e la dopamina, implicata, tra l'altro, in attività quali pensiero, piacere, apprendimento. I principali farmaci indicati nel trattamento delle patologie correlate con la violenza intenzionale sono: gli antidepressivi, le benzodiazepine, i modulatori adrenergici, gli stabilizzatori dell'umore, i neurolettici.
- **Trattamento del PTSD pediatrico.** Generalmente di tipo cognitivo-comportamentale (Ehnholt K.A. e Yule W., 2006).

- **EMDR.** È un nuovo trattamento psicoterapeutico per il DPTS, oggetto di una grande ricerca scientifica e studi sulla sua efficacia. L'EMDR è usato fondamentalmente per accedere, elaborare e portare a una risoluzione adattiva i ricordi di esperienze traumatiche che stanno alla base di disturbi attuali del paziente, sotto forma di informazione immagazzinata in modo non funzionale (Elofsson U.O.E. et al., 2008).
- **Psicoterapia di gruppo.** I pazienti si confrontano sul trauma comune o simile e adottano un atteggiamento non giudicante, offrendo invece supporto reciproco. Nel gruppo si tende a condividere anche problemi legati al qui ed ora come le relazioni interpersonali e l'adattamento psicosociale (Nicholson B.L. & Kay D.M., 1999).
- **Psicoterapia psicoanalitica.** Oltre ai sintomi veri e propri, le teorie psicoanalitiche aiutano a capire i fenomeni profondi e inconsci. Complessivamente le terapie psicoanalitiche hanno difficoltà a generare dati utilizzabili nella ricerca e, pur avendo un grande significato culturale, la loro efficacia non è stata dimostrata in modo conclusivo (Nguyen L., 2007).
- **Ricovero.** Nei casi in cui i sintomi siano di gravità tale da richiedere un ambiente protettivo (Bhui K. et al., 2006).
- **Tecniche di riabilitazione.** Esse sono previste in aggiunta agli altri trattamenti e sono finalizzate al reinserimento sociale e lavorativo (Sjölund B.H. et al., 2009).
- **Terapia di coppia e familiare.** Prevista nei casi in cui la famiglia intera si sia confrontata con un evento traumatico o quando essa può essere di supporto al trattamento di un componente (Weine S. et al., 2008).
- **Ipnosi.** È considerata uno strumento applicabile insieme ad altri trattamenti e finalizzata alla rievocazione dei ricordi legati all'evento (Viñar M., 2005).
- **Terapie artistiche e creative.** In aggiunta ad altri trattamenti essa si basa sulla comunicazione non verbale dei ricordi e dei vissuti traumatici (Rousseau C., 2007).

12

La tutela della salute mentale dei rifugiati nei servizi pubblici e del privato sociale

Il fenomeno della migrazione forzata, dei profughi e dell'esilio, in particolare delle vittime di torture e di persecuzioni, ha forse anticipato quello più vasto della migrazione volontaria. Prima i dissidenti della ex URSS e poi le vittime delle dittature fasciste dell'America latina hanno trovato rifugio nel nostro paese senza che però nessuno si interessasse specificamente della loro salute mentale. Era forte l'impegno politico per garantire la sicurezza, la protezione e l'anonimato e, parallelamente, organizzare forme di accoglienza autogestite, di lotta e di resistenza (garantiti da apparati di partito piuttosto che dallo Stato). Le conseguenze sulla salute in particolare quella mentale venivano in qualche modo trattate con interventi "politici". E probabilmente, anche per tale ragione, le vittime di allora non giungevano ai servizi sanitari, preferendo corsie protette, privilegiate, riservate e anonime. Più recentemente, a causa della persistenza di condizioni di guerre e della violazione sistematica dei diritti umani fondamentali in numerosi paesi del mondo, milioni di persone sono state costrette a fuggire, intraprendendo viaggi anche molto pericolosi. L'impegno politico degli anni sessanta e settanta si è disintegrato lasciando un vuoto anche socio-sanitario; in questo contesto di perdita di riferimenti socio-politici e di assenza istituzionale hanno iniziato a sorgere le prime forme di assistenzialismo "sussidiarie", prevalentemente organizzate da istituzioni religiose ma non solo.

Già nel 1981 l'Associazione Centro Astalli (www.centroastalli.it) iniziava la sua attività nel territorio italiano, dopo la fondazione nel 1980 ad opera di P. Pedro Arrupe del *Jesuit Refugee Service*, come "risposta pratica e spirituale alla sofferenza dei rifugiati del tempo". Rispetto ai primi anni di attività, il Centro Astalli ha ampliato e diversificato la propria offerta, che si è andata strutturando in servizi di prima accoglienza (per chi è arrivato da poco in Italia), servizi di seconda accoglienza (per facilitare l'accesso al mondo del lavoro e accompagnare le persone nel loro percorso di inserimento nella società italiana) e attività culturali, insieme alla Fondazione Centro Astalli. Dal 2006 in collaborazione con l'Azienda Sanitaria Locale Roma A cogestisce il progetto *SAMIFO, Centro Salute Migranti Forzati*, servizio integrato a più livelli, multidisciplinare, multiculturale e multireligioso. Rappresenta l'unico centro sanitario in Italia con le caratteristiche sottoelencate interamente dedicato ai richiedenti asilo, rifugiati e vittime di tortura; aperto tutti i giorni feriali svolge le proprie attività presso il poliambulatorio pubblico di Via Luzzatti a Roma. Il centro, che prende in carica gli utenti per un periodo limitato di tempo, in genere fino all'esito delle domande di protezione internazionale, è composto da diverse linee di attività:

- **Sociale** – accoglienza, orientamento, mediazione linguistico-culturale, iscrizione SSN, accompagnamento, coordinamento.
- **Medicina di base** – medicina generale convenzionata con il SSN
- **Salute mentale** – psichiatria e psicologia
- **Donne ad alta vulnerabilità** – ginecologia e ostetricia
- **Vittime di tortura** – Salute mentale, ginecologia, medicina legale
- **Formazione** – per operatori pubblici e del privato sociale
- **Ricerca** – in ambito clinico

Alcuni dati riferiti alle attività del SAMIFO durante il 2009 mostrano la necessità di replicare esperienze simili in tutto il territorio cittadino e nazionale: 1750 iscrizioni al SSN, 4778 visite di medicina generale, 1250 visite psichiatriche, 546 colloqui psicologici, 175 visite ginecologiche e 75 ecografie, 103 certificazioni medico legali e 105 relazioni sanitarie per vittime di torture. Nel SAMIFO viene posta particolare attenzione alla qualità degli interventi (è attivo un comitato scientifico e un nucleo di valutazione con esperti esterni al servizio) e alla condizione degli operatori (formazione continua, supervisione collegiale regolare e esterna, condivisione delle iniziative, ecc.). Altra caratteristica del SAMIFO è quella di strutturarsi in simbiosi con tutti i servizi presenti nel poliambulatorio, favorendone l'accessibilità e la fruibilità.

Altra organizzazione storica in tema di tutela della salute dei rifugiati è l'Associazione Umanitaria Medici contro la Tortura. Nata come associazione di volontariato professionale, ha tra i suoi soci attivi medici di varie specialità tra cui due psichiatri psicoterapeuti, e assistenti sociali. Nei primi anni l'attività è stata rivolta a italiani fuggiti dai regimi totalitari del Sud America, poi si è fatta carico di richiedenti asilo e rifugiati provenienti dai più diversi paesi dell'Asia e dell'Africa. Opera dal 1990 a diversi livelli: un ambulatorio a bassa soglia vicino alla stazione Termini, un ambulatorio di secondo livello per le visite specialistiche comprese quelle degli psichiatri, un centro diurno per l'inserimento dei richiedenti asilo nella società italiana. È inoltre operativa una unità per la ricerca attiva delle vittime di violenza nei luoghi di maggiore disagio ed emarginazione, come la stazione Ostiense e gli edifici occupati da comunità di rifugiati. Il principio cui si ispira l'azione della Associazione è quello della globalità dell'intervento che cerchi di rispondere ai bisogni di salute fisica, mentale e sociale dei richiedenti asilo e rifugiati vittime di tortura, sia nella fase di attesa della Commissione per il riconoscimento dello status di rifugiato che in quella dell'inserimento nella società italiana.

Sempre a Roma vi sono poi altre istituzioni pubbliche e del terzo settore che nell'ambito delle loro diverse attività riservano spazi per richiedenti asilo. È il caso della Caritas di Roma (www.caritasroma.it) il cui articolo 1 dello statuto parla di "un organismo pastorale, istituito dal Vescovo, al fine di promuovere la carità nelle Parrocchie e nelle comunità in tutte le sue forme, tenendo presente sia lo sviluppo dell'uomo che la giustizia sociale e la pace". Essa svolge attività in diversi settori e nell'ambito del progetto "Ferite invisibili" dedica particolare attenzione alla salute mentale delle vittime di tortura.

L'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP – www.inmp.it) ha fra gli obiettivi quello di promuovere “attività finalizzate alla diagnosi, prevenzione e cura delle principali patologie legate alle migrazioni e alle popolazioni umane mobili (turisti, viaggiatori internazionali, richiedenti asilo, rifugiati, profughi, vittime di tortura e nomadi) e al contrasto delle patologie della povertà, in stretta integrazione con i servizi territoriali, con le ASL della regione, con le associazioni del volontariato e del terzo settore attive nel campo delle migrazioni” Nell'ambito del servizio “Passaggi nei territori di Gianno” offre assistenza alle vittime di tortura in un ambito multidisciplinare, dove collaborano diverse figure professionali.

Il Consiglio Italiano per i Rifugiati Onlus (CIR – www.cir-onlus.org) costituitosi nel 1990 ha come obiettivo “difendere i diritti dei rifugiati e dei richiedenti asilo, per l'affermarsi di un sistema integrato ed efficiente che si sviluppi nelle diverse fasi dell'accoglienza, dell'integrazione e dell'eventuale ritorno assistito nel Paese di origine” È membro italiano dell'ECRE – *European Council on Refugees and Exiles*. Dal 1996 il CIR gestisce il progetto *VI. TO. Kairos* – Accoglienza e Cura delle Vittime di Tortura. Dal 2002 collabora con l'Azienda Ospedaliera San Giovanni – Addolorata di Roma, più specificatamente con il Centro per il trattamento delle patologie Post Traumatiche e da Stress, che riserva 3 giornate settimanali agli utenti del CIR, per attività di assistenza, diagnosi, cura, certificazione e ricerca clinica.

A Torino è attivo dal 1996 il centro Frantz Fanon (www.associazionefanon.org) che “accoglie utenti immigrati, rifugiati, vittime di tortura, nomadi e richiedenti asilo che, in ragione di motivi di disagio psicologico, esprimono una domanda di ascolto, di counselling o di psicoterapia. Un lavoro intensivo è stato condotto nel corso degli anni con donne vittime della tratta, bambini immigrati e adolescenti stranieri non accompagnati e con richiedenti asilo e rifugiati vittime di violenza o tortura. Al Centro possono rivolgersi migranti indipendentemente dalla residenza o dal permesso di soggiorno”. A Milano opera il Naga Har (www.naga.it) “associazione di volontariato laica e apartitica che si è costituita a Milano nel 1987 allo scopo di promuovere e di tutelare i diritti di tutti i cittadini stranieri nonché dei cosiddetti nomadi, senza discriminazione alcuna. Offre assistenza sanitaria, legale e sociale gratuita a cittadini stranieri irregolari e non, a nomadi, richiedenti asilo, rifugiati e vittime della tortura oltre a portare avanti attività di formazione, documentazione e *lobbying* sulle Istituzioni”.

A Palermo opera, all'interno del centro Astalli per i rifugiati, un servizio dedicato alle vittime di tortura che si occupa della riabilitazione psicofisica e della certificazione. Recentemente è stato attivato anche un servizio di psicologia all'interno dell'ambulatorio di medicina delle migrazioni presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Paolo Giaccone.

A Parma dal 2001 è attiva l'associazione, il CIAC (Centro Immigrazione Asilo e Cooperazione internazionale), “un luogo di competenze giuridiche che promuove e organizza formazione e informazione sugli aspetti giuridici legati all'immigrazione, asilo e cittadinanza” e che promuove e realizza progetti per l'assistenza, riabilitazione e integrazione di richiedenti asilo e rifugiati comprese le vittime di tortura.

Infine bisogna ricordare le numerose iniziative in collegamento con i centri SPRAR

distribuiti nel territorio nazionale e con i centri governativi (CIE e CARA) ma non ancora ben integrate nel territorio con le strutture sanitarie pubbliche, in particolare con i dipartimenti di salute mentale.

In conclusione possiamo affermare che la ricerca clinica, il confronto con le vittime e fra gli operatori hanno portato alla elaborazione di tecniche e procedure terapeutiche sempre più specifiche. È universalmente accettato e condiviso da tutti gli specialisti del settore che l'approccio migliore per curare le vittime di tortura non può che essere multidisciplinare e integrato a diversi livelli.

13

La mediazione linguistico-culturale nel setting terapeutico

Quasi inevitabilmente il lavoro di assistenza e cura dei migranti forzati si svolge nel tempo stretto dell'emergenza.

Al primo incontro ci troviamo di fronte persone che, molto spesso, sono arrivate da pochissimo tempo in Italia, dopo un viaggio drammatico che segue una fuga da un luogo di prigionia o di persecuzione. Nella grande maggioranza dei casi queste persone si rivelano come pesantemente traumatizzate e portano i segni di traumi molteplici e complessi. Al trauma o ai traumi passati, detenzione, tortura, violenza sessuale, ma anche uccisione di parenti o amici e drammi di ogni tipo, si aggiungono quelli del presente, dovuti all'esilio in terra straniera. Un esilio forzato, inaspettato, che si manifesta in uno stato di disorientamento, di solitudine e sofferenza acuta, sia fisica che psichica.

Al di là di questa condizione generale che accomuna gli utenti dei servizi dedicati totalmente ai richiedenti asilo o rifugiati, sono molte le differenze che li distinguono gli uni dagli altri. Differenze di genere, di età, di cultura, data la varietà dei paesi di provenienza, e differenze nel grado di scolarizzazione che va dal grado zero per persone prive di istruzione scolastica fino a gradi alti per studenti universitari o professionisti di vario tipo.

Queste differenze segnano e condizionano qualsiasi approccio di assistenza o cura si tenti di intraprendere. Non c'è alcun dubbio, poi, che proprio l'ambito della salute mentale sia particolarmente sensibile alle differenze, siano esse individuali, culturali, sociali o di qualsiasi altro tipo. Intanto ci riferiamo a delle pratiche di cura che possono risultare enormemente distanti ai contesti da cui provengono molti dei nostri assistiti. Poi c'è la questione del linguaggio a divenire fondamentale, di una cura che passa, almeno principalmente, attraverso le parole. Ma le parole sono segni che rimandano a contesti più ampi, verso orizzonti di significato che ci appartengono in modo così strutturale da apparirci del tutto naturali e universali. È proprio nell'incontro con l'altro che tale presunta universalità viene a cadere nella necessità di ridefinire in modo condiviso i presupposti e gli obiettivi della cura.

Durante la mediazione all'interno delle visite questa percezione delle differenze di orizzonti di riferimento a volte appare in modo chiaro e le domande del terapeuta si vanno riformulando seguendo l'esperienza, l'intuito e la sensibilità del mediatore. Non c'è dubbio che il lavoro di mediazione si fonda innanzitutto sull'ascolto. Sull'ascolto di ciò che viene detto e di ciò che viene taciuto, ma che va comunque, in qualche modo, tradotto.

Durante i colloqui di sostegno psicologico o nelle visite psichiatriche la presenza del mediatore rende più complessa e, in una certa misura, trasforma la dimensione di-

namica dell'attività di psicoterapia che si basa sull'intensità e sull'esclusività della relazione medico-paziente.

La presenza di un terzo elemento, il mediatore, comporta quindi un mutamento fondamentale nella forma canonica del setting terapeutico.

Detto in questi termini, la presenza del mediatore appare come un fardello necessario, come uno strumento utile ma invasivo di cui si vorrebbe, ma non si può, fare a meno.

Si cercherà di dimostrare come, al contrario, tale presenza possa divenire una risorsa preziosa proprio per la trasformazione di una forma di cura che solo se aperta ed elastica può risultare davvero efficace.

Innanzitutto il mediatore non è solo un interprete, è l'elemento di raccordo con la lingua, la cultura, l'orizzonte di riferimento del migrante. È colui verso cui si dirige lo sguardo di chi parla, soprattutto durante le fasi emotivamente più forti del colloquio psicologico o psichiatrico.

Anche se è bene attuare qualche strategia di neutralizzazione della figura del mediatore, come il tradurre in prima persona o da parte del medico il parlare sempre direttamente al paziente, il mediatore non scompare dalla scena, sarà comunque sempre l'utente a richiamarlo per primo nelle dinamiche relazionali in quanto soggetto a lui più vicino e punto di riferimento.

La presenza di un terzo attore nel setting di terapia modifica poi in modo importante anche la temporalità della visita. Nella ripetizione e traduzione delle parole i tempi si allungano, tutta la seduta acquisisce un respiro più ampio e profondo. Se c'è una buona intesa tra il medico e il mediatore i tempi più lunghi non danneggiano la tensione dinamica della terapia, ma la riportano su una dimensione più ampia, fatta di silenzi e di attese, a volte preziosi. Ci si allontana così da una dimensione ultra-specialistica e a volte nevrotica della nostra medicina, spesso incapace di un ascolto profondo, perché assillata da un'ottica di efficienza che la costringe a dare risposte immediate e di rapida applicazione.

Secondo alcune teorie etnopsichiatriche il rapporto a due medico-paziente è una dimensione occidentale della cura del tutto estranea a culture distanti dalla nostra. Dentro contesti dove il significato e il ruolo sociale dell'individuo coincidono è infatti sempre la comunità che cura.

L'esperienza ci ha insegnato che le differenze reali sono molto più sfumate e complesse dei presupposti teorici. Anche se il nostro assistito proviene da un luogo geograficamente e culturalmente distante come un villaggio africano o afgano, il nostro incontro avviene dentro un centro di cura occidentale, in un Paese che deve divenire il luogo dove ricominciare una nuova vita. Questa prospettiva di un luogo estraneo, ma al quale si comincia, anche forzatamente, ad appartenere, modifica inevitabilmente la dimensione identitaria della persona, i suoi riferimenti e i suoi obiettivi e qualsiasi tentativo di cura deve tener conto anche di queste trasformazioni fondamentali.

La condizione dei richiedenti asilo è del tutto particolare, rappresenta una frattura tra un mondo di appartenenza che non c'è più e uno attuale al quale non ci si sente ancora di appartenere. La vita si svolge dentro contesti precari e forzatamente comunitari, come i centri d'accoglienza o le strutture occupate, spazi pubblici, affollati, dove

è molto difficile trovare dei momenti di intimità, di silenzio. Molte volte le persone che abbiamo ascoltato ci hanno fatto capire quanto fosse stato prezioso per loro trovare uno spazio così intimo dove poter parlare, spesso per la prima volta, di ciò che avevano vissuto.

Il contesto attuale è altro, né mio, né dell'altro. Ci troviamo a confrontarci con la sofferenza e la densità di un vissuto complesso nello spazio e nel tempo. L'appartenenza alla terra di provenienza, i traumi molteplici e reiterati, la spinta in avanti dentro un nuovo mondo di un'identità sempre in divenire richiedono una cura che sappia farsi altrettanto mutevole, capace di trasformazioni continue a seconda dei momenti e degli obiettivi.

Il lavoro del mediatore consiste proprio nel favorire la costruzione di questa dimensione terza dove ci si possa incontrare e capire senza l'illusione di far scomparire magicamente le barriere, le distanze senza sforzo e senza dolore.

Nel nostro contesto di lavoro il mediatore poi è anche sempre un operatore competente nell'area dell'Asilo e questo lo definisce come facilitatore, nella pratica come un punto di riferimento per i migranti. Non dimentichiamo che i bisogni dei migranti forzati sono sempre molteplici e complessi. Così è assolutamente normale che dentro un colloquio psicologico o dentro una visita psichiatrica emergano bisogni di tipo sociale o di tipo legale. Per questo anche il terapeuta è chiamato a confrontarsi con gli altri servizi e spesso lo fa attraverso il mediatore, che è anche operatore, o più tecnicamente facilitatore.

Questa identità complessa del mediatore sembra favorire una confidenza e una fiducia che diviene necessaria nel percorso di cura. In particolare per la cura mentale, dove si affrontano contenuti così intimi e delicati che difficilmente si possono condividere con un estraneo, anche se conosce la nostra lingua, anche se appartiene al nostro contesto di provenienza.

“Le mangrovie sono piante dalle radici in apparenza delicate, quasi radici non radici, perché sono in superficie, attraversano il confine tra terra e acqua, facendo da ponte tra questi due elementi. Così, anche per lo straniero, la lingua dell'ospite è radice esile, perché non propria, non intima, eppure sopravvivenziale perché consente di convivere”.

Credo che nella cura della salute mentale dei migranti si stia proprio dentro una dimensione fragile, dalle radici esili e dagli esiti incerti, mai scontati. Al tempo stesso si tratta di una dimensione vitale, necessaria per costruire i presupposti di una salute e di un benessere generali.

La lingua che cambia, che si traduce e rimanda dall'uno all'altro rappresenta proprio questa dimensione di scambio, di apertura, di ricerca di strade sempre nuove su cui ci si possa incontrare. A volte durante gli incontri emergono storie difficili da tradurre nel nostro orizzonte linguistico e concettuale. Pensiamo all'elemento della stregoneria per esempio, così presente in molti paesi africani da costituire un piano di realtà ben lontano da un'accezione folcloristica quale noi la possiamo intendere e percepire. Eppure se il curante non può adottare una prospettiva rigidamente accademica di fronte a una sofferenza imputata alla stregoneria, non può nemmeno improvvisarsi sciamano per ricorrere a riti a lui così estranei da risultare incomprensibili. Il lavoro

di cura troverà la sua possibilità su un terreno di incontro non dato a priori, ma da costruire e ridefinire nel tempo. Un terreno che solo un paziente lavoro di mediazione potrà cominciare a individuare e definire.

Non c'è dubbio che la ricchezza e la bellezza di questo lavoro hanno a che fare proprio con il ritrovarsi dentro territori nuovi, sconosciuti. Credo che la mediazione non debba servire a non farci mai smarrire di fronte all'altro. A volte la perdita è necessaria, perché il voler restare sempre dentro uno spazio conosciuto da parte del curante può comportare un'anticipazione indebita dei bisogni e delle interpretazioni dei migranti. E quindi una sostanziale incomprensione. La mediazione deve essere la possibilità di tracciare una nuova strada su cui tutti gli attori della cura si possano consapevolmente incontrare.

Quando il mediatore è anche mediatore culturale, cioè appartenente alla stessa cultura del paziente, la sua attività implica un primo livello di interpretazione della realtà. In questo caso il terapeuta non ha a che fare con un dato originario, diretto, ma con un contenuto tradotto e in certa misura interpretato dal mediatore. La sua non è infatti una traduzione letterale, ma una trasposizione nella nostra lingua e quindi nel nostro universo concettuale di un contenuto che proviene da un contesto altro, lontano e quindi letteralmente intraducibile.

Va detto che il mediatore appartenente allo stesso contesto culturale del paziente non è così frequente, di uno stesso paese possono esistere tante lingue e culture differenti e quindi, spesso, la lingua condivisa tra il paziente e il mediatore è una lingua secondaria per entrambi. Questo complica ulteriormente le cose e rende evidente come i dati che arrivano al terapeuta sono sempre il risultato di precedenti mediazioni e interpretazioni.

“Il problema particolare e pressante che pone la comunicazione interculturale mi sembra essere soprattutto quello della traduzione: non mi riferisco ovviamente alla mera traduzione linguistica, che pure è molto importante, ma a una trasmissione di senso e di significati [...]. L'avvicinamento all'altro, lo studio delle differenze (e delle somiglianze) interculturali rendono necessaria una preliminare riflessione su se stessi e una presa di coscienza riguardo a quanto del nostro modo di pensare ed agire sia condizionato dalla nostra appartenenza culturale” (Mucchi Faina A., 2006).

Questa riflessione mi sembra utile per cercare di modificare una prospettiva un po' semplicistica del lavoro di assistenza ai migranti e del ruolo del mediatore in particolare. Ogni specifica modalità di cura, ogni singolo intervento specialistico prendono il loro senso e la loro efficacia dal contesto globale in cui si inseriscono. Il rimando a contesti-contenitori più ampi può durare a lungo: da un trauma o più traumi da affrontare insieme al paziente a una condizione generale di difficoltà, comprensiva di dimensioni sociali e legali, ma ancora oltre alla tematica dell'incontro con una cultura diversa, fino alla prospettiva di una trasformazione della stessa società che accoglie o che dovrebbe farlo. Allora, quella che si delinea è la prospettiva di una dimensione terza, né la mia, né quella dell'altro, una prospettiva data da continue mediazioni: delle lingue, dei gesti, da mediazioni che si sedimentano una sull'altra, che spingono a farci riflettere su dati che prima consideravamo naturali o immutabili e che ora si trasformano con noi. Così nello specifico dei colloqui psicologici e psichiatrici se il mediatore è pre-

sente nell'attività di cura in una posizione secondaria, come strumento, è vero che è la cura stessa che si inserisce in una dimensione di mediazione o mediazioni di significato. Riflettendo sull'etimologia della parola tradurre troviamo trans-ducere, condurre attraverso, l'immagine è quella di un ponte che collega due sponde separate dal fiume, ma forse è il fiume stesso l'orizzonte più appropriato perché il trans-ducere indica una dimensione dinamica e fluida, un trasformarsi insieme.

Salute, cura, follia sono termini densi di significato, di cultura, credo che il nostro ruolo non sia solo quello di affrontarli come elementi già dati, ma ancor prima di ripensarli con l'altro, con lo straniero. E la mediazione serve a tutti gli attori e utenti della cura ad andare l'uno verso l'altro, dentro una ridefinizione continua dei termini e dei margini in cui si forma lo spazio della terapia. Una ridefinizione che possa attutire le distanze (di lingua, di cultura ma anche di potere) verso un terreno il più possibile ampio e paritario e che possa condurre verso una cosciente condivisione del senso e della pratica di cura.

14

Conclusioni

Nel momento storico attuale gran parte della popolazione mondiale risulta essere esposta a ripetute e talvolta sistematiche esperienze traumatiche e violente, inclusa la tortura. La malattia mentale (intesa non come medicalizzazione di un problema socio-politico ma come reale vissuto delle vittime) che ne deriva risulta essere, ai giorni nostri, una delle maggiori problematiche, e continuerà ad esserlo ad andamento verosimilmente sempre crescente, in ambito della salute pubblica. Purtroppo la conoscenza del fenomeno tortura e della complessità dei problemi ad essa correlati risulta essere scarsamente diffusa, così come le politiche istituzionali in tema di tutela della salute dei rifugiati sono decisamente insufficienti.

Per poter curare efficacemente le vittime, anche a distanza di anni dagli eventi traumatici ed evitare la irreversibilità di sintomi devastanti, è necessario attivare un sistema integrato di accoglienza, “resiliente” sin dall’arrivo nel nostro paese. Spesso i primi contatti umani per il migrante forzato nel paese ospitante avvengono con i militari o le forze di polizia; ciò può scatenare sintomi tipici del PTSD, causare gravi reazioni ansiose che possono complicare o compromettere la richiesta di protezione, anche quando ben accolti. L’accoglienza e la presa in carico devono avvenire attraverso l’integrazione tra le istituzioni pubbliche e del privato sociale, prevedere la presenza di equipe multidisciplinari, possibilmente multiculturali e multireligiose, che prendano in considerazione tutte le dimensioni coinvolte: socio-sanitaria, legale, economica e spirituale. Al momento le strutture coinvolte sono insufficienti e gestite da enti no profit; il servizio sanitario nazionale risulta escluso o talvolta impotente, se non indifferente, alla grande complessità dei bisogni dei migranti forzati. Le aziende sanitarie locali sono impreparate a rispondere alle richieste provenienti dai centri di accoglienza (inclusi i CARA e CIE) presenti nei territori di loro competenza. Siamo coscienti delle difficoltà economiche in cui versano molte regioni a causa del deficit sanitario, ma altrettanto consapevoli delle dimensioni del fenomeno e dei costi ad esso correlati. Governare un fenomeno non drammatico dal punto di vista numerico (in Italia come abbiamo visto i rifugiati rappresentano una percentuale minima con un basso tasso di incidenza, rispetto agli altri paesi europei) non dovrebbe essere impossibile anche perché, come descritto precedentemente, esistono già diverse esperienze attive nel nostro paese. La salute mentale dei rifugiati e più in generale dei migranti forzati rappresenta una realtà da affrontare con soluzioni strutturali, non più basate sulla emergenza. È necessario dare una risposta integrata nel territorio che coinvolga oltre ai servizi sanitari locali, in particolare i dipartimenti di salute mentale, le università, gli enti e le amministrazioni pubbliche, il mondo dell’associazionismo, le imprese e gli artigiani per l’integrazione lavorativa.

Le misure assistenziali da programmare sono certamente particolari, soprattutto nel primo periodo successivo l'arrivo nel nostro paese. Risulterebbe utile, oltrechè necessario, attivare percorsi di formazione, anche accademici, e di aggiornamento continuo, sia teorico che pratico (anche attraverso stage e training on the job e periodi sabbatici di formazione), per dotare gli operatori di nozioni e esperienza che ne possano accrescere le motivazioni, la capacità empatica e la sensibilità. Inoltre è indispensabile fornire loro strumenti per l'acquisizione di maggior capacità e consapevolezza psicologiche, di sviluppo e controllo delle emozioni, di maggior tolleranza nei confronti di situazioni difficili o incerte, aumentando il livello di soddisfazione nel proprio lavoro e diminuendo parallelamente la possibilità di incorrere in burnout. Infine è dovere dei servizi elaborare piani d'azione per misurare le capacità degli operatori di lavorare in particolari circostanze (per esempio essere testimoni di terribili eventi traumatici) e di valutare la loro risposta a eventuali stressors. È necessario creare un ambiente gradevole anche per lo staff e mettere gli operatori in condizione di lavorare nel miglior modo possibile. Si deve provvedere al benessere dei propri dipendenti non solo per una motivazione etica e morale ma anche per ridurre i costi sociali della presa in carica degli utenti.

La rete di accoglienza, sostegno, orientamento e cura è terapeutica e "resiliente" quando si somma alle caratteristiche individuali e relazionali del rifugiato, evitando la disintegrazione della vittima e restituendo dignità alla persona e alle sue convinzioni. Come abbiamo visto nella sezione riguardante la tutela della salute mentale dei rifugiati nei servizi pubblici e del privato sociale, nel territorio italiano vi sono diverse esperienze e metodiche attive da anni nella accoglienza, accompagnamento, cura e riabilitazione dei rifugiati. È auspicabile, oltrechè necessario, un maggior confronto e condivisione delle buone pratiche esistenti per cercare di elaborare modelli condivisi che prendano in considerazione sia la sofferenza delle vittime che il personale che si fa carico dei loro problemi. In particolare gli operatori di salute mentale (psichiatri, psicologi, assistenti sociali e mediatori linguistico-culturali) sono maggiormente esposti a fenomeni legati alla traumatizzazione vicaria e la conseguente possibilità di sviluppo delle stesse malattie delle vittime (PTSD secondaria, traumatizzazione da compassione, burnout, depressione, comportamenti a rischio, ecc.). Tutti i centri che si (pre)occupano della salute mentale dei migranti forzati dovrebbero programmare attività di tutela della salute degli operatori, come per esempio la supervisione di gruppo, d'equipe o su singoli casi.

La ricerca del miglioramento continuo personale e relazionale, della protezione o del rinnovamento della passione per la propria professione, deve integrare l'approccio scientifico a un problema socio-politico con una dimensione più umana e idealista; la militanza professionale, come risposta alla violazione dei diritti umani fondamentali, dove gli operatori siano custodi di uno spazio relazionale e terapeutico più o meno intimo *"di lotta per la libertà"*.

Riferimenti bibliografici

- AA.VV. (2009) *“La situazione dei diritti umani nel mondo. Rapporto 2009”*, Amnesty International, EGA Editore, Torino.
- AA.VV. (2002) *“Asylum seekers: meeting their healthcare needs”*. British Medical Journal editions, London.
- AA.VV. (2009) *“Asylum levels and trends in industrialized countries 2007, 2008, first half 2009. Statistical overview of asylum applications lodged in Europe and selected non-European countries”*. ONU, Ginevra.
- AA.VV. (2010) *“Dizionario Italiano 2010”*, Garzanti Linguistica Edizioni, Milano.
- Améry J. (1987) *“Intellettuale ad Auschwitz”*. Bollati Boringhieri Edizioni, Torino.
- Barudi J. *“Salute e migrazione forzata: modelli assistenziali e politiche di sviluppo”* I° Convegno Internazionale SAMIFO, Roma 19 ottobre 2009.
- Barker P. (1993) *“Rigenerazione”* Plume ed., New York.
- Basoglu M. *“Torture and its consequences: Current treatment approaches”* (pp. 83–101). Cambridge University Press, Cambridge.
- Basoglu M., Mineka S., Paker M., Aker T., Livanou M., Gök S. *“Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture”*. Psychol Med. 1997 Nov; 27 (6):1421-33.
- Bettelheim B. (1981) *“Sopranvivere”*. Feltrinelli, Milano.
- Bhui K.; Audini B.; Singh S; Duffett R; Bhugra D. *“Representation of asylum seekers and refugees among psychiatric inpatients in London”*. Psychiatric services (Washington, D.C.), 2006 Feb, 57(2):270-272.
- Biondi M. (1999) *“Disturbi dell'Adattamento, Disturbo Acuto da Stress e Disturbo Post-traumatico da Stress”*. In: Panchieri, P., Cassano, G. B. (a cura di) Trattato italiano di psichiatria. Masson, Milano.
- Bisson J. I. *“Pharmacological treatment to prevent and treat post-traumatic stress disorder”*. Torture: quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture, 2008, 18(2):104-106.
- Blanchard E.B., Kolb L.C., Gerardi R.J. *“Cardiac response to relevant stimuli as an adjunctive tool for diagnosing post traumatic stress disorder in Vietnam veterans”*. Behavior Therapy; 1986, 17: 592- 606.
- Boehnlein J.K, Kinzie J. D, Sekiya U., Riley C., Pou K., Rosborough B. *“A ten-year treatment outcome study of traumatized Cambodian refugees”*. The Journal of nervous and mental disease, 2004 Oct, 192(10):658-663.
- Bracci C., Norcia G. (2009). *“La Tutela medico legale dei diritti dei rifugiati”*. Sviluppo Locale Edizioni, Roma.
- Breslau N. *“Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population o young adults”*. Archives of General Psychiatry, 1991, 48: 216-222.
- Butler R.W., Braff D.L., Rausch J.L. *“Physiological evidence of exaggerated startle response in a subgroup of Vietnam veterans with combat-related PTSD”*. American Journal of Psychiatry; 1990, 1: 1308-1312.
- Cienfuegos A.J., Monelli C. *“The testimony of political repression as a therapeutic instrument”*. Am J Orthopsychiatry. 1983 Jan; 53 (1):43-51.
- Fondazione Cittalia – ANCI Ricerche (a cura di), *Rapporto annuale del Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati. Anno 2008/2009* (disponibile sul sito www.serviziocentrale.it)
- Conti L. (1999) *“Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria”*. SEE edizioni, Firenze.

- "*Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti*" (1984), ONU, Ginevra reperibile sul sito: http://www.interno.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/13/convenzione_Ginevra_rifugiato.pdf
- Costa J.M. "On irritable heart: a clinical study of a functional cardiac disorder and its consequences". American Journal of the Medical Sciences 1871 N° 61: 17-52.
- De Jong K., Mulhern M., Ford N., van der Kam S., Kleber R. „*The trauma of war*“ in Sierra Leone. Lancet, 2000 Jun 10, 355(9220):2067-2068.
- "*Dichiarazione universale dei diritti umani*" (1948) ONU, Ginevra. http://www.giuffre.it/age_files/dir_tutti/strenne/1988/Dichiarazione%20universale%20dei%20diritti%20dell'uomo%20-%2010%20dicembre%201948.PDF
- "*Direttiva 2004/83/CE del Consiglio, del 29 aprile 2004*". <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32004L0083:IT:HTML>
- "*Direttiva 2005/85/CE del 1 dicembre 2005*" http://www.coopera.eu/Documenti/Dispense/Testi_Normativa/Direttiva%202005-85-CE%20.pdf
- "*Decreto Legislativo N. 251 del 19 novembre 2007*" http://www.interno.it/mininterno/export/sites/default/it/sezioni/servizi/legislazione/immigrazione/0986_2008_01_05_Dlgs_19_11_2007_n.251.html
- "*Decreto Legislativo N. 25 del 28 gennaio*" 2008 <http://www.camera.it/parlam/leggi/deleghe/testi/08025dl.htm>
- Dobbs D., Wilson W.P. "Observations on the persistence of traumatic war neurosis". Journal of Mental and Nervous Diseases; 1960, 21: 40-46.
- Edna B. F., Terence M. K., Matthew J. F. "Guidelines for Treatment of PTSD". Journal of Traumatic Stress, Vol. 13, No. 4, 2000.
- Edna F. (2009) "Effective Treatments for PTSD". Second Edition, The Guilford Press, New York, NY 563-567.
- Ehnholt, K.A, Yule, W. "Practitioner review: assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma". Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 2006 Dec, 47(12):1197-1210.
- Elofsson, U.O.E, von Schèele B.; Theorell T.; Söndergaard H.s P. "Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing". Journal of anxiety disorders, 2008 May, 22(4):622-634.
- Fazel M., Wheeler J., Danesh J. "Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review". Lancet. 2005 Apr 9-15;365 (9467):1309-14.
- Fernandez W. G, Galea S., Ahern J.; Sisco S.; Waldman R. J.; Koci B.; Vlahov D. "Mental health status among ethnic Albanians seeking medical care in an emergency department two years after the war in Kosovo: a pilot project". Annals of emergency medicine, 2004 Feb, 43(2):E1-E8.
- Freud S. (1967) "Opere complete" ed. italiana Borinighieri, Torino.
- Friedman M., Jaranson, J. (1994). "The Applicability of the Post-Traumatic Concept to Refugees". In Marsella A. J., Bornemann T., Ekblad S., Orley J. (Eds.), *Amidst peril and pain. The mental health and well-being of the world's refugees* (pp. 207-227). Washington, DC: American Psychological Association.
- Foucault M. (1997) "Malattia mentale e psicologia". Raffaello Cortina Editore, Milano
- Friedman M. J. "Post-Vietnam syndrome: Recognition and management". Psychosomatics 1981, 22: 931-942, Academy of Psychosomatic Medicine
- Gerrity E., Keane T.M., and Tuma F. (2001) "The Mental Health Consequences of Torture". Edited by. New York, Kluwer Academic/Plenum.
- Gnolfo F, Santone G., (2009) "La fuga impossibile : il trauma continuo dei migranti forzati". <http://saluteinternazionale.wordpress.com/2009/06/10/la-fuga-impossibile-il-trauma-continuo-dei-migranti-forzati/#more-2106>
- Goldfeld A.E., Mollica R.F, Pesavento B.H., Faraone S.V. "The physical and psychological sequelae of torture. Symptomatology and diagnosis". JAMA. 1988 May 13;259 (18):2725-2729.

- Hackmann A., Ehlers A., Speckens A., Clark D.M. "Characteristics and content of intrusive memories in PTSD and their changes with treatment". *J Trauma Stress* 2004; 17: 231-40.
- Hawking P., Shohet R. (2006) "Supervision in the Helping Professions". Open University Press, Oxford.
- Henigsberg N., Folnegović-Smalc V., Moro L. "Stressor characteristics and post-traumatic stress disorder symptom dimensions in war victims". *Croatian medical journal*, 2001 Oct, 42(5):543-550.
- Herman J.H. (2005) "Guarire dal trauma". Edizioni Magi, Roma.
- Hinton D.E., Hofmann Stefan G., Pollack M. H., Otto M.W. "Mechanisms of efficacy of CBT for Cambodian refugees with PTSD: improvement in emotion regulation and orthostatic blood pressure response". *CNS neuroscience & therapeutics*, 2009, 15(3): 255-263.
- Horowitz M.J. (1978). "Stress response syndromes". Jason Aronson, New York.
- Jablensky A., Marsella A. J., Ekblad S., Jansson B., Levi L., Bornemann T. (1994). "Refugee mental health and well-being: Conclusions and recommendations". In Marsella A. J., Bornemann T., Ekblad S., Orley J. (Eds.), *Amidst peril and pain. The mental health and well-being of the world's refugees* (pp. 327-339). Washington, DC: American Psychological Association.
- Jaranson J. (1991). "Psychotherapeutic medication". In Westermeyer J. et al. (Eds.), *Mental health services for refugees* (pp. 132-145). Washington, DC: National Institute of Mental Health, DHHS #(ADM) 91-1824.
- Jaranson J., Popkin M.K. (ed.) (1998) "Caring for Victims of Torture", New York.
- Kardiner A. (1941), "The traumatic neuroses of war". Hoeber, New York.
- Kolb L.C. "Neurophysiological hypothesis explaining post-traumatic stress disorder". *American Journal of Psychiatry*; 1987, 144: 989-99.
- Kolb L.C., Multipassi L.R. (1982). "The conditioned emotional response: A subclass of chronic and delayed post traumatic stress disorder". *Psychiatric Annals*; 12: 979-987.
- Lalli N. (1997) "Psicodinamica da situazioni estreme". In "Lo spazio della mente – Saggi di psicosomatica, Liguori Editore, Napoli.
- Lalli N. "Trauma psichico e stress: una revisione critica del PTSD". counselingcare.it, 2005.
- Lalli N., De Stefano B. "Il trauma psichico tra biologia, cultura e psicodinamica". Società Italiana di Psichiatria – Seconda Conferenza Tematica Nazionale Roma, 22-24 Giugno 2005.
- Lang P.J. "A bio-informational theory of emotional imagery". *Psychophysiology*; 1979, 16: 495-512.
- Laplanche J., Pontalis J.B. (1993). "Enciclopedia della psicoanalisi", Laterza, Roma-Bari.
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale" <http://www.handylex.org/stato/1231278.shtml>
- Legge 15 luglio 2009, n. 94 "Disposizioni in materia di sicurezza pubblica" <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/09094l.htm>
- Levi P. (1947). "Se questo è un uomo". Einaudi Edizioni, Torino.
- Levi P. (1986). "Sommersi e salvati". Einaudi Edizioni, Torino.
- Liotti G. (1999a), "Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology". In: Solomon J. & George C. (eds), *Disorganisation of attachment*. New York, Guilford.
- Liotti G. (1999b). "Understanding the dissociative processes: The contribution of attachment theory". *Psychoanalytic Inquiry*, 19.
- Litz B.T., Keane T.M. "Information processing in anxiety disorders: Application to the understanding of post-traumatic stress disorder". *Clinical Psychology Review*, 1989, 9.
- Lombardelli A., Calossi S., Annesse P., Pieraccini F. "Epidemiologia degli eventi traumatici e del Disturbo post-traumatico da stress". *Noos*, 2006, vol 12 (3).

- Loncar M., Medved V., Jovanović N., Hotujac L. "Psychological consequences of rape on women in 1991-1995 war in Croatia and Bosnia and Herzegovina". *Croatian medical journal* 2006 Feb;47(1): 67-75.
- Losi N. (2000). "Vite altrove". Feltrinelli, Milano.
- Malloy P.F., Fairban J.A., Keane T.M. "Validation of a multimethod assessment of post traumatic stress disorders in Vietnam veterans". *Journal of Consultation Clinical Psychology*; 1983, 51: 4-21.
- Marceca M. (2000) "La normativa sanitaria e l'accessibilità dei servizi" in *Approcci transculturali per la promozione della salute* (a cura di Geraci S): 107-120. Edizioni Anterem, Roma.
- Mariti C. (2003) "Donna migrante. Il tempo della solitudine e dell'attesa". Milano. Franco Angeli.
- McCann I.L., Pearlman L.A. "Constructivist self-development theory: a theoretical framework for assessing and treating traumatized college students". *J Am Coll Health*. 1992 Jan;40 (4):189-96.
- Metref K. (2008) "Tagliato per l'esilio". Michele Di Salvo Editore. Napoli.
- Modvig J., Pagaduan-Lopez J., Rodenburg J., Salud C.M., Cabigon R.V., Panelo C.I. "Torture and trauma in post-conflict East Timor". *Lancet*, 2000 Nov 18, 356(9243):1763.
- Mollica R. (1988) "The trauma story: psychiatric care of refugee survivors of violence and torture". in *Post-traumatic therapy and victims of violence*, New York, pp. 295-314.
- Morrone A., Geraci S. (1995) "Le malattie degli immigrati" in *Salute e società multiculturale* (a cura di M. Morrone), Raffaello Cortina Editore.
- Mucchi Faina A. (2006) "Comunicazione interculturale. Il punto di vista psicologico-sociale", Ed. Laterza, Roma.
- Myers C.S. "A Contribution to the Study of Shell Shock. Being an account of Three Cases of Loss of memory, vision, smell and taste, admitted into the duchess of Westminster's War Hospital. Le Touquet". *The Lancet* Feb., 1915.
- Nguyen L. "The question of survival: the death of desire and the weight of life". *American journal of psychoanalysis*, 2007 Mar, 67(1):53-67.
- Nicholson B.L.; Kay D.M., "Group treatment of traumatized Cambodian women: a culture-specific approach". *Social work*, 1999 Sep, 44(5):470-479.
- Neugebauer R.; Fisher P.W.; Turner J.B.; Yamabe S.; Sarsfield J.A.; Stehling-Ariza T. "Post-traumatic stress reactions among Rwandan children and adolescents in the early aftermath of genocide". *International journal of epidemiology*, 2009 Aug, 38(4):1033-1045.
- Ornitz E.M., Pynoos R.S. "Startle modulation in children with post traumatic stress disorder". *American Journal of Psychiatry*, 1989, 146: 866-870.
- Palic S.; Elklit A. "An explorative outcome study of CBT-based multidisciplinary treatment in a diverse group of refugees from a Danish treatment centre for rehabilitation of traumatized refugees". *Torture: quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture*, 2009, 19(3):248-270.
- Papadopoulos R. K. (a cura di) (2006). "L'assistenza terapeutica ai rifugiati". Edizione Magi, Roma.
- Pavic L., Gregurek R., Petrovic R., et al. "Alterations in brain activation in post-traumatic stress disorder patients with severe hyperarousal symptoms and impulsive aggressiveness". *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 253: 163.
- Piperno R. (a cura di) (2009), "I nodi attuali della psicoterapia", Franco Angeli Edizioni, Milano.
- Pitman R.K., Orr S.P., Foa D.F., de Jong J., Claiborn J.M. "Psychophysiological assessment of post-traumatic stress disorder imagery in Vietnam combat veterans". *Archives of General Psychiatry*; 1987, 44: 970-975.
- Pitman R.K., Orr S.P., Shalev A. "Once bitten twice shy: beyond the conditioning model of PTSD". *Biol Psychiat*, 1993, 33: 145-146.
- "Protocollo di Istanbul: Manuale per un'efficace indagine e documentazione di tortura o altro trattamento o pena crudele, disumano o degradante" (1999) ONU, Ginevra. <http://www.rassegnapenitenziaria.it/cop/88.pdf>

- Putnam R.D. (a cura di Cartocci R. 2004) *“Capitale sociale e individualismo, crisi e rinascita della cultura civica in America”*. Il Mulino editore, Bologna.
- Rasmussen O.V., Amris S., Blaauw M., Danielsen L. *“Medical physical examination in connection with torture”*. Torture. 2006;16 (1):48-55.
- Richard F., Prudence W., Turner J.B., Yamabe S., Sarsfield J.A., Stehling-Ariza T., *“Post-traumatic stress reactions among Rwandan children and adolescents in the early aftermath of genocide”*. International journal of epidemiology, 2009 Aug, 38 (4):1033-1045.
- Robiant K., Hassan R., Katoma C. *“Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review”*. The British Journal of Psychiatry, (2009) 194:306-312.
- Ross R.J., Ball W.A., Cohen M.E. *“Habituation of the startle response in Post Traumatic Stress”*. Journal Neuropsychiatry; 1989, 1: 305-307.
- Rousseau C.; Benoit M.; Gauthier M.; Lacroix L.; Alain N.R., Musuk V. Moran A.; Bourassa D. *“Classroom drama therapy program for immigrant and refugee adolescents: a pilot study”*. Clinical child psychology and psychiatry, 2007 Jul, 12(3):451-465.
- Sacco F. *“art. 32 della Costituzione Italiana. Diritto alla salute: come sono state realizzate e continuano a realizzarsi le riforme nella sanità”*. <http://www.diritto-sanitario.net/quadernidetr.php?quadid=20>
- Sales P.P. (2006) *“Trauma, culpa y duelo. Hacia una Psicoterapia integradora”*. Descleè de Brouwer, Bilbao.
- Santone G., Gnolfo F. (2008) *“Immigrazione e salute mentale. Eventi psicotraumatici nel percorso migratorio”*. Conferenza europea SMES, Roma 22-23 gennaio 2008.
- Santone G., *“Salute e migrazione forzata: modelli assistenziali e politiche di sviluppo”*. I° Convegno Internazionale SAMIFO Roma 19 ottobre 2009.
- Saxe G.N. *“Dissociative disorders in psychiatric inpatients”*. American Journal of Psychiatry, 1993, 150 (7); 1037-1042.
- Schnurr P.P. *The changing face of PTSD diagnosis*. Journal of traumatic Stress, Vol. 22, 1, 2009, p 1-2.
- Serrano M. (2009) *“Stranieri. 53 minuti di filosofia”*. Editron, Roma.
- Shalev A.Y., Orr S.P., Peri T., Schreiber S., Pitman R.K *“Physiologic responses to loud tones in Israeli patients with Post Traumatic Stress Disorder”*. Arch Gen Psych; 1993, 49: 870-875.
- Shrestha N.M., Sharma B., *“Torture e vittime della tortura”* Tradotto e adattato dalla bozza originale dal gruppo rifugiati NAGA in collaborazione con l'IRCT di Copenhagen, 1998, in www.naga.it/pdf/gruppo_har.pdf.
- Silove D., Sinnerbrink I., Field A., Manicavasagar V., Steel Z. *“Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors”*. Br. J. Psychiatry. 1997 Apr; 170:351-7.
- Simmel E. (1918) *“Kriegsneurosen und psychisches”* Trauma, Monaco di Baviera.
- Sironi F. (2001) *“Persecutori e vittime. Strategie di violenza”*. Feltrinelli, Milano.
- Sjölund B.H.; Kastrup M.; Montgomery E.; Persson A. L. *“Rehabilitating torture survivors”*. Journal of rehabilitation medicine : official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine, 2009 Sep, 41(9):689-696.
- Snider F. (1986) saggio presentato al Boston Area Trauma Study Group.
- Sondergaard H.P., Ekblad S., Theorell T. *“Self-reported life event patterns and their relation to health among recently resettled Iraqi and Kurdish refugees in Sweden”*. The Journal of Nervous and Mental Disease, 2001, 189, 838-845.
- Spalazzi D., Gubinelli M. *“Psicoterapia breve e AT: l'esperienza del Centro Clinico IFREP di Roma”*. Psicologia Psicoterapia e Salute, 2000, 6(1); 61-84.
- Spina A., Madonia L. *“Salute e migrazione forzata: modelli assistenziali e politiche di sviluppo”* I° Convegno Internazionale SAMIFO, Roma 19 ottobre 2009.

Glossario dei termini di salute mentale usati in questo testo

Acculturazione: cambiamenti causati dal contatto fra diverse culture. Nel caso dei rifugiati l'influenza della cultura del paese ospitante mette a rischio la sopravvivenza della autenticità della propria cultura di appartenenza. Sinonimi usati in antropologia: "Cultural-contact", "cultural-change", "rencontres culturelle".

Adattamento disturbo dell': sintomi emozionali o comportamentali clinicamente significativi che si sviluppano in risposta a uno o più fattori stressanti psicosociali identificabili.

Affettività: insieme di fenomeni soggettivi (umore, sentimenti, emozioni, spinta vitale) che caratterizzano l'individuo nella risposta agli eventi, soprattutto in relazione ai rapporti interpersonali. È tipicamente alterata nella depressione.

Allucinazione: disturbo della percezione per cui un soggetto crede presenti stimoli percettivi che in quel momento non esistono, come ad esempio, una voce.

Amigdala: porzione della sostanza grigia del sistema nervoso centrale implicato in importanti processi neurologici tra i quali la memoria e l'emotività. Insieme all'ippocampo e ad altre strutture forma il sistema limbico, implicato nella genesi di alcuni disturbi mentali.

Amnesia: difetto della memoria per lo più circoscritto ad un breve periodo del passato. Essa può riguardare gli avvenimenti che sono seguiti o che hanno preceduto un determinato accadimento patologico (ad es. un trauma cranico), oppure accadimenti e situazioni emotivamente pregnanti (amnesia psicogena). Sintomo frequente nei rifugiati vittime di gravi eventi psicotraumatici.

Ansia: stato emotivo a contenuto spiacevole, di attesa penosa, apprensione e anticipazione pessimistica degli eventi. Fisiologico in situazioni di pericolo, diventa patologico (disturbo d'ansia) quando in-

terferisce con le attività quotidiane e compromette l'evoluzione dell'individuo.

Anedonia: anedonia (parola greca composta dal prefisso negativo *an* e *hēdonē*, "piacere") descrive l'incapacità di un paziente a provare piacere, anche in circostanze e attività normalmente piacevoli come dormire, nutrirsi, le esperienze sessuali e il contatto sociale.

Attaccamento: la condizione nella quale un individuo è legato emotivamente a un'altra persona, generalmente percepita come più forte e quindi rassicurante. Tale definizione appartiene alla teoria dell'attaccamento elaborata da John Bowlby (1907-1990). Il rapporto bambino/madre come rapporto tra chi cerca e chi offre le cure è stato studiato come sistema comportamentale di attaccamento.

Atto terapeutico: qualsiasi condotta mirata a ridurre lo stress e il dolore nelle vittime di tortura. Più in generale nella relazione terapeutica è un comportamento finalizzato alla cura del paziente.

Arousal: reazione fisiologica del sistema nervoso autonomo come conseguenza di uno stimolo imprevisto.

Asse ipotalamo-ipofisi-surrene: circuito cerebrale deputato alla produzione di ormoni necessari alla vita sessuale, alla risposta allo stress, al metabolismo dei liquidi e degli zuccheri, alla regolazione della pressione arteriosa.

Condotta d'evitamento: è un sintomo tipico dei disturbi d'ansia e descrive il comportamento che il soggetto mette in atto per evitare una situazione ansiogena temuta (ad es. nel PTSD, luoghi e situazioni che ricordano l'evento traumatico).

Controtransfer: pensieri, sentimenti, emozioni esperiti da un terapeuta o operatore nei confronti di un paziente all'interno della relazione terapeutica.

Crying out esperienza di stordimento che segue immediatamente un evento traumatico, secondo la formulazione di MJ Horowitz.

Debriefing psicologico: discussione collettiva, strutturata con gruppi omogenei di persone (ad esempio familiari delle vittime, soccorritori, superstiti ecc.) che si effettua entro 2 settimane da un evento traumatico allo scopo di diminuire la sintomatologia acuta ed esprimere e legittimare i pensieri e le emozioni.

Demenza stuporosa: condizione descritta durante la guerra Russo Giapponese (1904): in seguito allo scoppio di granate si evidenziava uno stato di paralisi e di blocco delle emozioni. Una delle prime forme di PTSD.

Depressione: stato emotivo caratterizzato da anedonia, mancanza di vitalità e motivazione, associato a sentimenti di tristezza e incapacità. Fisiologico in occasione di perdite (ad esempio un lutto o il venire meno di beni materiali, essere vittima di violazioni dei diritti umani), diventa patologico (disturbo depressivo) se interferisce con le attività quotidiane e compromette l'evoluzione dell'individuo.

Dissociazione: meccanismo di difesa inconscio con restringimento dello stato di coscienza durante il quale si attua una separazione dell'emozione da un pensiero o da una situazione.

Disturbi cognitivi: sono disturbi delle funzioni neurologiche più complesse, dette "alte", quali l'intelligenza generale, l'attenzione, la memoria, le funzioni esecutive (abilità di giudizio, pianificazione, flessibilità cognitiva, inibizione, ecc.), le abilità visuo-spaziali e prassiche, il linguaggio, la lettura, la scrittura. Frequenti e invalidanti nei rifugiati.

Disturbi somatoformi: disturbi in cui il disagio psichico viene espresso in termini somatici, cioè in forma di sintomi fisici (ad esempio dolori e astenia) in assenza di una malattia del corpo che li giustifichi.

DSM: manuale redatto nella prima versione nel 1952 dalla Società Psichiatrica Americana allo scopo di classificare tutte le patologie psichiatriche. È attualmente in uso l'edizione DSM IV-TR pubblicata nel 2000.

EMDR: (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) diffusa tecnica di trattamento del

PTSD che utilizza i movimenti oculari guidati dalle dita del terapeuta per cercare di superare i vissuti legati a eventi traumatici o a esperienze particolarmente dolorose.

Flashback: rappresentazione mentale improvvisa di un evento traumatico o di una situazione passata.

ICD: manuale redatto nella sua prima versione nel 1893 dalla società internazionale di statistica (noto allora come "classificazione di Bertillon delle cause di morte") allo scopo di classificare tutte le malattie note. A partire dal 1900 il manuale venne aggiornato ogni 10 anni a cura dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. È attualmente in uso la decima edizione (ICD 10) pubblicata nel 1990 e entrata in uso nel 1994.

Identità: processo di acquisizione di aspetti e caratteristiche individuali in cui "riconoscersi ed in cui essere riconosciuti".

Illusione: disturbo della percezione per cui un soggetto, in un particolare stato emotivo, spesso di paura, percepisce degli stimoli reali attribuendo loro un significato alterato.

Inibizione: termine usato in medicina per definire la riduzione di un'attività normale o patologica (ad es. i farmaci ansiolitici inibiscono i sintomi d'ansia).

Insonnia: riduzione disturbante e duratura della quantità o della qualità del sonno.

Incubi: sogni dal contenuto particolarmente spiacevole, spesso riguardanti, nei rifugiati eventi traumatici realmente vissuti.

Sintomi intrusivi: in psichiatria sono i sintomi che si inseriscono nella mente del paziente disturbandone l'attività (ad esempio nel nostro caso sintomi in cui la vittima di tortura rivive l'evento). Possono presentarsi nello stato di veglia (intrusioni diurne) e di sonno (intrusioni notturne o incubi).

Ipersomnia: si tratta di un eccessivo o prolungato stato di sonno dell'individuo, associato alla difficoltà di svegliarsi o nel riuscire a rimanere svegli. Si osserva nei rifugiati affetti da depressione o in seguito all'uso scorretto di farmaci ipnoinducanti.

Ipnosi: psicoterapia fondata sulla suggestione. Di origini antichissime, ebbe il periodo di maggiore fio-

ritura alla fine del 1800 in Francia. Essa si basa sull'induzione dello stato ipnotico (trance ipnotica), un particolare stato di coscienza, diverso dal sonno, in cui è possibile agire suggestivamente su una sintomatologia.

Ippocampo: regione del sistema nervoso centrale deputata a funzioni complesse tra le quali la memoria. Insieme all'amigdala e ad altre strutture forma il sistema limbico, implicato nella genesi di alcuni disturbi mentali.

Labilità emotiva: condizione in cui vi è una mutevolezza e fragilità dell'affettività (ad esempio passaggi repentini dalla tristezza all'irritabilità).

Memoria: attività mentale relativa alla capacità di conservare informazioni. Esistono diverse classificazioni della memoria, la più diffusa prevede la suddivisione in memoria esplicita ed implicita. La prima, a sua volta suddivisa in memoria autobiografica e semantica, riguarda informazioni recuperabili dal pensiero cosciente e, in quanto tale, esprimibile in parole (ad esempio, il ricordo di passate esperienze di vita). La seconda riguarda informazioni che influenzano il comportamento e il pensiero senza tuttavia raggiungere il livello della coscienza (ad esempio, andare in bicicletta).

Mediazione linguistico culturale: strumento fondamentale per favorire la comunicazione e la comprensione nel setting terapeutico.

Nevrosi: termine psicoanalitico che si riferisce ad un disturbo psichiatrico generalmente di modesta gravità e classicamente attribuito a "conflitti" inconsci. Si può manifestare con sintomi ansiosi, depressivi, ossessivi e somatici.

Neurobiologia: branca della medicina che studia l'organizzazione delle cellule nervose in circuiti più o meno complessi cui corrispondono precise funzioni.

Neuropsicologia: branca della medicina che studia i processi cognitivi e comportamentali correlandoli con i meccanismi anatomico funzionali che ne sottendono il funzionamento.

Neurotrasmettitori-neuromediatrici: sostanze, in genere proteine, prodotte dalle cellule nervose per comunicare. I più importanti sono: noradrenalina, adrenalina, serotonina, dopamina, acido gamma amino butirrico, acido glutammico.

Numbing: termine inglese che descrive uno stato di "ottundimento", inteso come distacco emotivo e affettivo. Frequente nelle vittime di tortura affette da PTSD.

Oppiodi endogeni: sostanze con effetto biologico simile a quello degli oppiacei (ad esempio morfina) prodotte principalmente dal sistema nervoso centrale con un'azione di modulazione delle sensazioni dolorose, ma anche di regolazione su appetito, apprendimento, piacere.

Personalità: modalità abituale di esperienza interiore e di comportamento che si sviluppano in un individuo anche in relazione all'ambiente in cui esso nasce e cresce.

Patologie reattive: malattie che derivano da cause esclusivamente ambientali in cui i fattori genetici hanno un peso trascurabile.

Patologie endogene: malattie geneticamente determinate in cui i fattori ambientali possono agire solo come eventi scatenanti.

Post Vietnam Sindrome: sintomatologia descritta nei soldati americani di ritorno dalla guerra del Vietnam assimilabile all'attuale definizione di PTSD.

Presa in carico: assunzione di responsabilità da parte di un servizio di cura (o di un professionista) nei confronti di un individuo e della sua sofferenza.

Riliving: dimensione sintomatologica del PTSD caratterizzata dall'esperienza soggettiva di rivivere l'evento traumatico come se stesse avendo luogo nel presente.

Psicofarmacoterapia: insieme di conoscenze e pratiche di cura delle malattie mentali basate sulla somministrazione di farmaci attivi sul sistema nervoso centrale (psicotropi) che possono influenzare le emozioni, il comportamento, le percezioni.

Psicologia: disciplina che studia le funzioni e le manifestazioni coscienti e incoscienti della psiche umana.

Psichiatria: branca della scienza medica che studia la diffusione, le cause, le manifestazioni, la cura e la prevenzione delle malattie mentali.

Psicosi: categoria diagnostica oggi in disuso che definisce i disturbi psichiatrici più gravi e disabilitanti (ad esempio psicosi schizofrenica).

Psicoterapia: insieme di teorie e pratiche di cura delle malattie mentali basate sulla relazione terapeutica tra medico (o psicologo) e paziente.

PTSD: disturbo post traumatico da stress. Categoria diagnostica che descrive segni e sintomi insorti in un individuo a seguito di un evento traumatico. Rappresenta la diagnosi psichiatrica più frequente nei rifugiati vittime di tortura.

Relazione terapeutica: rapporto che si instaura tra il paziente e il terapeuta (o con altri operatori) all'interno del quale vengono messe in atto le strategie di cura.

Resilienza: capacità individuale di fare fronte a situazioni di disagio attingendo a risorse personali.

Riabilitazione: branca della medicina che si occupa del recupero delle funzioni perse a seguito di una patologia.

Shell-shock Sindrome: termine usato per la prima volta nel 1915 da C.S. Meyers per descrivere una sintomatologia (amnesia, debolezza e perdita della vista, dell'olfatto e del gusto) che insorgeva dopo lo scoppio delle granate.

Sistema nervoso autonomo: porzione del sistema nervoso deputata alla regolazione delle attività involontarie, come il battito cardiaco, il respiro, la motilità intestinale. È distinto in Sistema Nervoso Parasimpatico e Ortosimpatico.

Sogno: attività mentale che si svolge durante il sonno e che non obbedisce al pensiero logico della coscienza.

Sospettosità: in psichiatria descrive la tendenza pervasiva di un soggetto a cercare nel comportamento altrui intenzioni malevole e potenzialmente dannose.

Stress: reazione dell'organismo tesa a neutralizzare uno stimolo (stressor) quando questo determina un'alterazione eccessiva della sua normale attività.

Strumenti psicodiagnostici: utilizzati in psichiatria per fare o confermare una diagnosi o in ricerca per rendere generalizzabili i risultati di uno studio. Si tratta generalmente di domande scritte che l'intervistatore pone al paziente o che il paziente stesso legge. Ad ogni domanda viene attribuito un punteggio.

Supervisione: in medicina indica la consuetudine degli operatori a usufruire, per la gestione di situazioni cliniche particolarmente complesse o delicate, della consulenza di colleghi più anziani ed esperti. La supervisione, nelle sue diverse forme, (individuale, d'equipe, di gruppo, clinica, gestionale-organizzativa) rappresenta uno degli strumenti preventivi dello stress negli operatori, soprattutto in situazioni ad alta emotività come la relazione con le vittime di tortura o violenza sessuale.

Tortura: vi sono diverse definizioni ma quella che maggiormente rispecchia le reali intenzioni dei persecutori è di Marcelo Vifiar "ogni comportamento intenzionale, qualunque siano i metodi utilizzati, che ha il fine di distruggere il credo e le convinzioni della vittima per privarla della struttura di identità che la definisce come persona".

Transfert: pensieri, sentimenti, emozioni esperiti da un paziente nei confronti di un operatore all'interno della relazione terapeutica.

Transculturazione: particolare condizione di pressione psicologica che il migrante si trova a dover gestire o subire nello sforzo di adattamento nel paese che lo ospita.

Trauma: esperienza psicotraumatica dolorosa vissuta dai migranti forzati nel paese d'origine (trauma premigratorio), durante la fuga e il viaggio (trauma migratorio) o nel paese destinazione (trauma postmigratorio). Singolarmente o insieme gli eventi traumatici mettono a rischio la salute mentale delle vittime.

Traumatizzazione vicaria: sintomatologia clinica (in alcuni casi descritta come simile al PTSD) per l'attivazione di meccanismi di controtransfert che insorge in operatori sanitari e sociali (prevalentemente operatori legali e di salute mentale) a contatto con pazienti vittime di gravi traumi.

Oltre l'esilio

Politiche della cura e dell'accoglienza

A cura dell'Associazione Frantz Fanon,
Roberto Beneduce e Simona Taliani

2

Il presente lavoro è frutto di una riflessione condivisa dell'équipe di operatori sociali e sanitari coinvolti nel progetto *Oltre l'esilio*, realizzato dall'Associazione Frantz Fanon di Torino (sostenuto dall'ANCI-Fondi 8x1000 e con il sostegno economico della Compagnia di San Paolo di Torino). L'esperienza pilota di accoglienza e cura di soggetti richiedenti asilo e rifugiati ad alto rischio di esclusione sociale e di sofferenza psichica è stata attivata nella primavera del 2009 attraverso le risorse "otto per mille" assegnate ad ANCI per l'anno 2007. Due sono le città ad oggi coinvolte, Roma e Torino. Gli invii vengono fatti dal Servizio centrale del Sistema di protezione dei richiedenti asilo e dei rifugiati), che riceve le segnalazioni di accoglienza.

Gli autori:

Roberto Beneduce (Università di Torino) è autore della premessa e del paragrafo 1.

Simona Taliani (Università di Torino) è autrice dei paragrafi 1, 2 e 4.

I paragrafi 3 e 5 sono stati scritti dagli autori in collaborazione con gli operatori del progetto.

Hanno collaborato alla stesura del testo: Grace Aigbeghian, Roberto Bertolino, Nicola de Martini, Sara Gorla, Carla Mariani, Irene Morra, Berthin Nzonza, Marcella Rivolta, Anna Chiara Satta, Fabrizio Uccellatori, Alice Visintin, Elena Zola.

I nomi dei pazienti, quando riferiti, sono degli pseudonimi. Alcuni elementi biografici sono stati, inoltre, modificati al fine di rendere meno identificabili gli utenti. Non si ritiene che tali cambiamenti od omissioni parziali siano rilevanti ai fini delle riflessioni sviluppate, né costituiscono elemento di alterazione per le analisi proposte.

Premessa

Pensare l'immigrazione significa pensare lo Stato ed è lo Stato che pensa se stesso pensando l'immigrazione

Abdelmalek Sayad

Parlare di migrazione, anche quando si vuole pensarla in termini sociologici o riferirsi unicamente ai problemi psicologici che così spesso connotano tale esperienza, significa già situarsi all'interno di una prospettiva politica. Questo assunto vale ancor più chiaramente nel caso si consideri la questione 'rifugiati': le loro biografie, i percorsi incerti di tanti richiedenti asilo, le ombre di morte e minaccia che li accompagnano, obbligano il clinico, l'operatore sociale, a misurarsi con un orizzonte propriamente politico, detto in altri termini: con la violenza della storia, con la dolorosa eredità del colonialismo, con le controverse espressioni di una cittadinanza e una sovranità ormai differenziate e diversamente distribuite¹. Dovrebbe essere chiaro a tutti però che la *dimensione politica* di questi conflitti, di queste vicende, è *già* massicciamente operante e inscritta nelle esperienze di cui siamo testimoni: nel linguaggio delle istituzioni, nei media, nell'immaginario, nelle leggi (gli accordi di Dublino), nella vergognosa decisione di inviare aiuti ad un paese – la Libia – che viola sistematicamente ed apertamente i più elementari diritti umani nei confronti di cittadini stranieri provenienti da paesi africani e detenuti nelle prigioni in modo illegale o 'venduti' dagli agenti di custodia ai passeur², nelle pratiche discriminatorie concernenti tanti immigrati, nei respingimenti e nella violenza perpetrata in quegli spazi 'abietti' che sono i centri di identificazione ed espulsione³. Le immagini degli espulsi accompagnati agli aerei fra le proteste di pochi passeggeri costituiscono una delle tante metafore del presente: che si realizzino in quei non luoghi che sono gli aeroporti rende evidente al di là di ogni discorso la violenza che connota questi e altri spazi di eccezione.

1. Aihwa Ong parla di "graduate citizenship" e "graduate sovereignty" (2006, p. 75 sgg.) e riprende il lavoro di Robert Castel nel sottolineare una caratteristica ricorrente nell'epoca della globalizzazione: il trattamento *differenziato* delle popolazioni e la trasformazione in soggetti marginali di coloro da cui non è possibile trarre profitto. Si tratta di un aspetto che nella storia delle migrazioni e nel diverso destino sociale ed economico di immigrati, gruppi e minoranze è assai facile riconoscere.
2. Si veda al riguardo il film *Come un uomo sulla terra* (2008) di Riccardo Biadene, Andrea Segre, Dagmawi Yimer.
3. L'espressione è tratta da Engin F. Isin e Kim Rygiel (2007).

Il ‘politico’ è già lì, di fronte a noi, realizzato nel registro dell’indifferenza, nei toni cinici con i quali si discetta su questo o quell’aspetto amministrativo, nella violenza razzista di questi anni di chi si accanisce contro immigrati isolati, nelle pratiche sociali informate da un’ostilità generalizzata che traduce la parola ‘immigrato’ in quella di ‘deviante’ o ‘criminale’. Ogni gesto, ogni parola sembra qui raddoppiare e amplificare la “maledizione” dell’immigrato⁴ e ci riporta alla memoria le sfide della cura che Fanon aveva analizzato nel contesto coloniale, dove la cura della sofferenza del colonizzato era impossibile, tanto più là dove l’uso della tortura materializzava di fatto il collasso di ogni distanza fra psichiatria e politica⁵.

Si tratterà dunque, per chi lavora accanto a rifugiati e richiedenti asilo, di riconoscere il politico in ogni sfumatura, anche quando dissimulato sotto gli eufemismi del linguaggio giuridico o clinico, per poi trasformarlo in atteggiamento di cura, di ascolto, di orientamento. ‘Politiche della cura’ significa anche questo: tentare la faticosa risalita dagli abissi della violenza e dell’indifferenza verso un senso riabilitato dell’umano, verso una sensibilità restaurata nei confronti di donne e uomini che incarnano, con la loro stessa sofferenza, la follia della Storia e che fanno fatica a riaffermare il proprio potere di decidere e agire.

Denunciare la sofferenza umana senza ‘situarla’, cioè senza occuparsi delle condizioni che la determinano o la riproducono, costituisce d’altronde uno dei limiti più noti di una certa retorica umanitaria: quella che vediamo spesso accorrere in soccorso delle vittime, ma lascia poi indiscussi i meccanismi di esclusione sociale, le strutture dello sfruttamento, la produzione di leggi che cancellano diritti o lasciano impuniti i responsabili di gravi crimini. Contro un umanesimo stanco e complice, Frantz Fanon indicava strategie di mutamento, di presa di coscienza, di trasformazione che passavano non solo attraverso l’uso della violenza da parte dei colonizzati, ma anche attraverso la critica sistematica delle categorie di un sapere, quello psicologico e psichiatrico che, nelle colonie, aveva preteso curare la follia o addirittura esplorare le differenze culturali rimanendo però sordo e indifferente di fronte all’umiliazione quotidiana dei colonizzati, della loro lingua e delle loro tradizioni, o cieco dinanzi alla tortura e alla violenza. Il pensiero di Fanon – al quale ci si è richiamati sin dall’inizio dell’esperienza clinica con *cittadini immigrati* presso il

4. Il termine è qui ripreso da un celebre lavoro di Abdelmalek Sayad (1993) dal titolo: *La malediction – Avec un “travailleur immigré”*. *Entretien de Abdelmalek Sayad*.
5. A queste conclusioni Frantz Fanon giunge nella sua ultima opera, *I dannati della terra*, dove denuncia in particolare la complicità dei medici che partecipano alle torture. In quelle stesse pagine, dopo aver pronunciato la famosa frase (“Si troveranno forse inopportuni e stranamente fuori posto in un simile libro questi appunti di psichiatria. Non ci possiamo assolutamente far nulla”), egli afferma l’impossibilità di guarire nella colonia, che è “negazione sistematizzata dell’altro” (cfr. anche Gibson 2003, p. 92 sgg.). Ma per qualsivoglia discorso sulla cura del trauma, ancora più penetrante è l’osservazione critica che egli rivolge alla psichiatria clinica, che privilegia “l’evento che ha scatenato la malattia” (oggi diremmo *tout court* ‘evento traumatico’ e ‘PTSD’) ma poi trascura il contesto, il “generalizzarsi di pratiche disumane” (Fanon 1979). Cfr. anche più oltre nel testo (in particolare l’epigrafe riportata all’inizio del paragrafo 4, in cui viene citato per esteso il pensiero di Fanon sui rischi di questa *riduzione* del contesto al singolo evento traumatico).

Centro Frantz Fanon⁶ di Torino – ha ispirato non solo uno stile di lavoro e una riflessione critica sulle categorie psichiatriche, ma anche una più ampia riconsiderazione della posta in gioco presente nella ‘cura’ di immigrati e rifugiati, nella cura dell’Altro.

Se migrazione, politica e Stato-nazione si rinviano l’un l’altro, secondo quanto ricorda la frase di Sayad riportata in epigrafe, la cura della sofferenza dei richiedenti asilo e dei rifugiati rinvia dunque (e non può che essere pensata che in riferimento) a un orizzonte di diritti da riaffermare, costruire, conquistare. La cura e la lotta contro la sofferenza dei rifugiati procedono dunque parallelamente al loro ‘riconoscimento’, nozione non a caso centrale tanto nell’opera di Fanon quanto nel lessico degli studi post-coloniali.

La lezione di Martin-Baró rimane a questo riguardo un capitolo fondamentale della nostra ricerca, soprattutto laddove si considerino le conseguenze psichiche e sociali dei conflitti armati, contesti nei quali è necessario pensare il trauma non come un evento individuale, ma nei termini di una cristallizzazione “all’interno di persone e gruppi di relazioni sociali inumane” (cit. in Jenkins e Hollifield, 2008, p. 382). *Le forze della cura* nascono anche dalla nostra capacità di intrecciare e interpretare congiuntamente ciò che complessi processi di rimozione sociale tendono invece a dissociare, e riconoscere all’origine di tanti disturbi non solo eventi traumatici estremi, ma anche quella violenza che, per essere “invisibile” (Bourgeois, 2009), può risultare anche più devastante. L’incorporazione della storia nei sintomi di un rifugiato, nella confusione o nelle ‘menzogne’ di una donna richiedente asilo, ci conducono, infine, a situare la sofferenza nell’*ordine post-coloniale delle cose*. Pensare l’enigma della soggettività e dell’alterità dentro i discorsi del trauma e della sofferenza, fra memorie ferite e appartenenze incerte o nascoste, costituisce per noi il sentiero privilegiato di un’*etnopsichiatria critica* che intende le pratiche socio-culturali come strategie che provano a pensare (e ricongiungere) memorie individuali e memorie collettive, non come tratti cristallizzati di una “identità” della quale, a dire il vero, solo in pochi si ostinano a parlare ormai immaginandola come una sostanza, fuori dai vortici della storia.

L’etnopsichiatria critica qui immaginata può contribuire a costruire protocolli e definire standard o strategie di cura per rifugiati e vittime di tortura? Forse, ma a condizione di intendersi su questo: o gli operatori sapranno muovere le loro azioni e il loro ascolto lontano dalle lusinghe di diagnosi psichiatriche e definizioni già confezionate, di modelli d’intervento già sperimentati, eventualmente colorati con un po’ di cultura, o quello che si produrrà sarà soltanto una strategia “di compromesso”, intenta a distogliere il proprio sguardo dalle contraddizioni delle nostre leggi e delle nostre istituzioni, dalla miopia che caratterizza spesso le nostre pratiche assistenziali, diventando di fatto complice di ipocrisie, silenzi, violenze.

6. Il Centro Frantz Fanon è un Servizio di psicoterapia, counseling e supporto psicosociale per gli immigrati, i rifugiati e le vittime di tortura, fondato nel 1996 da Roberto Beneduce insieme ad un gruppo di psicologi e mediatori culturali. Attualmente le strutture del Centro sono presso il DSM dell’ASL TO1. Sulla necessità di ritornare criticamente sul significato della violenza nel messaggio di Fanon, si rinvia alle considerazioni di Judith Butler (2006).

1

Gli indesiderabili⁷

Ci è stato detto tante volte che a nessuno piace ascoltare tutto ciò; l'inferno non è più una credenza religiosa o una fantasia, ma qualcosa di tanto reale quanto le case, le pietre e gli alberi. Sembra che nessuno voglia riconoscere che la storia contemporanea ha creato un nuovo genere di essere umani – quelli che sono stati messi nei campi di concentramento dai loro nemici e nei campi di internamento dai loro amici.

Hannah Arendt

Il rifugiato, scrive Giorgio Agamben che all'opera di Hannah Arendt più volte rimanda, è l'immagine più lucida della crisi dello Stato-nazione e della nozione di sovranità. Attraverso di lui, si possono percepire chiaramente i limiti della moderna società civile e politica perché nel momento in cui tra l'uomo e il cittadino si è venuto a collocare il *denizen* (il neologismo è di Hammar), ossia qualcuno a cui si sono negati di colpo tutti gli statuti dell'umano, della vita umana nelle sue diverse espressioni sociali, giuridiche e politiche, e nella misura in cui questo ha determinato che i diritti dell'uomo non coincidessero più con quelli del cittadino; il rifugiato è diventato *veramente* un 'uomo sacro' nel senso etimologico del termine: un essere votato alla morte, che si può lasciar morire *così*⁸.

In Italia questa situazione assume dei contorni giuridici e politici davvero paradigmatici ed alcune situazioni locali – come quella torinese con l'occupazione un anno fa delle strutture di via Bologna e di Corso Peschiera da parte di ormai più di duecento-quaranta persone, alcune in attesa della risposta della commissione territoriale, ma in gran parte *già* rifugiate, che non hanno *dove altro* andare e *cos'altro* fare – denunciano situazioni in cui, appunto, si è presi dentro una legge che 'mette fuori': con questo maldestro gioco di parole che vuole evidenziare il loro essere 'fuori legge' seppur (o proprio perché) dentro un ordinamento giuridico che li riconosce come tali: rifugiati. Nei suoi scritti Giorgio Agamben riprende il concetto di 'biopolitica' introdotto

7. L'espressione è ripresa dal libro di Michel Agier (2008).

8. Su questi temi si rinvia anche a Taliani (2006b) e a Beneduce (2007, 2010).

9. Con 'biopolitica' si intende l'emersione e l'azione di un potere statale che decide "chi *far* vivere" e chi "*respingere* nella morte" (Foucault, 2005). Sulle logiche razziste in seno alle democrazie moderne cfr. Vincenzo Sorrentino (2005, p. xxxiii).

da Michel Foucault⁹. Nelle politiche della morte oggi emergenti nei moderni stati europei si decide della vita dei cittadini e della morte dei non-cittadini, secondo modalità che sono *esclusive* e *ordinarie* allo stesso tempo. Chi ce la fa – e attraversa il Mediterraneo, sopravvivendo; chi esce vivo dalle enclavi libiche, spagnole, greche o italiane – diventa in Europa un vero e proprio soggetto politico ‘nuovo’: ‘il non-cittadino-cittadino’ (o il cittadino-non-cittadino); ‘il non-espellibile-senza-permesso-di-soggiorno’ (o il rifugiato-senza-casa-e-senza-lavoro)¹⁰. Attraverso le vicende dei richiedenti asilo e dei rifugiati si possono dunque misurare non solo le contraddizioni e le violenze che caratterizzano oggi numerosi contesti geopolitici internazionali, ma anche i limiti delle società ospiti e delle loro istituzioni. Quando nella storia del richiedente asilo o del rifugiato si consideri poi il peso di sofferenze non riconducibili a un’esperienza traumatica isolata, ma al succedersi di conflitti, vicende, lutti, risulta evidente il rischio psichico dell’esclusione sociale in soggetti già resi vulnerabili da precedenti esperienze di violenza, di morte o di minaccia. È evidente che i richiedenti asilo e i rifugiati devono essere situati all’interno di una prospettiva di accoglienza e di valutazione sensibile a quanto ci ha insegnato la più avveduta clinica del trauma: quella che consente di riunire in un comune discorso le vicende traumatiche sperimentate all’interno di conflitti armati o di violenze diffuse, quelle conseguenti alle minacce di morte e alle aggressioni che hanno scandito l’esodo e la fuga, quelle infine che definiscono il nuovo orizzonte di incertezze nel paese d’arrivo. Ma sarebbe ingenuo dimenticare le violenze private, familiari, i traumi segreti: che spesso riprendono salienza proprio a partire da altri traumi, da altre violenze.

La violenza nei contesti di conflitto armato, come è stato messo in luce da numerose ricerche (in Libera, in Costa d’Avorio, in Sierra Leone, nella Repubblica Democratica del Congo, in Colombia ecc.), può inoltre *riprodursi* a distanza di tempo, e questo processo riguarda naturalmente tanto i singoli individui quanto le collettività che sono state a lungo lacerate da logiche di arbitrio e di sopruso (Shaw e Mbembe parlano di “stato mentale di guerra” e, rispettivamente, di “spirito della guerra”). La logica di questa riproduzione non è solo psicologica: all’interno di questi scenari si sono realizzate vere e proprie *economie della violenza* (Beneduce *et al.*, 2006). È dentro questo orizzonte psichico, sociale e storico che può essere interpretata l’accresciuta violenza nei rapporti interpersonali, descritta ad esempio nelle famiglie palestinesi, e ogniqualvolta gli individui sono costretti a rivolgere contro di sé, i propri familiari o i propri vicini un’aggressività che il potere politico reprime o non riconosce. Il concetto di “violenza di ritorno”, preso a prestito da Maurice Bloch, o di “riproduzione autonoma della violenza”, risultano utili per nominare alcuni dei fenomeni che verranno presi in considerazione in questo lavoro.

10. È evidente che una volta istituita e legittimata questa nuova categoria sociale, i gruppi criminali che ruotano intorno alle economie migratorie sfruttano a loro vantaggio tutti gli interstizi che possono creare tra la legge, la sua applicazione e la sua dis-applicazione; e sfruttano, ancora di più, le persone che hanno fatto arrivare in Europa in quanto soggetti giuridici anomali..

2

Accogliere e curare: riflessioni di metodo

Sia la clinica dei rifugiati, con l'ambivalenza della sua 'medicina parlata', sia il centro per la salute mentale, con i suoi giudizi su quali fossero il lutto normale e i ricordi appropriati, lasciavano assai poche possibilità di raccontare la propria storia in modo completo e senza censure.

Aihwa Ong

Il Progetto *Oltre l'esilio* ha consentito di creare a Torino due équipes integrate, una socio-educativa ed una psico-sociale, capaci di operare all'interno di una Rete di Servizi territoriali¹¹ con la finalità di predisporre un'accoglienza e un'assistenza efficaci nel rispondere alle domande di aiuto e di cura di quei richiedenti asilo e di quei rifugiati *sofferenti* (che risultano affetti da disturbi psicologici o con una manifesta sintomatologia psichiatrica). Le attività condotte si sono concentrate sulle figure più vulnerabili ed esposte al rischio di marginalità, di esclusione e di disagio psichico per il convergere di diversi fattori quali, per esempio, le esperienze traumatiche, la precarietà giuridica, l'estrema solitudine, evidenti stati di confusione e deriva psichica e morale. Il progetto ha previsto l'apertura di due gruppi appartamento¹² per richiedenti asilo e rifugiati 'altamente vulnerabili' e l'attivazione di prese in carico psicoterapeutiche presso il Servizio di etnopsichiatria gestito dalla nostra Associazione (Centro Frantz Fanon). Nel corso dei mesi si è cercato di:

11. Gli operatori socio-sanitari impegnati nelle attività hanno pluriennale esperienza di lavoro nell'ambito dell'accoglienza e dell'assistenza sanitaria dei richiedenti asilo, dei rifugiati, delle vittime di tortura e delle vittime della tratta. La rete di servizi attivata è composta da enti pubblici, cooperative e associazioni con le quali l'Associazione Frantz Fanon collabora da tempo su questi temi: Cooperativa sociale Esserci, Associazione Mosaico, Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione (ASGI); oltre naturalmente all'Ufficio Stranieri della Città di Torino, il DSM dell'ASL TO 1 (con cui la nostra Associazione ha stipulato una convenzione dal 2002). La collaborazione ormai decennale con Enti e Associazione cittadine, in stretta integrazione con il Servizio Sanitario Nazionale, ha avuto anche lo scopo di migliorare da parte degli immigrati stessi l'utilizzazione di quest'ultimo e delle altre risorse esistenti, rimuovendo quegli ostacoli alla comunicazione e all'interazione che spesso si rivelano fattori critici nella continuità o nell'interruzione della cura, nella realizzazione o nell'insuccesso di una piena integrazione.
12. Il progetto prevede a Torino l'apertura di un appartamento per uomini (8 posti) e di un appartamento più piccolo per donne (4 posti), nello stesso quartiere della città a pochi isolati l'uno dall'altro.

- predisporre degli spazi di accoglienza, degli interventi di assistenza e delle attività di supporto psicologico per gli ospiti delle due strutture;
- sviluppare un intervento etnopsichiatrico che predisponesse attività di *mediazione culturale etnoclinica* (allo scopo di ridurre i rischi di errore diagnostico, mediare i conflitti, governare più agilmente l'eventuale sintomatologia promuovendo al tempo stesso strategie di integrazione sociale del paziente);
- predisporre una tipologia di intervento in situazioni dove è alto il rischio di cronicizzazione del paziente, istituendo in particolare attività di riabilitazione psicosociale e di cura in accordo alle strutture esistenti all'interno dell'ASL.

Nella gestione e progettazione delle attività progettuali un'attenzione preliminare è stata posta alla strutturazione di spazi di accoglienza e di abitazione informali, accoglienti, non medicalizzati né medicalizzanti, attenti a non riprodurre ambienti eccessivamente istituzionalizzati. Ciò vale tanto per la struttura abitativa quanto per gli interventi realizzati al di fuori di essa, presso il Centro Frantz Fanon, dove si cerca di evitare la routine delle lunghe attese, l'indifferenza del personale, la domanda esplicita o implicita di adeguarsi a regole rigide o a setting prestabiliti, ciò che spesso rischia di generare situazioni ansiogene o addirittura stressanti (le lunghe code d'attesa per la presentazione o il ritiro di documenti costituiscono per esempio, nel racconto di molti richiedenti asilo, una delle esperienze più angoscianti nel paese d'arrivo).

L'accoglienza

Le persone accolte nelle nostre strutture hanno nel proprio passato una storia complessa, che per molti versi vorrebbero disperatamente provare a dimenticare. Nel tentativo di anestetizzare il proprio dolore essi corrono però il rischio di perdere o abbandonare aspetti fondamentali della propria storia individuale e sociale, riducendo al contempo le capacità e le risorse che permettono loro di costruire legami sociali significativi. L'amputazione del proprio passato ha spesso l'effetto di ridurre o far vacillare i processi dialettici del "riconoscimento reciproco" (Fanon, 1952). A fronte, poi, di una società ospite che invita spesso queste persone a dimenticare quanto accaduto nel *passato*¹³, si corre il non meno grave rischio di minare le fondamenta stesse della loro "riconoscibilità" (l'espressione è di Judith Butler, 2006).

13. È certamente Primo Levi ad aver trovato le parole più lucide e più nitide per mostrare questo processo di *indifferenza* che la società civile mostra al cospetto delle testimonianze e dei racconti delle persone sopravvissute ad esperienze estreme e apocalittiche, di guerra e prigionia. Egli è riuscito, attraverso un'analisi precisa dei processi del 'credere' (alle parole di colui o di colei che raccontano) e della 'credibilità' (di queste parole, rese *incredibili* dagli stessi atti eccessivi degli aguzzini), a restituirci il dramma del testimone (ne *I sommersi e i salvati*). Questo invito a non parlarne più, a dimenticare, Levi ce lo restituisce con un'immagine: quella ripresa dalla ballata di Coleridge (*The Rime of the Ancient Mariner*) in cui un vecchio marinaio racconta la sua storia ad un pubblico distratto, che si disinteressa del suo racconto. Cfr. anche Agamben (1998).

Il richiedente asilo, il rifugiato e la vittima di tortura è un soggetto che rischia di non riuscire più ad abitare nessun luogo, sviluppando un senso di anonimità, di fragilizzazione della propria identità, spesso paradossalmente cercata nell'illusione che questo concorra a facilitare la conquista di una nuova identità sociale e politica (quella fondata sull'ideologia umanitaria della 'vittima')¹⁴. L'attenzione verso questi aspetti risulta particolarmente importante rispetto a qualsivoglia percorso di accoglienza e assistenza di richiedenti asilo politico e rifugiati. Il modello che qui stiamo illustrando ha dunque ipotizzato strategie di intervento sociale ed educativo fondate proprio sulla consapevolezza della centralità di tali aspetti. Su ciascuno di essi le attività educative condotte all'interno delle strutture abitative, ma anche all'esterno nei percorsi di accompagnamento e integrazione, hanno tentato di incidere attraverso strategie molteplici.

Le esperienze culturali, religiose, sociali e politiche di ciascun utente hanno ricevuto *attenzione*, in un percorso clinico ed educativo che ha voluto valorizzare, sin nel dettaglio, frammenti e temporalità spesso ignorate in quei progetti di integrazione e di riabilitazione che procedono adottando modelli standardizzati (cfr. Ong, 2005, p. 117 e sgg.). L'adattamento al nuovo contesto d'accoglienza non deve infatti significare solo perdita e rinuncia (di quanto si sapeva e non è più ritenuto utile, significativo, vantaggioso possedere nel nuovo contesto); né può essere ridotto all'apprendimento di nuovi schematismi e abilità (*skills*). Ciò perché la condizione di confine tra una situazione passata ed una situazione presente non è caratterizzata da 'assenza' né da 'vuoto': essa è piuttosto una *zona di passaggio* che deve essere scandita e contraddistinta da gesti umani significativi, da relazioni sociali intense ma non invadenti, atte a favorire un processo di trasformazione. Per tale motivo ogni persona viene considerata nella sua specificità e *unicità*: storica e culturale, sociale e individuale, politica e morale.

Le due case sono 'abitazione' all'interno della quale ciascuno fa parte di un gruppo. L'ospite viene quindi accolto ed inserito in un luogo connotato come 'familiare', che secondo il modello del cosiddetto gruppo appartamento identifichiamo come luogo di promozione dell'individuo e della sua salute: un luogo di crescita e di confronto nonché di passaggio (al cui interno si sta per un certo periodo, non per sempre), che si confronta con la comunità ed è inglobato dalla stessa. È fondamentale che la persona che arriva sia riconosciuta nella sua specificità tanto dagli operatori che dagli altri utenti presenti nella struttura e, al contempo, è importante che sia dato un tempo adeguato per *conoscersi* (prima di essere impegnati in troppe attività esterne, che a volte possono essere disorientanti).

A questo proposito è possibile sottolineare l'importanza degli interventi volti a garantire il ripristino della salute fisica degli ospiti che, in particolare quando provenienti dai centri governativi di accoglienza per richiedenti asilo (C.A.R.A.), manifestano non di rado problematiche sanitarie non riconosciute o non affrontate in modo adeguato. La cura del corpo rappresenta una fase nevralgica, spesso di per se stessa già terapeutica. È di fondamentale importanza stabilire una relazione fiduciaria adeguata prima di inoltrarsi negli interstizi del corpo dell'utente (ma già prendersene cura in modo discreto e rispettoso del suo corpo permette all'operatore di creare legami di fiducia

14. Come ben sottolinea nei suoi lavori Liisa Malkki (1995; 1996).

autentici e intensi), perché questo primo passo rappresenta *già* un'occasione per adentrarsi nei *grumi della (sua) storia* e degli eventi che hanno scandito la fuga, il viaggio, le permanenze forzate. Per queste ragioni, nel modello di lavoro qui presentato, si presta una particolare attenzione a raccogliere con estremo tatto la biografia e la storia personale dei nostri ospiti, alternando momenti più formali con un setting pre-stabilito alla conoscenza in un setting informale (che nasce dal fare insieme qualcosa e dalla condivisione della quotidianità).

Qualora la persona sia ancora in attesa di essere ascoltata dalla Commissione Territoriale, si opera per utilizzare questo tempo anche per raccogliere la 'storia', supportare la persona in ciò che rappresenta spesso un'esperienza di ri-traumatizzazione (raccontare nuovamente i fatti accaduti), ciò anche allo scopo di permettere l'espressione della propria sofferenza. Questa fase è particolarmente complessa, soprattutto quando la persona manifesti una sintomatologia che compromette la comunicazione e le comuni modalità di relazione. La presenza di operatori con formazione clinica all'interno dell'equipe risulta a questo proposito importante, sia al fine di favorire per quanto possibile processi di ascolto contenitivi, sia allo scopo di rendere questi momenti *già potenzialmente terapeutici*.

L'intervento di mediatori culturali ogni qualvolta necessario intende favorire tutte queste fasi, anche attraverso un utilizzo non banale¹⁵ della loro professionalità e competenza. Soprattutto in quelle situazioni in cui la sofferenza e la sintomatologia accusate inducono un disorientamento profondo dell'utente, risulta infatti importante creare le condizioni per processi di accompagnamento individualizzati che possono vedere nella figura del mediatore uno strumento essenziale in grado di favorire *un minimo di continuità esperienziale*. È fondamentale sottolineare come questa figura professionale sia parte integrante dell'equipe e venga percepita come tale dai nostri utenti, ma al tempo stesso sia in grado di porsi temporaneamente in una *posizione altria* rispetto ai colleghi per favorire un senso di *appaesamento* nonché la trasmissione di punti di riferimento (valori, norme, regole condivise) che consentano al soggetto di recuperare gradualmente una maggiore presa sul mondo circostante.

Nel progetto è poi centrale la salvaguardia di spazi di libertà e di autogestione della propria quotidianità. Nelle due case persone diverse (per storia, cultura, sintomatologia espressa, bisogni, competenze) abitano insieme. Ma 'abitare insieme' presuppone che l'individuo possa anche in certa misura scegliere cosa fare e quando farlo, secondo regole condivise e fatte proprie da ciascuno, che derivano dal diritto di ricevere le cure e l'assistenza necessarie e insieme dalla disponibilità a riconoscere gli obiettivi del progetto. Gli ospiti devono quindi mediare e contemporaneamente riconoscersi in un gruppo che, almeno per un certo tempo, è il loro spazio di vita. Questa non è certo una vera casa ma è *come se lo fosse*, ed in questi termini diventa luogo di cura e di cambiamento, laddove essa rappresenta lo spazio in cui lavorare in modo integrato su tre dimensioni centrali per ogni singolo utente: le modalità relazionali, le risorse materiali e la rete sociale.

15. Sui rischi di una banalizzazione o volgarizzazione della cultura d'origine si veda Sayad (2002) e anche Taliani (in corso di pubblicazione).

La cura

Se hanno ragione alcuni autori a sostenere che la reazione psicologica ai traumi vissuti nei contesti bellici e post-bellici può essere interpretata, anche quando accompagnata da seri disturbi, come una *reazione normale* ad una situazione di “normale anormalità” (Summerfield, 2003), è altrettanto importante considerare come i processi che accompagnano l’adattamento in nuove situazioni siano caratterizzati spesso da profonda incertezza, da crisi e sentimenti contraddittori al cospetto delle istituzioni di cui spesso non si comprende il disegno; ciò che nell’insieme concorre a generare una nuova e non meno minacciosa *condizione traumatica* (Harrell-Bond, 2005).

La maggior parte della letteratura che tratta la salute mentale dei richiedenti asilo e dei rifugiati tende a considerare soprattutto le conseguenze della violenza, della tortura e dello sradicamento, ossia del *passato traumatico* (Ager, 1993). Questa attitudine finisce col mettere in rapporto i problemi mentali dei rifugiati solo o prevalentemente con l’esperienza delle privazioni vissute nel corso del viaggio, con l’inevitabile perdita dei propri sistemi di riferimento sociali, culturali, linguistici, o ancora con la violenza e le torture subite nel paese d’origine. Sono invece relativamente pochi gli studi che mettono in rapporto la salute mentale dei richiedenti asilo e dei rifugiati con le esperienze che caratterizzano quello che può essere chiamato lo stadio ‘liminare’: il periodo di transizione che va dalla fuga all’arrivo in qualche centro d’accoglienza nel paese d’arrivo. Questo periodo, che dovrebbe essere transitorio, come suggerisce la metafora assunta dal vocabolario dei riti di passaggio, finisce spesso col diventare un tempo infinito, segnato dall’indeterminatezza e dalla provvisorietà, da un dubbio estenuante sul proprio futuro. L’attenzione degli operatori sanitari preferisce rivolgersi però agli eventi che hanno preceduto l’arrivo del richiedente asilo (violenze, torture, traumi) anziché al presente. I disturbi riportati (insonnia, irritabilità, depressione, scarsa cooperazione con i progetti assistenziali, diminuita capacità di concentrarsi ecc.) sono ricondotti in altri termini sempre e soltanto alle esperienze passate, forzati a trovare in quelle la loro unica genealogia. La categoria del *Post Traumatic Stress Disorder* fornisce d’altronde un quadro di riferimento semplice ed efficace per la comprensione di non pochi dei sintomi riportati, offrendo un’articolazione coerente e immediata della condizione psichica dei rifugiati con gli orrori di cui sono stati testimoni o vittime, con i lutti e l’incertezza che hanno scandito l’esperienza della fuga. In ragione di quel *post* che allontana lo sguardo dalle sfide attuali, dall’opprimente incertezza della loro condizione e del loro destino, si finisce col trascurare la rilevanza e l’impatto dello stress nei paesi d’arrivo, uno stress che continua a tormentare individui già fragili rappresentando in non pochi casi l’ostacolo più significativo al ristabilirsi di un equilibrio o alla costruzione di nuovi legami. Agli effetti dolorosi di perdite e violenze inenarrabili si sommano dunque altre prove, altri dubbi. La necessità di dover condividere uno stesso spazio con persone delle quali non si conosce nulla può costituire di per sé una sfida per alcuni richiedenti asilo, tormentati come sono dalla diffidenza nei confronti degli altri, tanto più se connazionali. La comune condizione di rifugiato non basta in definitiva ad attenuare il sentimento di sospetto che ha scandito spesso per anni la loro esistenza.

I controlli dei documenti da parte della polizia in un centro di accoglienza o in strada, le lunghe attese in un ufficio, non costituiscono una banale routine: per alcuni di essi questi fatti sono già la ripetizione di esperienze dolorose. Durante questi momenti si *riproducono* ricordi di violenze, immagini di umiliazione, situazioni di minaccia. Possono allora insorgere, in situazioni apparentemente ordinarie, stati di confusione, reazioni ostili o comportamenti aggressivi. La tentazione, per il clinico, di classificare tali disturbi all'interno di questa o quella categoria medico-psicologica è assai forte, e generalmente poco ci si preoccupa di indagarne *il senso situazionale* (Fanon, 1961).

È importante allora capire in quale particolare contesto si siano verificati gli eventi traumatici. Sostenere che un evento traumatico è ogni evento che si produce “al di fuori dell'esperienza umana ordinaria”, come suggerisce il manuale della psichiatria statunitense più diffuso oggi fra gli esperti della salute mentale (DSM-IV-R), costituisce un'affermazione in apparenza ovvia, ma eppur non scontata. Che cos'è l'esperienza umana *ordinaria*? E chi la definisce?

Evidentemente i manuali psichiatrici o gli esperti che adottano categorie universalistiche come quelle rappresentate dal Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) presumono che il punto di vista di chi ha proposto un tale criterio e definito i sintomi tipici che farebbero seguito ad un evento traumatico identifichi soddisfacentemente la totalità delle condizioni di vita del genere umano, che il trauma sia sperimentato ovunque alla stessa maniera, che le conseguenze di tali esperienze siano ovunque identiche: ciò che è profondamente falso (Beneduce, 2007). Se la violenza o il trauma vengono sperimentati, per esempio, all'interno di un contesto bellico prolungato è possibile che tanto i gruppi quanto gli individui abbiano sviluppato meccanismi di adattamento tali che sia relativamente più facile elaborare risorse emozionali per farvi fronte. La *separazione* dai genitori e dagli adulti di riferimento costituisce un elemento chiave sia nell'esperienza traumatica, sia nelle conseguenze che essa determina. Tuttavia, accanto a tali variabili, devono essere considerati anche i fattori che possono in misura considerevole agire proteggendo la vittima o riducendo la conseguenza di eventi traumatici. Da quanto stiamo sommariamente evocando emerge chiara la differenza fra i contesti in cui la violenza e il trauma hanno una natura isolata – di ‘eventi’ appunto – e quelli in cui la violenza ha invece un carattere ricorrente, quotidiano o “strutturale” (che pervade cioè i rapporti interpersonali, sociali, economici, politici).

Questo è il caso dei paesi dai quali provengono molti dei rifugiati e dei richiedenti asilo accolti in Italia (Sudan, Eritrea, Somalia, RDC, Congo, Afghanistan, Kurdistan, Costa d'Avorio, Nigeria). Diventa allora importante considerare un'altra variabile, prima già menzionata quando abbiamo sottolineato l'importanza delle trasformazioni sociali determinate dalla violenza cronica. In tali situazioni, i richiedenti asilo e i rifugiati hanno conosciuto spesso già la paura, la minaccia e l'incertezza. Per alcuni di essi la violenza o la morte non hanno più il carattere di un'esperienza straordinaria, ma fanno parte della loro quotidianità. Anche se non sono stati vittime di eventi drammatici, essi hanno vissuto in un clima generalizzato di diffidenza e di aggressività, o addirittura hanno partecipato, in qualche caso ‘volontariamente’, ad attività militari. La vita nella strada, la necessità di sviluppare meccanismi adattivi, può aver determinato lo sviluppo di uno “stato mentale di guerra”, espressione quest'ultima che

riprendiamo dal lavoro dell'intellettuale camerunese Achille Mbembe (2000), già ricordato nelle pagine precedenti. La strada e la vita semiautonoma hanno in molti di questi scenari bellici e post-bellici ormai sostituito in parte o del tutto le istituzioni e i luoghi per così dire a noi 'classici' della socializzazione: famiglia, scuola, chiesa, ecc. Bisogna ricordare questo aspetto perché esso ci aiuta a comprendere come i pazienti che provengono da questi contesti hanno spesso interiorizzato violenze e arbitri, e i loro comportamenti, non meno che le loro identità, ne sono stati profondamente modellati (per i bambini e gli adolescenti si veda il lavoro di Honwana e de Boeck, 2005).

Una estesa letteratura, accumulatasi negli scorsi anni in diversi paesi, mostra che le categorie psicologico-psichiatriche solitamente utilizzate non sempre sono capaci di catturare la specificità delle esperienze e le diverse espressioni della sofferenza cui stiamo facendo riferimento. Spesso si ha la tendenza a concentrarsi sugli eventi traumatici e poco sul contesto del paese ospite come ulteriore fonte di stress. Diventa dunque importante conoscere e sostenere alcuni *fattori di protezione spontanei* dei richiedenti asilo, dei rifugiati e delle vittime di tortura. Fra tali fattori è stato sottolineato il ruolo di un'integrazione graduale, ossia di proposte di interventi che non si vogliano capaci di realizzare accelerati cambiamenti negli stili di vita. Questa gradualità consente di mantenere un rapporto con i contesti dai quali si è fuggiti, permettendo una progressiva elaborazione delle esperienze traumatiche.

A tale proposito, è utile qui ricordare, anche solo brevemente, gli interventi di quegli autori che hanno insistito sul valore positivo delle *risorse culturali e religiose* nel ridurre il disorientamento e le difficoltà delle persone richiedenti asilo. Più in generale abbiamo appreso negli scorsi decenni che diverse società, di fronte a vicende traumatiche come quelle della guerra, della morte, delle atrocità di massa, dello stupro, dispongono di categorie e rituali terapeutici. Come si è già ricordato nel secondo paragrafo, lo psichiatra australiano Maurice Eisenbruch (1991) ha esaminato queste variabili nei confronti dei rifugiati cambogiani in Australia, sottolineando la dimensione 'culturale' del lutto (quella dimensione cioè collettiva, derivante sia dallo sconvolgimento simbolico a cui andavano incontro i profughi cambogiani, sia dall'impedimento di effettuare cerimonie religiose di sepoltura per i loro morti), così come la capacità dei monaci buddisti di aiutare i sopravvissuti a superare le loro difficoltà. Jeppsson e Hjern (2005) hanno messo in luce variabili analoghe nei giovani rifugiati sudanesi incontrati nei paesi limitrofi (in Corno d'Africa, in Egitto, ecc.): per molti di questi adolescenti persino l'avventura dell'esodo era stata vissuta senza alcun dramma o comunque con minori sofferenze di quanto ci si sarebbe potuto attendere, in quanto tale 'avventura' è tutto sommato non molto diversa dalle attività che caratterizzano la loro organizzazione sociale (gruppi nomadici, con individui che vivono per lunghi periodi lontano dai villaggi, adolescenti addestrati allo scontro armato con altri gruppi, ecc.). Questi autori, oltre a sottolineare l'importanza di strategie di cura rituali e religiose efficaci nel fronteggiare le conseguenze dei traumi nei paesi d'origine (Igreja, 2003, lo ha mostrato con grande efficacia nel caso del Mozambico: un paese smembrato da una durissima guerra civile), fanno notare inoltre che i normali modelli culturali ed educativi in alcune società costituiscono *naturali fattori di protezione* (classi di età e rituali

iniziatici offrono, per esempio, a questi bambini una riserva di modelli di comportamento utili nel caso di situazioni come quelle descritte).

L'intervento clinico con questi pazienti ha previsto l'utilizzo di un metodo etnopsichiatrico (Beneduce, 2007) che si vuole critico nei confronti di un certo abuso della nozione di 'cultura' nei processi di cura, ma che si obbliga ad uno sforzo di consapevolezza circa l'importanza dell'uso dei *referenti e significanti culturali* come *leve terapeutiche*¹⁶ fondamentali in ogni sistema di cura nel favorire un processo di cambiamento, di risoluzione della crisi e di costruzione dell'Altro in quanto soggetto morale. Nella nostra attività clinica non ci limitiamo, infatti, a riconoscere l'alterità culturale dell'Altro, come se essa da sola potesse risolvere la complessità dei problemi e la tenacia dei sintomi che investono le biografie di questi utenti. L'etnopsichiatria pensata negli spazi del Centro Frantz Fanon di Torino è quel dispositivo di cura in cui si cerca di riconoscere, ogniqualvolta questo sia possibile, *il profilo sordo ed ostinato* della sofferenza psichica dei pazienti, i cui sintomi sono rivelatori della critica implicita all'ordine sociale, politico e culturale (Beneduce, 2007). Nel caso dei rifugiati si tratta di scardinare, rovesciare o, più semplicemente, far emergere il 'marcio' che c'è in più di un ordine sociale (perché ad essere implicati sono le leggi e la loro sistematica dis-applicazione sia nel Paese d'origine, sia in quello d'accoglienza). Sono sintomi, i loro, che nascono *dentro e contro* i rapporti di forza legittimati in seno al sistema politico del proprio paese e, al contempo, *dentro e contro* la forza-di-legge (Agamben, op. cit.) su cui si legittima l'ordinamento giuridico e politico dei paesi europei; sintomi che nascono *dentro e contro* i rapporti di senso, o meglio l'assenza di ogni possibile significazione dell'esperienza vissuta *nel* corpo (dove qualcosa rimane 'fuori', come evento non-simbolizzabile, a volte per sempre: un volto 'sfigurato', un occhio 'accecato', un ventre 'gonfio' e 'gravido'...); e ancora, *dentro e contro* la propria cultura e la propria famiglia, non meno che *dentro e contro* la cultura del paese europeo dove sia è presentata la domanda di asilo politico. Ci sembra che solo poste queste condizioni sia possibile proporre un percorso di cura che possa essere riconosciuto e accettato dal paziente, garantendo alla relazione terapeutica quella continuità che in altri contesti e setting è difficile da negoziare e costruire.

La maggior parte dei pazienti presi in carico nel progetto *Oltre l'esilio* non hanno avuto un coinvolgimento diretto nelle vicende politiche dei loro Paesi: per loro, si potrebbe dire che non hanno avuto *prima* e non mostrano avere *dopo* una "padronanza della Storia" (l'espressione è di Marc Augé), se con questo si intende anche una coscienza dei rapporti politici e un'etica dei processi storici. I fatti qui in questione – la carcerazione, le umiliazioni, l'uccisione di familiari, l'omicidio o il suicidio di familiari, la fuga, la richiesta di asilo politico – *sono semplicemente loro accaduti*. Con questo vogliamo dire che questi pazienti si sono visti costretti ad agire dentro la Storia *loro malgrado*, prendendo parte ai conflitti e alle contraddizioni di più ordinamenti politici, giuridici e morali (come abbiamo detto almeno tre: quelli del Paese dal qua-

¹⁶ L'espressione di 'leva terapeutica' è di Ernesto de Martino, al cui lavoro si rimanda il lettore (in particolare modo, *La fine del mondo* del 1977). Per una rilettura dell'opera di martiniana (e per una comprensione del contributo che l'antropologo e storico delle religioni napoletano ha dato all'etnopsichiatria italiana) si rimanda al già citato lavoro di Roberto Beneduce (2007).

le provengono, quelli familiari, che non sempre coincidono con quelli nazionali o statali, e infine quelli del Paese nel quale arrivano). Questa sorta di allenamento forzato, a stare dentro la Storia, li ha resi in un certo qual senso ‘padroni della Storia’ senza con questo padroneggiarla affatto (è Cathy Caruth che invita a considerare quanto, in queste vicende traumatiche, sia *la* Storia a presentarsi come sintomo¹⁷).

L'intervento etnopsichiatrico proposto con i pazienti ospitati nei due gruppi apparamentato cerca, inoltre, di non contribuire alla costruzione di identità ‘vittime’ – ‘isole di storia’ o ‘schegge’ singolari di cui si coglie solo il profilo personale, privato, individuale del ‘trauma’, e per di più da eventi che sono accaduti *altrove*, sempre e solo là, in un luogo e in un passato remoto in cui si è consolidata, strutturata, la loro vulnerabilità psicologica. Il passato prossimo nei modelli medico-psichiatrici più diffusi – e, ancor più, il tempo presente – sono *tempi immunizzati* e le esperienze di esclusione, di marginalità, di violenza di cui sono *ancora* testimoni questi pazienti in quanto soggetti giuridici anomali vengono ridotti a comune dolore. Un dolore che può essere, nella migliore delle eventualità, cioè attraverso una presa in carico da parte di qualche servizio, *cognitivamente* o *affettivamente* ristrutturato attraverso varie tecniche terapeutiche incentrate sulla nozione di ‘trauma’. Gli atti di cura che immaginiamo e cerchiamo di operare al Centro Frantz Fanon attingono ampiamente da quei saperi limitrofi, tra cui l'antropologia medica, perché questi autori e questi saperi hanno saputo sferrare una puntuale critica al monopolio medicalizzante sull'altro (implicito, per esempio, nella diagnosi di disturbo post traumatico da stress; e nelle tecniche terapeutiche di orientamento cognitivo ad esso connesse, come quella dell'EMDR, *Eyes Movement Desensitization Reprocessing*)¹⁸.

17. Su questi temi sarebbe necessario un approfondimento che qui non possiamo permetterci di sviluppare; si rinvia pertanto ai lavori di Roberto Beneduce (2007; 2010) dove viene proposta un'analisi critica del dispositivo medico-psichiatrico e psicoterapeutico. Per una riflessione critica sul dispositivo più propriamente psicoanalitico cfr. anche Simona Taliani (2009).

18. Per una critica puntuale alla diagnosi di PTSD e al metodo dell'EMDR si rimanda al lavoro di Roberto Beneduce (2007, p. 301 e sgg.), dove viene ampiamente analizzata la letteratura sul tema. Scrive Beneduce: “[L'EMDR] in poche sedute promette di costruire una nuova architettura della memoria (individuale) grazie alla quale i ricordi traumatici saranno definitivamente dissolti ... La tecnica realizzata da Shapiro con veterani della guerra del Vietnam o vittime di violenza sessuale, poi generalizzata a qualsivoglia evento traumatico, è abbastanza semplice: si invita il paziente a ricordare alcuni aspetti dell'evento traumatico mentre allo stesso tempo egli esegue con gli occhi i gesti della mano del terapeuta che la muove avanti e indietro. [...] Il movimento oculare o altri tipi di stimoli, associati alla rievocazione dell'esperienza traumatica, attivano, secondo l'autrice, nuove vie neuronali e permettevano finalmente quella rielaborazione delle memorie traumatiche sino a quel momento impossibile” (Beneduce, 2007, pp. 303-304). Poco oltre, Beneduce introduce due temi importanti, sui quali non possiamo qui soffermarci ma che sono centrali nella clinica con i nostri pazienti: i) l'omologazione delle esperienze traumatiche in una sola categoria esplicativa ed ermeneutica (il ‘trauma’); ii) le politiche della memoria quale è realizzata nei diversi modelli psicoterapeutici o in differenti movimenti religiosi e addirittura in talune psicoterapie tradizionali, stranamente prossime fra loro (come se vi fosse “un comune obiettivo di rielaborare (in altre parole: *neutralizzare*) le memorie traumatiche, qual è quello perseguito dall'EMDR ma anche da talune pratiche religiose recentemente affermatesi in non pochi paesi africani”).

Due frammenti clinici¹⁹ possono essere qui più che pertinenti per esplicitare il peculiare processo di ascolto che la nostra équipe presta di fronte alle risposte inattese e per certi aspetti *scandalose* di questi pazienti.

Margot

Una giovane richiedente asilo pronunciava queste parole nel corso di un colloquio dove stava parlando della risposta della Commissione territoriale (che le aveva concesso lo status umanitario ma non l'asilo politico), decisione che non la trovava d'accordo perché non si sentiva sufficientemente garantita dalla Legge e dalle Norme che regolano il permesso di soggiorno per motivi umanitari:

Margot (2007): “La legge non è garanzia di nulla. Cambiano tutto, cambiano anche i nomi. Guarda cosa è successo in Congo: prima era ‘Congo’, poi Mobutu lo ha chiamato ‘Zaire’, poi Kabila lo ha chiamato di nuovo ‘Congo’, quando è caduto Mobutu ... Leopoldville è diventata Kinshasa ...”.

Maryam

Una giovane ragazza rifugiata – per la quale era stato chiesto l'inserimento nel progetto *Oltre l'esilio* – rispose così alla domanda alquanto ampia e generica che le era stata posta al secondo colloquio:

Psicologa: “Qual è l'esperienza più dolorosa, più difficile, che hai vissuto?”
Maryam (2009) (abbassa lo sguardo, c'è silenzio per qualche istante): “Al centro di XXX [in Italia] davano solo un pezzo piccolo di sapone che doveva durare per una o due settimane e con il quale dovevamo lavarci anche i vestiti”.

Dove collochiamo questi *pezzi di verità*? Si *deve credere* a questa ragazza rifugiata che ha interrotto due volte gravidanze indesiderate, conseguenze di ripetute violenze sessuali subite nel nostro paese, vivendo in un contesto sociale degradato perché non aveva alternative di vita possibili? Che ha affrontato da sola il viaggio fino in Libia? Che ha lasciato a casa la figlia di cinque anni, dopo un periodo lunghissimo di violenza familiare agita su di lei da un marito non voluto? Cosa ci sta dicendo Maryam nel dirci che il ‘peggio’ è stato vissuto in Italia, presso un Centro di accoglienza, dove davano solo un piccolo pezzo di sapone che doveva durare anche dieci giorni e con cui lavare *tutto*, corpo e abiti, pelle e stoffa? E cosa ci dice Margot nel dirci che “la legge

19. Cfr. Taliani (2008a; 2009).

non è garanzia di nulla”, neanche la legge italiana che può cambiare come possono cambiare le istituzioni sociali, le regole, che gli uomini impongono su altri uomini con finalità non sempre garanti del ‘bene’ collettivo? Siamo in grado di ascoltare per un istante le loro parole, senza difenderci dalla critica che il loro discorso denuncia e senza ridurle a mero sintomo o a strategie di difesa mal celate (negazione, rimozione, ecc.)? Di due storie costellate da violenze familiari, sociali e politiche – ricostruite pazientemente nel corso dei successivi colloqui, seguendo non solo tempi e modalità rispettose del dolore delle pazienti, ma soprattutto rispettando le *gerarchie di senso e di esperienze* da loro portate, senza voler imprimere nella direzione della cura una punteggiatura che le costringa a dire che una violenza è più significativa o più traumatica dell’altra (‘stupro’ *versus* ‘sapone’; carcerazione *versus* ‘permesso di soggiorno per motivi umanitari’) – le due giovani donne ci restituiscono quello che, se per noi è l’ultimo e più banale tassello, per loro al contrario è il primo e il più importante. Queste due donne ci parlano della violenza che riproducono le nostre Istituzioni, i nostri Interventi e Protocolli, i nostri modi di *produrre corpi* come a volerci dire che questo proprio non era da loro previsto, non in Italia, non più *qui* (nel *luogo presente*).

Pensiamo che questa capacità critica non deve essere perduta, lasciata nel dimenticatoio delle cose inutili o trattata alla stregua di un sintomo da curare: questa capacità di osservazione, analisi, ripensamento e critica deve essere ascoltata, accolta, riconosciuta e legittimata. E *questa violenza deve poter essere messa accanto* alle altre. La violenza della nostra accoglienza – come ebbe a ricordarci tempo addietro uno dei mediatori coinvolti fin dall’inizio nel progetto: fare la coda per dormire presso il dormitorio pubblico significa perdere il ‘posto’ per mangiare presso le mense gestite dal volontariato religioso perché alle cinque del pomeriggio entrambi gli Enti aprono e registrano la lista dei presenti; o prendere la tubercolosi in un dormitorio pubblico; o non ricevere in tempo cure mediche necessarie perché si ritiene che l’utente stia ‘fingendo’, ecc. – non è meno cruenta di quelle accadute *nel passato e altrove*.

Il percorso di cura che stiamo proponendo in queste pagine deve per quanto possibile introdurre senza soluzione di continuità il passato accanto al presente, restituendo al paziente un senso della durata, che è fondante in ogni ‘atto di fiducia’ (e anche di ‘credenza’) verso il futuro e verso l’Altro, anche quando la durata è durata di una violenza che non sembra cessare. Accogliere questi cambiamenti di setting e di intervento rappresenta l’unica garanzia, e la vera e propria sfida, di un dispositivo di cura che si vuole capace di raccogliere queste storie *in modo completo e senza censure* (Ong, 2005). In questo invito di Aihwa Ong a raccogliere storie complete e senza censure, intendiamo anche l’eco di un altro *nervo scoperto* del nostro sistema di cura: nei laboratori dell’etnopsichiatria ci si deve far carico anche dell’*ingannevole* e del *fittizio*. Queste biografie sono – volenti o nolenti – costellate, impregnate, di mezzeverità, di verità non-dette o non-dicibili. Raccogliere storie in modo completo e senza censure obbliga, dunque, il terapeuta a garantire le condizioni perché l’inganno sia mantenuto *fino a quando* il paziente non si sente ‘al sicuro’ per poter dire la ‘verità’, qualunque cosa questo termine voglia significare nella clinica. Scrive Roberto Beneduce:

Nell'ascoltare discorsi smembrati, orditi di silenzio e di rancore, di contraddizioni o di menzogne, ho spesso la sensazione di trovarmi di fronte al celebre paradosso del cretese, la cui soluzione rimane sempre la stessa: di *che cosa parlano quando mentono, se non di se stessi?* Difficile convincere gli operatori che di questo si tratta, al di là delle apparenti contraddizioni o frammentarietà dei loro racconti. Difficile far comprendere che la cura, al cospetto di queste vicende, funziona a condizione di lasciar emergere un sentimento di alleanza e di complicità perché possano essere evocate altre memorie o formulati altri discorsi (quelli che di solito si tacciono di fronte ai rappresentanti del potere o delle istituzioni, quando a dominare sono l'incertezza e la diffidenza) (2007, pp. 299-300; i corsivi sono nostri).

3

Un anno di lavoro

Gli utenti accolti

Dal momento dell'avvio del progetto ad oggi sono state accolte presso le nostre strutture un totale di undici persone, di cui due donne, una proveniente dalla Nigeria ed una dalla Eritrea, e dieci uomini, di cui tre di origine afgana e gli altri rispettivamente provenienti da Senegal, Burkina Faso, Nigeria, Mali, Guinea Conakry, Iraq. In questo momento inoltre sono in corso di espletamento le pratiche per l'inserimento di un'ulteriore beneficiaria di sesso femminile di origine eritrea. L'età degli utenti varia dai diciotto ai cinquantadue anni, una differenza che talvolta ha reso più faticosa la convivenza in quanto la differenza generazionale amplifica l'eterogeneità dei profili. Gli utenti sono stati accolti adottando un principio di gradualità negli inserimenti e valutando di volta in volta la compatibilità degli stessi con il gruppo degli ospiti presenti. Per nove di loro l'accoglienza è attualmente in atto. Il periodo di permanenza all'interno del progetto allo stato attuale risulta quindi variabile, sebbene la nostra équipe stia valutando in questa fase la possibilità di dimettere alcuni ospiti, che in seguito al percorso seguito hanno raggiunto una condizione di compenso psichico positiva ed una remissione della sintomatologia significativa. Tale valutazione necessita di un ragionamento complesso anche in relazione al ruolo che un progetto come quello in corso può svolgere nel contesto del sistema di accoglienza nazionale, ciò su cui avremo modo di tornare nel prosieguo di questo contributo.

Allo stato attuale risultano dimessi quindi due ospiti di sesso maschile. Nel primo caso la dimissione è giunta al termine di un percorso relativamente breve che ha permesso al beneficiario, da lungo tempo inserito nel sistema di accoglienza nazionale, di portare a termine il percorso di autonomia che a lungo era rimasto in una fase di stallo. Il trasferimento a Torino, infatti, ha consentito al beneficiario in oggetto di maturare la scelta di orientarsi per un percorso di vita autonomo, favorendo così il ritorno nella città di provenienza in modo indipendente dalle risorse del sistema di accoglienza. Allo stato attuale il percorso di vita del soggetto, ricontattato in seguito al fine di condurre una verifica, risulta positivo.

Nel secondo caso, invece, le dimissioni sono avvenute al di fuori di un accordo tra l'équipe ed il beneficiario, a causa della manifesta incompatibilità del soggetto con il progetto e con gli altri utenti accolti. In fase di dimissione si è operato per favorire l'aggancio dello stesso con i servizi specialistici presenti sul territorio (Centro di Salute Mentale e Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) sebbene il soggetto abbia manifestato la volontà di non aderire ad un percorso di cura strutturato. Il percorso svolto con questo utente ha consentito al nostro gruppo di lavoro di avere un'ulteriore

conferma della necessità di adottare criteri di “selezione” in ingresso particolarmente chiari e vincolanti, questo al fine di tutelare gli altri ospiti accolti, sia allo scopo di definire il prima possibile un percorso di presa in carico adeguato per l'utente stesso. La valutazione svolta in fase preliminare sulla base della scheda di segnalazione compilata dall'ente inviante e, in alcuni casi, attraverso colloqui telefonici diretti con i referenti delle differenti strutture di provenienza, ha consentito di escludere l'inserimento di tre utenti segnalati nel corso di questo primo periodo, esclusione motivata in un caso dall'incompatibilità con il gruppo degli ospiti già accolti e negli altri due casi con la non rispondenza del profilo sintomatologico dei beneficiari con i criteri definiti in sede di progettazione.

L'esperienza sino a qui condotta ci ha consentito di verificare la difficoltà nel fare una valutazione preliminare sufficientemente approfondita, soprattutto nei casi in cui gli utenti accolti provengono dai C.A.R.A., ciò che a in alcuni casi non ha consentito di definire con chiarezza sin dal principio l'aderenza dell'invio ai criteri di esclusione definiti in sede di progettazione (quale a titolo di esempio la presenza di una dipendenza strutturata da sostanze psicotrope o alcoliche). In questi casi l'inserimento nel nostro progetto ha consentito di svolgere una valutazione approfondita degli utenti accolti e quindi di comprendere la natura delle difficoltà rilevate e quale percorso di cura risultasse più adeguato. Fatto salvo il caso in oggetto, l'orientamento dell'equipe è stato in ogni caso quello di mantenere all'interno del progetto gli ospiti già accolti al fine di evitare il prodursi di continui trasferimenti che, a parere dell'equipe, avrebbero inciso negativamente sul percorso di cura e integrazione degli stessi.

Un'analisi delle condizioni mediche e psichiatriche degli ospiti sino ad ora accolti nel progetto ne rivela l'eterogeneità. Questa molteplice variabilità si è tradotta nella formulazione di progetti terapeutici altamente individualizzati, la cui attuazione ha richiesto un continuo confronto e negoziazione con gli utenti stessi, all'interno dell'equipe e con le varie agenzie di volta in volta coinvolte.

Da un punto di vista medico generale, tutti gli ospiti accolti sino ad oggi (tranne uno) hanno necessitato di una presa in carico da parte del medico di medicina generale e da parte di specialisti, per questioni di diverso livello di gravità ed urgenza. Da un lato l'equipe ha osservato l'eventuale presenza di disturbi negli ospiti ed ha raccolto le loro dirette segnalazioni, portando quindi ad una presa in carico dei problemi progressivamente emersi. D'altro canto è emersa rapidamente la necessità di un programma minimo di screening di routine nelle prime settimane dopo l'arrivo (esami ematochimici ed ECG) poiché la maggior parte degli utenti è giunta all'interno delle nostre strutture senza una documentazione clinica dettagliata e recente e gli esami effettuati all'arrivo a Torino hanno permesso di diagnosticare condizioni pregresse mai trattate. Numerosi ospiti hanno necessitato di cure dentistiche, come prevedibile in persone che hanno trascorso periodi lunghi, anche anni, in condizioni di vita deprivate, con condizioni igieniche scarse e spesso fuori dal loro controllo, e soprattutto senza alcuna forma di assistenza sanitaria. Dermatologi ed ortopedici sono gli altri specialisti più frequentemente interpellati: i primi sia per patologie infettive sia per disidrosi ed altre dermatiti a maggior componente neuro-immunologica; i secondi per problemi di natura traumatica, prevalentemente.

Situazione severa e che ha necessitato numerose visite è quella del Sig. Tierno²⁰ che fin dall'inserimento riportava una sintomatologia dolorosa importante (algie addominali, lombo-sacrali ed intercostali; cefalea). Sono stati riscontrati schiacciamenti vertebrali non propriamente consolidati, esiti di un incidente in Libia, ove il paziente non aveva diritto all'assistenza sanitaria e non è stato trattato. Di conseguenza l'utente è stato accompagnato lungo l'iter di approfondimento diagnostico presso diversi specialisti ortopedici, offrendo un sostegno ed un lavoro di mediazione per la comprensione della diagnosi e delle proposte di intervento (chirurgico, busto, ecc.).

Le patologie infettive costituiscono un altro capitolo. Un lungo iter diagnostico ha portato a definire in uno degli ospiti una tubercolosi pregressa non più attiva, la lunga incertezza diagnostica ha però pesato significativamente sull'equilibrio psichico di una persona già segnata da un livello di indeterminatezza pesante rispetto a tutto il proprio percorso di vita. La presenza di lesioni polmonari ha comportato una parallela ferita all'immagine di sé, non più integra ma segnata da cicatrici permanenti (per quanto non visibili all'esterno) e quindi dall'impossibilità di una *restitutio ad integrum*, che è segno a sua volta dell'impossibile ritorno ad uno stato precedente all'esperienza di violenza e di migrazione.

L'interconnessione fra sintomatologia somatica e condizioni psichiche è ancor più evidente nella situazione di un altro ospite, già noto portatore di talassemia, "perseguitato" da vari ordigni meccanici (satellite, microfono) che a suo dire si spostano all'esterno ed all'interno del suo corpo provocando dolori a vari organi. Pur senza sottovalutare la valenza psichica del tema persecutorio in un rifugiato, abbiamo parallelamente indagato la presenza di una possibile (co)-genesi organica dei dolori da lui esperiti e poi inclusi nella costruzione persecutoria. Grazie a tale approfondimento diagnostico è stata riscontrata un'epatopatia da infezione da HBV, non nota al paziente e pertanto mai trattata.

Sul lato dell'urgenza, la condizione di maggior gravità riguarda una donna, originaria del Corno d'Africa, cui è stata riscontrata una grave anemia per cui l'accesso in pronto soccorso ha dato luogo ad un ricovero per effettuare trasfusioni ematiche e monitorare l'evoluzione clinica. Nell'occasione di questo ricovero l'equipe ha affrontato, con l'ausilio imprescindibile di una mediatrice culturale, la difficoltà di comprensione del discorso medico da parte della paziente ed il suo fermo rifiuto a sottoporsi ad un esame invasivo (gastroscopia, colonscopia) per la ricerca della causa del sanguinamento che ha portato all'anemia. Al di là della gravità della patologia in sé e della possibilità di un evitamento degli esami invasivi anche da parte di pazienti italiani, nel caso di una paziente rifugiata si sovrappongono elementi ulteriori: la conoscenza del corpo umano e del suo funzionamento, che può essere mediata da schemi esplicativi e da linguaggi estranei a quello della scienza medica; le precedenti violazioni dell'integrità corporea che si riattivano in occasione di interventi cruenti, sebbene a scopo benefico; le angosce di morte simili a quelle già provate nel percorso della fuga. Nel caso specifico la scarsa verbalizzazione, anche in lingua madre, ha portato ad una comprensione

20. Si veda a questo proposito il paragrafo dedicato all'intervento svolto con questo utente (§ 4: Tierno N.).

parziale, da parte dell'equipe, dei vissuti associati alla malattia ed il consenso agli esami diagnostici non è mai stato dato, mantenendo la paziente un'accettazione delle cure farmacologiche, ma una posizione ferma contro qualunque altro intervento medico. Ciò ha portato ad un lavoro ulteriore con l'equipe per la gestione in appartamento di una situazione stabilizzata al momento delle dimissioni, ma dall'evoluzione incerta e con un elevato potenziale di riacutizzazione: da un lato richiedendo un'attenta osservazione da parte degli operatori di segnali di anemizzazione per i quali allertare l'infermiere o il medico (in assenza di una preparazione sanitaria degli operatori stessi) e dall'altro costringendo ad affrontare le tematiche spinose del consenso informato e del dissenso alle cure. La stessa paziente presenta altre situazioni organiche di una certa severità, dal punto di vista cardio-circolatorio (valvulopatia mitro-aortica con segni di scompenso) e per una lesione traumatica ad un occhio (sostituito da protesi), per cui è stato necessario un accompagnamento presso specialisti, terapie farmacologiche ed un attento monitoraggio.

Una menzione a parte va riservata agli aspetti ginecologici, già delicati per natura, ma ancor di più in donne che possono aver subito abusi e violenze sia nel contesto del paese di origine sia nel viaggio. A questo riguardo il tipo di intervento ha dovuto tenere in conto una complessa rete di fattori, mantenendo al centro l'individualità dell'utente ed il diritto ad autodeterminarsi, anche quando ciò entrava in conflitto con un pensiero più strettamente medico. In particolare nel caso di una donna, la stessa di cui si è detto poco sopra rispetto al ricovero in urgenza per anemia, è stata proposta una visita ginecologica per un sospetto di infezione. L'equipe, consapevole delle implicazioni di una visita ginecologica, ha affrontato con la signora la questione, con lo scopo di prepararla alla visita e di ridurne quindi l'impatto: la paziente ha però manifestato un tale livello di angoscia che l'effettuazione della visita avrebbe rischiato di produrre un vero e proprio trauma, con conseguenze non prevedibili sull'equilibrio psichico, pertanto la visita è stata sospesa. Al contrario nel caso di una donna nigeriana che è giunta a Torino con tutti i sintomi di una "gravidanza isterica" il ruolo dell'equipe e dei colleghi del Centro Frantz Fanon è stato di accompagnamento e di collaborazione con la collega ginecologa²¹.

Dal punto di vista psichiatrico, tutti gli ospiti presentavano all'arrivo segni di marcata sofferenza, anche in questo caso con grande variabilità sia nella presentazione sia nello sviluppo. Alcuni aspetti si ritrovano in maniera trasversale in diversi ospiti (astenia, labilità emotiva, difficoltà nella gestione delle emozioni, riduzione delle performance cognitive, depressione del tono dell'umore, sospettosità e persecutorietà), non sempre né in tutti né con le stesse modalità. La formulazione di un'ipotesi diagnostica psichiatrica, per ciascuno degli utenti, ha richiesto una raccolta accurata di numerosi elementi: innanzitutto la storia di vita, allo stesso tempo anamnesi e racconto dei traumi e violenze subite ed anche ricostruzione di un universo di significati in cui inscrivere i sintomi attuali; poi l'osservazione delle modalità di essere nel mondo (nell'appartamento, in uscita, a scuola) e di relazione con gli altri ospiti, con gli operatori e con le altre figure di volta in volta coinvolte; infine i colloqui clinici sia in-

21. Si veda il paragrafo dedicato al lavoro con l'utente (§ 4: Janet O.).

terni alla struttura sia presso il Centro Frantz Fanon. Proprio la molteplicità dei contesti di osservazione ha permesso di rilevare l'eterogeneità di presentazione del singolo ospite in contesti differenti e pertanto di approfondirne la conoscenza delle diverse parti.

L'equipe ha dovuto affrontare situazioni di sofferenza acuta e modulare l'intervento in un difficile equilibrio fra l'accoglienza delle esigenze verbalizzate dall'utente ed il rispetto della sua autodeterminazione (tanto più importante in chi l'ha vista negata), ma anche la protezione del paziente stesso da propri aspetti autodistruttivi, la protezione dell'ambiente e del clima all'interno all'appartamento a beneficio del gruppo totale degli ospiti ed infine la salvaguardia degli operatori. Il tentativo è stato quello di evitare entrambi gli estremi: né una medicalizzazione e psichiatrizzazione che negasse la storia e gli aspetti specifici dell'esperienza dei rifugiati, né una sottovalutazione della sofferenza e della necessità di occuparsi anche dei sintomi.

Nell'ottica di un uso operativo delle categorie diagnostiche, pur consapevoli dei limiti di utilizzo in questo contesto, come descritto precedentemente, abbiamo osservato due casi di depressione dell'umore, un terzo caso di depressione con sintomi somatici (emicrania) in un probabile abuso di sostanze ed un caso di difficile diagnosi differenziale tra depressione e ritardo cognitivo; un caso di gravidanza isterica; un caso di confusione mentale acuta; quattro casi lungo lo spettro paranoideo, da una lieve sospettosità ad un complesso delirio di persecuzione.

Un esempio del delicato equilibrio fra accoglienza e medicalizzazione è stato quello di un uomo, nigeriano, di ventiquattro anni, giunto a Torino in uno stato di confusione mentale e disorientamento spazio-temporale che in altre circostanze avrebbe portato ad un immediato ricovero ospedaliero. La scelta dell'equipe è stata invece di accompagnare l'ospite nelle prime settimane di permanenza in appartamento con modalità relazionali rassicuranti e contenitive, con una reiterazione delle informazioni pratiche che l'utente richiedeva ripetutamente, con l'evitamento di stimoli eccessivi (ad esempio ambienti caratterizzati da un clima di forte confusione come i supermercati) e con un lavoro sul gruppo degli altri ospiti affinché ne comprendessero la profonda sofferenza e per evitare una dinamica di esclusione. Parallelamente lo psicologo e lo psichiatra hanno effettuato colloqui più ravvicinati nel tempo, orientati anche a dare un nome ed una possibile spiegazione alla sua confusione, fino a quando, ad un mese circa dall'inserimento, il paziente ha riconosciuto la necessità di un aiuto farmacologico, anche grazie al rispecchiamento negli altri ospiti, la maggior parte dei quali già in terapia farmacologica. È stato quindi trattato con antipsicotici sino alla remissione del disorientamento, ha poi proseguito una terapia di mantenimento a dose ridotta, che al momento attuale è stata sospesa senza ripresa dei sintomi, e prosegue i colloqui psicoterapeutici presso il Centro Frantz Fanon.

In alcuni casi la presa in carico ha comportato un coinvolgimento del Dipartimento di Salute Mentale, in parte per ragioni prescrittive (per pazienti in terapia con antipsicotici atipici che necessitano di un piano terapeutico di specialista del SSN) ed in parte per la necessità di avvalersi delle risorse del DSM, in particolare il reparto di degenza ospedaliera. Due utenti del progetto sono stati ricoverati in SPDC di Torino, una in seguito ad un gesto anticonservativo ed uno in TSO dopo una crisi di agitazione acu-

ta, pantoclastica, con minacce di gesti auto ed etero-lesivi. Quest'ultimo è uno dei pochi (tre in totale) pazienti che hanno rifiutato qualsiasi terapia psicofarmacologica, nonostante la prescrizione medica; l'équipe ha rispettato pertanto il volere del paziente, nonostante il progressivo peggioramento dei sintomi della sfera persecutoria, sino a quando un momento di crisi acuta ha portato alla necessità di un intervento d'urgenza sia delle forze dell'ordine sia del servizio di urgenza psichiatrica che è esitato nel ricovero.

Rispetto alle terapie, tutti i pazienti sono stati presi in carico presso il Centro Frantz Fanon per colloqui psicoterapeutici con etnopsicologi ed etnopsichiatri, in quattro casi anche con mediatori culturali; molti dei pazienti (sette) hanno assunto terapie psicofarmacologiche, in particolare antidepressivi (tre pazienti), ansiolitici ed ipnoinducenti (sette pazienti), neurolettici (due) ed antipsicotici atipici (due), antiemicranici (uno).

Gli interventi svolti

IL QUOTIDIANO

Nella gestione della quotidianità all'interno dei due gruppi appartamento l'équipe si è concentrata nel realizzare le premesse progettuali, soprattutto riguardo alla creazione di un luogo da 'abitare', in cui proporre la promozione dell'individuo e della salute mentale. *Teranga*²² si caratterizza però fin da subito come una realtà di accoglienza 'ibrida', in cui confluiscono sia le specificità di un progetto di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati sia i vincoli e le tutele che caratterizzano il lavoro con un'utenza che manifesta anche sintomi psichiatrici. L'elevata vulnerabilità di alcuni beneficiari del progetto è emersa significativamente nei primi mesi di lavoro, nei quali si è dovuto procedere a due ricoveri presso l'SPDC di zona, evidenziando il rilievo assunto dagli aspetti psichiatrici di alcuni utenti. Se da un lato i disturbi di cui soffrono i beneficiari del progetto non comportano l'interdizione e non hanno le prospettive di cronicizzazione diagnostica che caratterizza l'utenza psichiatrica *tout-court*, dall'altro questi casi hanno manifestato chiaramente la necessità di stabilire rapporti più stretti con il CSM di riferimento e l'acquisizione di limitati ma fondamentali accorgimenti quotidiani che limitino l'attuazione di gesti auto ed etero lesivi significativi da parte di alcuni utenti in episodi di scompenso psichico. L'emergere di tali aspetti relativi all'utenza del progetto non ha mutato però nella sostanza l'approccio rispetto alla gestione della quotidianità in struttura. L'equilibrio tra condivisione di momenti formali ed informali in particolare è stato l'elemento che ha permesso la creazione di un'efficace alleanza terapeutica tra l'équipe e l'utenza. Laddove, infatti, alcuni momenti come le uscite settimanali o la condivisione dei pasti hanno permesso l'abbassamento delle barriere istituzionali e di etichettamento diagnostico nel rapporto tra operatori e beneficiari, in al-

22. Questo il nome dato alle due abitazioni. *Teranga* è termine wolof (Senegal) che significa 'accoglienza, amicizia, rispetto'.

tri la suddivisione di turni delle pulizie, i colloqui periodici con il referente educativo e le riunioni bisettimanali di gestione e discussione dei problemi di casa hanno contribuito a mantenere all'interno di una cornice professionale tale relazione. La condivisione di momenti significativi del quotidiano, di quelli strutturati e di quelli più informali, è stata un elemento chiave anche nell'ottica di supportare la convivenza dei beneficiari, tenendo in considerazione anche l'estrema complessità del contesto operativo. In particolare i momenti immediatamente successivi all'inserimento di un nuovo utente hanno sempre sconvolto i delicati equilibri creati tra gli ospiti del progetto e non sono state rare le situazioni in cui si è assistito a dinamiche di isolamento e diffidenza quando non di franca ostilità e aggressività tra i beneficiari. In tali situazioni l'équipe ha utilizzato lo strumento della riunione bisettimanale di casa per ribadire e discutere le regole della partecipazione a Teranga e i limiti che ognuno è chiamato a rispettare, ma anche per offrire occasioni di confronto e di chiarimento che hanno permesso di appianare le tensioni tra gli utenti. I momenti come la condivisione dei pasti e le uscite socializzanti poi hanno permesso la creazione di un gruppo coeso in cui si sono allacciate relazioni significative tra pari e che rappresenta attualmente una risorsa importante di supporto, socializzazione e auto aiuto per i beneficiari.

IL SANITARIO

Frequentemente gli utenti giunti nella nostra struttura, come precedentemente evidenziato, presentano problematiche sanitarie di differente entità, che richiedono un intervento medico specialistico. L'azione in questo campo è guidata da una riflessione di fondo che vede il *corpo* individuale non soltanto come qualcosa di oggettivo, puramente biologico, ma come un aspetto fondante del suo essere uomo o donna e della sua esperienza del mondo (“non *abbiamo* semplicemente un corpo, ma *siamo* corpi”, scrive Quaranta, 2006). Un corpo, nel caso del rifugiato, la cui sofferenza è già una comunicazione su di sé e sulle circostanze dell'esilio. Si lavora dunque perché la sofferenza fisica non sia intesa come una patologia organica tout court su cui intervenire in un'ottica medicalizzante, ma come un fenomeno che va compreso a partire dalla specifica storia dell'utente e dal significato che lui/lei vi attribuisce, collocando questo prendersi cura sul medesimo piano dell'intervento prettamente clinico.

Oltre alla costante collaborazione con l'infermiera professionale, con la quale vengo sempre concordate le modalità di ricorso al servizio sanitario nazionale, è stato importante costruire una rete con i servizi del territorio, in particolare con il medico di famiglia e con gli operatori dell'ASL competente. Anche un semplice esame del sangue o una visita di routine può essere per i nostri utenti potenzialmente traumatica (pensiamo ad esempio ad una donna vittima di violenza che viene visitata da un medico di sesso maschile) ed è allora in taluni casi essenziale, pur nel rispetto della privacy della persona, che vi sia un contatto preliminare tra operatori per far sì che l'intervento medico sia modulato e personalizzato in base al grado di sofferenza del singolo. La collaborazione con la rete dei servizi sanitari è preziosa, inoltre, per gestire alcuni momenti di crisi degli utenti, che possono richiedere una visita medica in un particolare momento

di fragilità anche senza che sia presente una chiara sintomatologia: la possibilità di interagire con personale sanitario che è a conoscenza della loro peculiare situazione fa sì che sia possibile evitare una risposta di rifiuto o svalutante che riprodurrebbe ancora una volta una dissoluzione di senso anziché apportare un beneficio.

Ancora una volta è essenziale offrire ad ogni individuo la possibilità di usufruire di un intervento modulato di sé, sulla propria specificità e sui propri 'tempi', in una costante riformulazione e reinvenzione delle prassi di intervento che è certo la via meno semplice ma che si è rivelata la più efficace. Nella pratica quotidiana abbiamo sperimentato l'utilità di adottare logiche totalmente differenti con gli utenti: ad esempio, nel caso di Tierno, che verrà approfondito più avanti nel testo, il prendersi cura del corpo sofferente per esiti post-traumatici ha costituito una parte fondamentale dell'intervento e della relazione di cura, permettendogli di sperimentare un accudimento da cui è poi potuto scaturire un percorso di cambiamento. Al contrario, per una donna originaria del Corno d'Africa, ancor più segnata sul piano fisico, ma ostinata nel suo non volerlo in alcun modo rendere oggetto di cure mediche, è stato necessario comprendere, in un processo che ha coinvolto profondamente anche l'équipe della struttura per la sua radicale messa in discussione di taluni principi per noi 'ovvi', come l'insistere sulla necessità irrinunciabile di un intervento medico rischiasse di far naufragare l'intero suo percorso, oltre a produrre ricadute sul piano della relazione con noi. Ciò che ci pare fondante è non sminuire la capacità di azione del singolo e il suo diritto ad autodeterminarsi (ciò che nelle scienze sociali viene definito *agency*), evitando di cadere in logiche passivizzanti che possono far perdere di vista le competenze dei nostri utenti e il loro 'avere voce in capitolo', tanto più in ambito così delicato come quello sanitario.

È anche all'interno di questa ottica che gli operatori del progetto hanno svolto il ruolo di mediazione nell'incontro tra l'utente ed i differenti servizi che sono stati di volta attivati: tale incontro, infatti, molto spesso risulta estremamente complesso e può essere portatore, se non gestito adeguatamente e consapevolmente, di esperienze disorientanti e nuovamente traumatizzanti. La presenza dell'operatore, spesso il mediatore culturale, nell'accompagnamento ai servizi si è rivelata quindi una strategia efficace, ovviamente mai sostitutiva del rapporto tra beneficiario e istituzioni ma centrale nel consentire pienamente l'accesso alle risorse sanitarie e terapeutiche presenti sul territorio.

LA FORMAZIONE

L'ambito della formazione all'interno del progetto riveste molteplici e sfaccettati aspetti rispetto ai singoli percorsi degli utenti. L'apprendimento della lingua italiana e le difficoltà ad esso connesse ad esempio possono esemplificare vividamente cosa significhi e quanto sia difficile per un rifugiato 'ricominciare da zero', e per questo rappresenta spesso un momento conflittuale, per individui che faticano a superare la perdita di status, il declassamento che la condizione di rifugiato spesso comporta. Da altri punti di vista le esperienze formative attivate durante la permanenza nel progetto possono rappresentare per i beneficiari del progetto l'opportunità di sperimentare risorse

personali mai sfruttate prima e possono dare l'opportunità di utilizzare nel nuovo contesto di accoglienza competenze acquisite nel proprio paese o durante il viaggio verso l'Europa. Per questo motivo nella pratica operativa, quando si tratta di scegliere percorsi formativi e professionali con gli utenti, l'équipe del progetto cerca il più possibile di valorizzare competenze e risorse dei beneficiari, in modo che le abilità dei singoli possano rappresentare punti di forza da cui partire per impostare un percorso incentrato a offrire concrete possibilità di inserimento socio-lavorativo e di autonomia agli utenti.

Il buon livello di alleanza raggiunto con gli utenti, permette agli operatori di effettuare, in colloqui strutturati insieme ai beneficiari, un 'bilancio delle competenze' che si rivela importantissimo per focalizzare risorse, priorità, interessi utili nella decisione del percorso formativo più adatto all'individuo.

Nel considerare con gli utenti le opzioni formative, vengono presi in considerazione anche percorsi pluriennali (istituti professionali superiori, università, ecc.) in quanto l'équipe ritiene che le esigenze dell'individuo, quando possibile, non debbano passare in secondo piano rispetto alle tempistiche legate alla permanenza nel progetto. In questi casi ovviamente gli operatori si fanno carico con l'utente di impostare un progetto formativo che sappia coniugare le risorse dell'individuo, la necessità di reperire possibilità occupazionali volte a rendere autonomo il soggetto e la continuazione del percorso formativo scelto.

L'équipe ha messo in pratica questi presupposti sia con gli utenti che durante il viaggio verso l'Europa hanno accumulato esperienze significative in ambito lavorativo, sia con coloro che nei loro paesi d'origine hanno intrapreso o concluso percorsi di studio a livello di scuola media superiore o universitario. Per un utente che nel proprio paese d'origine ha conseguito una laurea sono state attivate le procedure per il riconoscimento del titolo di studio e la continuazione del suo progetto prevede, accanto ad una formazione professionale finalizzata all'autonomia, la creazione di una possibilità di frequentare corsi universitari o post-universitari anche in Italia.

Ad altri beneficiari, per cui non è stato possibile produrre la documentazione necessaria per il riconoscimento del titolo di studio, sono stati elaborati percorsi di studio e di formazione professionale che raffigurassero un certo grado di continuità con i percorsi avviati nei paesi d'origine.

L'attenzione rivolta alla valorizzazione delle competenze ha anche una valenza clinica, vista l'elevata vulnerabilità dei beneficiari del progetto; infatti, in letteratura sono numerosi i riferimenti a stati di sofferenza psichica tra i rifugiati legati alla caduta di status, al 'declassamento', con conseguenze negative sull'autostima, motivazione e percezione della propria *self-efficacy*. Per l'équipe clinico/educativa del progetto, uno degli aspetti che possono supportare gli utenti nel difficile percorso che li porta a 'ripartire da zero' in un nuovo paese è quindi quello legato al riconoscimento e alla valorizzazione delle risorse dei singoli, cercando di inserire il lavoro che viene fatto con i beneficiari in una prospettiva più lungimirante di quella della permanenza nel progetto.

Oltre a questi aspetti ovviamente nel progetto viene sottolineata l'importanza dell'apprendimento della lingua italiana, come principale strumento di integrazione nel nuovo contesto di accoglienza, per cui tutti gli utenti che entrano in Teranga vengo-

no iscritti a corsi di italiano presso Centri Territoriali Permanenti dove, una volta raggiunto un livello adeguato di conoscenza della lingua, possono sostenere gli esami di licenza media. Come è già stato accennato a inizio paragrafo l'apprendimento della lingua italiana può comportare diverse difficoltà, alcune delle quali legate al profilo di utenza del progetto. Spesso, infatti, lo stato di sofferenza psichica o l'assunzione di terapie farmacologiche impediscono di mantenere la concentrazione e diminuiscono la capacità di memorizzazione degli utenti, in questi casi solo il raggiungimento di un sufficiente compenso psichico può portare a risultati apprezzabili. In altre situazioni si riscontrano paradossalmente difficoltà nell'apprendimento della lingua da parte di soggetti colti, che più faticosamente accettano di dover 'ricominciare da capo' nello studio dell'alfabeto o delle regole grammaticali dell'italiano, rispetto a persone con un livello di scolarizzazione più basso. Per supportare al meglio i beneficiari che appaiono più in difficoltà o demotivati all'apprendimento della lingua italiana il progetto prevede un sostegno individualizzato, condotto dagli operatori o da volontari/tirocinanti con competenze specifiche e l'iscrizione, nei casi in cui si ritenga necessario, a corsi intensivi di italiano presso associazioni o enti pubblici e religiosi che collaborano con il progetto.

Un'altra azione di sostegno per gli utenti, che viene proposta anche alle persone che manifestano difficoltà con la lingua italiana proprio per riattivare le competenze personali utili all'individuo, è l'attivazione di tirocini socializzanti e borse lavoro con un monte ore limitato. Questo strumento formativo ed esperienziale ha un valore terapeutico enorme perché restituisce ai beneficiari del progetto la possibilità di immaginarsi nuovamente in grado di agire sulla propria esistenza, aiutando ad esempio la famiglia nel paese d'origine, di guadagnare auto-stima e di investire quindi nuovamente energie nel percorso di integrazione e autonomia.

Per non cadere in facili incomprensioni agli utenti viene spiegato e ricordato nel tempo che le borse lavoro rappresentano esperienze formative utili ad accumulare conoscenze da spendere nel mercato del lavoro e soprattutto sono limitate nel tempo. Queste esperienze non rappresentano quindi il fine ultimo del progetto, ma coordinate con le altre precedentemente descritte, fanno parte di un percorso condiviso e costruito con l'èquipe che ha come obiettivo il raggiungimento di un accettabile stato di benessere personale e l'offerta di esperienze utili ad un efficace inserimento sociale e lavorativo nel nuovo contesto di accoglienza.

IL LAVORO

Un elemento fondamentale nella costruzione del progetto individuale di ogni singolo utente e del suo percorso di autonomia e realizzazione personale è la ricerca del lavoro.

In questi mesi di esperienza abbiamo potuto osservare come il progetto, che deve soddisfare i cambiamenti dei fenomeni sul territorio, necessita di una continua mobilità e capacità di trasformazione. Rispetto al mercato del lavoro, ad esempio, le agenzie interinali si sono imposte sul territorio offrendo contratti a tempo determinato che

raramente sfociano in contratti a lungo termine. Questo fenomeno ‘blocca’ il percorso di autonomia professionale dei beneficiari che rimangono invischiati in meccanismi di rinnovi temporanei. Ne consegue, oltre ad un profondo senso di frustrazione, la consapevolezza della forte instabilità economica (possibilità di trovare casa e lavoro) che si ripercuote anche sulla fragilità psicologica. Il contratto di assunzione a tempo determinato, anche se di breve durata, sostituisce nelle preferenze dei beneficiari il tirocinio formativo.

Rispetto agli interventi attivati, infatti, lo strumento utilizzato dall’equipe è stato quello dell’attivazione di tirocini formativi o borse lavoro. Nello specifico i beneficiari che hanno usufruito di tali interventi sono stati sette (cinque uomini e due donne). Le borse lavoro sono state erogate dal Consorzio Kairos Lavoro di Torino, attraverso il finanziamento di Compagnia San Paolo (Progetto Integrazioni). Hanno avuto una durata media di sei mesi ed un monte ore settimanale variabile dalle venti alle trentotto ore. Le aree interessate riguardano i campi dell’industria, della ristorazione, delle pulizie e lavori domestici e assistenza ai disabili – anziani. Attualmente sono ancora in corso sei borse valutate positivamente dai tutor dei tirocini, una sola è stata interrotta a causa di fatiche nell’adattamento al tipo di lavoro, difficoltà linguistiche, difficoltà di inserimento e poca affidabilità dovuti ad una condizione psicologica di grande sofferenza.

LO STARE INSIEME

La perdita del sistema di riferimento sociale, culturale e linguistico è spesso la problematica con cui si confronta un rifugiato nel momento della sua fuga e della ricerca di un riparo. Ricostruire i nuovi legami non è sempre un’impresa semplice in un contesto dove tutto sembra nuovo, dalla lingua come strumento principale di inserimento sociale alle abitudini che non hanno un confronto con quelle di partenza. Questo percorso è fondamentale per una persona che dovrebbe ricominciare il suo progetto di vita e ricostruirsi un’identità in un contesto nuovo. Un passo falso può essere dannoso per tutto il percorso di integrazione, come succede a molti, per la mancanza di orientamento.

L’equipe degli operatori ha fatto della costruzione dei legami sociali uno dei suoi leitmotiv, sfruttando la rete formale costituita da molte organizzazioni situate a Torino e la rete informale attivata attraverso conoscenze, partecipazione alle feste etniche e organizzazione delle gite. La conoscenza delle risorse del territorio, cinema, musei, attività ricreative e socializzanti, è risultata a questo proposito fondamentale. Il progetto è inserito sul territorio torinese che è caratterizzato da un’ampia rete costituita da realtà impegnate nella promozione, integrazione sociale e cittadinanza attiva, ciò che ha costituito un importante strumento di lavoro per gli operatori.

Uno dei principali obiettivi del progetto è proprio quello di creare degli spazi di aggregazione e di comunicazione attraverso attività interculturali, formazione e animazione. Inoltre si vuole facilitare lo sviluppo di una rete informale di contatti e relazioni in modo da creare un contesto più preparato e disponibile ad accogliere i richiedenti asi-

lo e rifugiati nel momento di uscita dalle strutture di accoglienza e dai progetti SPRAR. Dopo un periodo di osservazione, viene offerto all'utente un tempo per ambientarsi al nuovo contesto e, successivamente, vengono definiti dei progetti individuali sulla base di una valutazione delle storie personali di ciascuno.

L'apprendimento della lingua italiana è il punto di partenza del percorso di socializzazione. Lo stato di sofferenza e di trauma che presentano gli utenti appena inseriti nel progetto non consente loro di seguire un corso classico di alfabetizzazione. Per questo si è scelto di indirizzarli verso i corsi dei centri territoriali permanenti che alla fine offrono la possibilità di conseguire la licenza media e di integrare questa preparazione con alcuni corsi intensivi di breve durata.

Gli utenti del progetto sono stati inseriti in associazioni e centri che offrono dei corsi di livello base ad un ritmo flessibile di frequenza con diverse attività che costituiscono contemporaneamente momento di svago e occasioni per creare nuove amicizie. Le associazioni ASAI, Alouan e il Centro Giovanile CO7, che sono le principali risorse del progetto, sono diventate dei punti di riferimento importantissimi per i nostri utenti.

LA CLINICA

Il ruolo e la posizione degli operatori clinici (psicologo e psichiatra) all'interno della struttura sono andati definendosi con sempre maggiore precisione nel corso dei primi mesi di intervento. Stanti gli aspetti istituzionali previsti già in sede di progettazione (referenza rispetto al progetto in generale, collegamento con le altre risorse del progetto), infatti, è stato possibile costruire nel corso del tempo un assetto condiviso e specifico rispetto alla posizione degli operatori clinici all'interno della struttura e del gruppo di lavoro. Tralasciando gli aspetti già descritti nella presentazione generale del progetto, le funzioni svolte in questa prima fase di lavoro dallo psicologo e dal medico-psichiatra sono sommariamente riconducibili a tre aree che di seguito verranno sinteticamente descritte.

Rispetto agli altri componenti del gruppo di lavoro la presenza costante di operatori con formazione clinica ed esperienza nel campo dell'etnopsichiatria ha consentito di complessificare le letture dei fenomeni osservati in struttura, contribuendo alla definizione di progetti di intervento individualizzati rispetto alle difficoltà degli ospiti. L'integrazione degli sguardi e delle letture è avvenuta nell'ambito di quella che potremmo definire una negoziazione tra le differenti esigenze di natura clinica, educativa e sociale che ha costantemente escluso la gerarchizzazione dei saperi ed operato per una integrazione dei vertici di osservazione funzionale all'integrazione degli utenti stessi. In questo senso le letture cliniche non si sono aggiunte a quelle proposte dal personale educativo per spiegare qualche cosa, ma piuttosto si sono articolate in un quadro di riferimenti ampi ed articolati. In determinate situazioni la valutazione medico-psichiatrica e psicologica ha consentito di comprendere più approfonditamente alcune difficoltà legate ad esempio all'area dell'apprendimento, ma è avvenuto anche il contrario quando le osservazioni e le progettualità educative hanno consentito di

agevolare la valutazione e l'intervento del personale sanitario. Particolare attenzione è stata prestata alla definizione del valore psicologico e terapeutico implicito nell'attività educativa, ma anche alla riflessione sul significato antropologico e istituzionale dei comportamenti e dei conflitti osservati nei beneficiari del progetto.

Una seconda area di intervento, strettamente connessa a quella precedente, che è risultata centrale è stata quella che ha visti coinvolti lo psicologo e lo psichiatra nella mediazione dei rapporti dell'equipe con le altre agenzie sanitarie presenti sul territorio. Tale ruolo di mediazione ed interrelazione si è rivelato particolarmente prezioso quanto è stato necessario coinvolgere servizi specialistici come quelli di Diagnosi e Cura ospedalieri o i Centri di Salute Mentale territoriali. In questa sede preme tuttavia sottolineare un aspetto peculiare di tale collaborazione concernente il medico di medicina generale. Tutti gli utenti accolti sono stati, infatti, assegnati ad un unico medico territoriale con cui si è attivata una collaborazione in precedenza e che ha svolto un ruolo determinante nei percorsi sanitari dei nostri ospiti, assumendo spesso una funzione strettamente riabilitativa. La collaborazione tra il medico-psichiatra della struttura, l'infermiere ed il medico di medicina generale costituisce un aspetto fondamentale quindi, che non deve essere sottovalutato e che può essere compreso se si pensa alla centralità del corpo nei profili sintomatologici, ma anche nelle esperienze traumatiche sperimentate dai nostri utenti.

Naturalmente le attività che i clinici della struttura hanno svolto con i colleghi dell'equipe e con gli specialisti esterni vanno considerate strettamente integrate a quelle realizzate direttamente con i beneficiari del progetto. L'intervento in struttura si caratterizza in questo caso per la possibilità di coniugare momenti più strutturati ad altri più informali aventi l'obiettivo di creare una relazione di fiducia e di scambio reciproco. Tali attività sono state rivolte sia ai singoli utenti che al gruppo degli ospiti nel suo complesso nel tentativo di favorire la creazione di un ambiente che potesse avere una funzione terapeutica in senso lato. Essendo la struttura pensata come un luogo di vita aperto all'esterno e non segregante si è prestata una particolare attenzione ad evitare dinamiche istituzionalizzanti ed eccessivamente medicalizzanti e si è quindi esclusa sin dal primo momento la possibilità di realizzare interventi terapeutici all'interno della stessa. Il ruolo dei clinici con i singoli utenti, pur nell'ambito di una stretta individualizzazione delle progettualità, è stato quindi di supporto, valutazione e mediazione, ciò che è stato favorito anche dal fatto che gli operatori in questione sono al tempo stesso clinici del Centro Frantz Fanon. Soprattutto nella fase iniziale di accoglienza dell'ospite risulta, infatti, utile definire uno spazio di valutazione che consenta di comprendere quale percorso di presa in carico può risultare più adatto al singolo soggetto. A questo proposito va segnalata anche l'importanza di una raccolta graduale, attenta e rispettosa dei dati anamnestici, attività a cui i clinici hanno costantemente contribuito in stretta collaborazione con gli operatori di riferimento. I colloqui svolti dai clinici della struttura hanno quindi assunto la funzione di momenti in cui cercare di mettere ordine in vicende la cui complessità spesso in un primo momento induce disorientamento e diffidenza negli ospiti. Ad una funzione e di motivazione iniziale all'accettazione di un percorso terapeutico si è affiancata nel corso del tempo quella di strumenti di confronto per gli

utenti rispetto al tragitto percorso ed alla riprogettazione di quello a venire. A questo proposito va segnalato un aspetto importante, relativo alla preparazione all'ingresso degli ospiti nel progetto. In molti casi, infatti, i beneficiari giungono presso la nostra struttura senza avere la chiara consapevolezza del suo carattere specifico; tale dato in alcuni casi può essere ascritto alle difficili condizioni dei contesti di accoglienza da cui provengono (si pensi a questo proposito agli utenti precedentemente inseriti in C.A.R.A.), mentre in altre situazioni è dovuto alle ambivalenze presenti nel soggetto ed a una procedura di segnalazione che probabilmente va implementata e consolidata in certi aspetti. Nelle situazioni in cui questa condizione si è verificata gli operatori clinici hanno svolto un ruolo importante nell'accompagnare il paziente a comprendere il senso del trasferimento e il tipo di sostegno offerto dal progetto nell'ottica della creazione di un'alleanza di lavoro sufficiente a consentire la presa in carico psicoterapeutica, ma anche quella educativa. Per gli stessi motivi anche la valutazione delle eventuali terapie farmacologiche da impostare ha seguito un percorso estremamente individualizzato che ha tenuto conto anche dei significati simbolici che tale atto assume nell'ambito della relazione di cura. Si è così deciso di volta in volta se delegare tale attività al medico della struttura (ciò che è avvenuto nella gran parte dei casi) o al terapeuta curante presso il Centro Frantz Fanon o ancora al servizio di salute mentale territoriale. Il monitoraggio della terapia ha comunque costituito un'attività fondamentale ma non esclusiva dell'operare dello psichiatra all'interno del gruppo appartamento.

Un ulteriore aspetto dell'intervento effettuato che va segnalato concerne il ruolo di mediazione dei conflitti rispetto alla struttura ed alla sua équipe e quindi anche la funzione di attribuzione di senso alle dinamiche che si realizzano nel contesto della convivenza. La compresenza di soggetti sofferenti ed alcune caratteristiche specifiche che assume tale sofferenza, si pensi alle dinamiche connesse ai vissuti persecutori che spesso caratterizzano i rapporti dei nostri ospiti con l'esterno, possono infatti indurre a dinamiche conflittuali tra gli utenti stessi e tra questi ultimi e gli operatori. Il numero relativamente ridotto degli ospiti presenti e la presenza costante e significativa degli operatori può addirittura esacerbare tali dinamiche, che vengono però considerate dal gruppo di lavoro come importanti momenti di elaborazione del rapporto del soggetto con il mondo e le relazioni circostanti. Nell'ottica di lavorare non solamente con il singolo, ma anche con il gruppo degli ospiti, infatti, tali momenti risultano particolarmente preziosi, soprattutto quando si consideri una concezione più allargata del gruppo che comprende anche l'équipe nelle sue componenti educative e sanitarie. Gli operatori sociali della struttura sono quindi particolarmente attenti all'emergere di questi fenomeni e intervengono costantemente al fine di consentirne l'espressione e la rielaborazione. I clinici presenti in struttura possono svolgere a questo proposito un ruolo prezioso poiché spesso vengono percepiti dagli ospiti come elementi più "esterni". Pur facendo parte a pieno titolo del gruppo di lavoro e pur essendo tale integrazione ampiamente conosciuta dai beneficiari, infatti, la minore presenza in struttura induce ed il diverso ruolo induce spesso un rapporto differente da quello che gli ospiti sviluppano con gli operatori sociali che sono in grado di instaurare rapporti molto più articolati e pregnanti da un certo punto di vista, ma che per

lo stesso motivo possono essere sottoposti a rilevanti dinamiche di conflittualità. La posizione al tempo stesso “interna” ed “esterna” ricoperta dai clinici può quindi consentire di giocare un ruolo di mediazione e significazione importante, sempre concordato con gli operatori di riferimento e articolato con modalità differenti a seconda del caso e della situazione.

Riflessioni sul primo anno di lavoro e prospettive per il futuro

La valutazione complessiva dei risultati ottenuti in questo primo anno di lavoro si basa sul dato che gli utenti accolti sono andati incontro nella quasi totalità dei casi ad una remissione significativa della sintomatologia accusata all'ingresso e possono quindi godere allo stato attuale di una condizione di benessere psicologico nel complesso positiva. Tali miglioramenti possono essere misurati sia dal punto di vista della valutazione clinica in senso stretto, sia in riferimento alla possibilità per gli ospiti di essere inseriti nel tessuto sociale cittadino.

Le maggiori difficoltà sono emerse nei casi in cui nella fase precedente l'inserimento non era stato possibile effettuare una valutazione adeguata della congruenza tra le caratteristiche dei beneficiari e le risorse offerte dal progetto. Al di là delle difficoltà che di volta in volta possono emergere a questo proposito, va comunque ribadita la complessità di tale lavoro di valutazione preliminare. Se da un lato spesso i contesti di provenienza non agevolano una raccolta esaustiva dei dati necessari a tale osservazione²³, va infatti segnalato dall'altro lato anche un aspetto per certi versi opposto. Accade, infatti, che i segnali di sofferenza osservati nei vari contesti di provenienza siano in qualche modo ascrivibili anche alla non adeguatezza di tali strutture per le problematiche specifiche del singolo utente. La valutazione risulta quindi complicata da una serie di elementi, in parte strettamente connessi alle caratteristiche dell'utenza in oggetto ed in parte dovute ai vincoli del sistema di accoglienza che inevitabilmente non consente di definire strategie di osservazioni puntuali. Il rischio di errori diagnostici risulta quindi elevato, ma può a nostro parere essere significativamente ridotto con il progredire del tempo attraverso una più stretta integrazione tra i progetti sperimentali come quello di Torino e gli altri strutturalmente presenti sul territorio nazionale.

Un aspetto in particolare merita attenzione e concerne la possibilità di definire un linguaggio comune e condiviso rispetto alla valutazione della sofferenza manifestata dagli utenti accolti, con particolare riferimento alla definizione di chiari criteri di inclusione ed esclusione nel progetto. Al di là della valutazione del singolo caso che di volta in volta viene definita anche sulla base delle caratteristiche del gruppo degli ospiti già presenti, infatti, la nostra équipe ha definito in sede di progettazione dei criteri di incompatibilità che si sono rivelati estremamente importanti ed hanno consentito in alcuni casi di non accogliere alcuni utenti per i quali il trasferimento avrebbe potuto indurre effetti iatrogeni tanto per il singolo quanto per il gruppo degli altri ospiti. Non

23. Tale difficoltà emerge in particolare, per ovvi motivi strutturali, per gli utenti provenienti dai C.A.R.A.

di rado però non è stato possibile rispettare tali criteri definiti a priori a causa del venire meno di alcuni dati clinicamente significativi e questo elemento ha reso decisamente più complesso il lavoro degli operatori, ma anche la convivenza all'interno del progetto per i beneficiari. Un aspetto su cui sarà opportuno intervenire nel prossimo periodo sarà quindi quello relativo alla fase precedente l'invio e l'ingresso nel nostro progetto. Pur consapevoli che molte delle difficoltà qui evocate sono di natura strutturale, infatti, riteniamo che sia necessario operare per definire con maggiore precisione e chiarezza modalità, tempi e dinamiche di segnalazione e trasferimento, in quanto la fase di inserimento iniziale nel progetto risulta non solo particolarmente delicata, ma spesso anche centrale nell'orientare il percorso successivo.

Un dato che è emerso con forza nella quasi totalità dei casi accolti, a questo proposito, è la scarsa consapevolezza degli utenti rispetto alle caratteristiche del progetto di Torino ed alle motivazioni alla base del trasferimento. Se in alcuni casi tale dato può essere almeno in parte connesso alle caratteristiche della sofferenza ed alla sintomatologia osservata in alcuni pazienti, in altri è stata rilevata una carenza nel lavoro di preparazione dell'utente, ciò che ha indotto una volta inserito nella nostra struttura alcune difficoltà di adesione al progetto terapeutico e di integrazione offerto. Pur essendo i due gruppi appartamento spazi di vita connotati da un alto livello di informalità, infatti, le caratteristiche stesse del progetto (presenza di personale clinico in struttura, offerta di un percorso terapeutico presso il Centro Frantz Fanon) e il livello di sofferenza sperimentato dagli altri utenti del progetto, hanno indotto in alcuni casi vissuti di disorientamento nelle persone appena inserite e talvolta angosce profonde relative al timore di essere considerati 'pazzi'. Tale elemento deve essere tenuto in attenta considerazione ed indurre ad una preparazione puntuale degli utenti prima del loro invio nel nostro progetto; tuttavia va segnalato un ulteriore aspetto importante in relazione a questa dinamica. Se, infatti, la mancanza di una piena consapevolezza ha reso spesso complesso l'intervento degli operatori e la convivenza all'interno del gruppo, va osservato d'altro canto che questo aspetto ha consentito di definire sin da subito uno spazio di negoziazione e confronto tra operatori clinici e sociali e gli utenti accolti. Come precedentemente evidenziato tale impostazione votata alla negoziazione continua della progettualità da mettere in campo e del significato attribuito alle difficoltà incontrate è stato a nostro parere un aspetto significativo e qualificante dell'intervento svolto ed ha visto in particolare nelle fasi iniziali di accoglienza un momento particolarmente delicato, ma al tempo stesso di centrale importanza.

Un ruolo importante da questo punto di vista è stato assunto dal lavoro sulla dimensione del gruppo oltre che sul singolo soggetto: come precedentemente evocato l'intervento sulle dinamiche di gruppo e l'utilizzo stesso del gruppo come un fattore potenzialmente 'terapeutico' hanno costituito un elemento in parte innovativo che ha consentito di attivare processi positivi di rispecchiamento e favorito il prodursi dei miglioramenti clinici. Stiamo qui discutendo di un elemento particolarmente delicato e critico del nostro lavoro: la dimensione della convivenza e della conflittualità che ne nasce è spesso stato uno dei focus privilegiati di intervento. Tralasciando in questa sede ogni considerazione sulla complessità di tale dimensione già presente in contesti 'ordinari' di accoglienza, preme sottolineare come la dimensione relativamente ridotta del nume-

ro degli ospiti in alcuni casi possa paradossalmente accentuare le difficoltà connesse a questo aspetto, soprattutto in considerazione del fatto che la totalità delle persone inserite si caratterizza naturalmente per dinamiche di profonda sofferenza. Va inoltre considerato come un ulteriore elemento di difficoltà a questo proposito possa essere individuato nella prevalenza, comprensibile e prevista d'altro canto, di dinamiche di diffidenza e persecutorietà nell'assetto relazionale degli utenti accolti, ciò che inevitabilmente complica ulteriormente la condivisione di spazi di vita e di relazione. La convivenza all'interno del gruppo è risultata quindi spesso complicata da vari fattori, non ultimo il rispecchiamento problematico tra i differenti ospiti: vedere nell'altro segnali di grave sofferenza o sintomi francamente psichiatrici ha, infatti, indotto in alcuni casi dinamiche particolarmente complesse e dolorose negli ospiti ed in particolare in quelli che non erano stati adeguatamente preparati al trasferimento o in alcuni soggetti che avevano sperimentato già prima della loro fuga esperienze con i 'servizi' psichiatrici dei paesi di provenienza.

L'equipe si è impegnata assiduamente non solamente nella gestione di tali dinamiche, ma operando anche per ridefinirle in modo positivo, intervenendo per rendere questo aspetto di rispecchiamento un fattore propulsivo nell'adesione al percorso di cura e nella risignificazione dell'esperienza svolta all'interno del progetto. In alcuni casi, infatti, è stato proprio a partire da questo processo di condivisione e rispecchiamento nell'altro che è stato possibile attivare discorsi e negoziazioni prima impossibili e che hanno consentito all'ospite di accettare a titolo di esempio la somministrazione di terapie farmacologiche per un periodo definito di tempo, ma che ha permesso la riattivazione di una maggiore possibilità di inserimento sociale e di interazione positiva con operatori e ospiti.

A questo proposito, infatti, è bene sottolineare ancora una volta come le caratteristiche e la sintomatologia accusata dagli ospiti al loro ingresso talvolta impediscono l'immediato inserimento in attività formative, socializzanti o lavorative, ciò che rende ancora più centrale l'aspetto di gestione delle dinamiche reazioni all'interno del gruppo appartamento.

Un elemento centrale che emerge da queste prime riflessioni riguarda quella che potremmo definire la messa in atto e la gestione di processi che consentano di governare la molteplicità, sia per quanto concerne gli ospiti (molteplicità della sintomatologia, delle provenienza, delle affiliazioni religiose e culturali, ecc.) sia per quanto concerne gli operatori del progetto. In relazione agli ospiti va ancora segnalato a questo proposito come un fattore di problematicità che è possibile desumere dalla nostra esperienza concerne l'età. Particolari difficoltà, infatti, sono emerse nella gestione dei percorsi di quegli utenti aventi un'età significativamente superiore a quella degli altri ospiti. Tralasciando la complessità dei processi di inserimento sociale di tali soggetti (si pensi a titolo di esempio alla difficoltà nella collocazione lavorativa), ci soffermiamo qui brevemente sull'impatto che la differenza di età rispetto agli altri utenti ha avuto nella gestione delle dinamiche relazionali. La gran parte degli ospiti accolti ha, infatti, un'età inferiore ai trenta anni e questo ha inciso significativamente sulla possibilità di integrazione in seno al gruppo dei beneficiari più 'anziani'. In considerazione della centralità sopra descritta delle dinamiche del gruppo nel percorso terapeutico proposto, è quindi possibile evidenziare

come fattore di problematicità l'accoglienza di beneficiari di età avanzata.

Sempre in relazione agli utenti accolti è tuttavia opportuno segnalare ancora una volta come la molteplicità e l'eterogeneità dei percorsi e dei progetti risulti un fattore decisivo nella produzione di risultati terapeutici positivi. Con il tempo è emersa l'importanza di adottare strategie comunicative che favoriscano la chiarezza degli obiettivi e dei tempi del progetto per ogni singolo utente, ma tale necessità va integrata con la possibilità di definire tempi di accoglienza personalizzati in relazione alle problematiche soggettive. Come si evince già dalla presentazione del presente progetto, infatti, l'eterogeneità degli interventi posti in essere assume un valore centrale e nasce dal presupposto che siano la progettualità e la struttura a doversi in qualche modo modificare in relazione alle difficoltà dei singoli piuttosto che gli stessi a doversi inscrivere in percorsi definiti a priori. Ciò risulta particolarmente importante se si considera la centralità della ricostruzione di una possibilità di soggettività attiva in individui che, per le vicende personali e collettive in cui sono stati coinvolti, l'hanno vista annullata. Questo investimento sulla soggettività ha come corollario inevitabile il fatto che la permanenza nel nostro progetto può assumere significati e obiettivi differenti per ogni utente: a titolo di esempio possiamo citare il fatto che per uno dei primi ragazzi accolti, l'inserimento nel progetto ha avuto la 'semplice' funzione di renderlo più autonomo rispetto alle dinamiche di dipendenza istituzionale nel quale era entrato (insieme agli altri operatori), senza però riuscire a costruire per se stesso una possibilità di vita indipendente e svincolata dal sistema di protezione.

La molteplicità e l'eterogeneità caratterizzano d'altro canto non solamente l'utenza, ma anche l'intervento degli operatori stessi e questo risulta a nostro parere un ulteriore elemento importante del sistema di intervento posto in essere. La stretta integrazione tra clinica e attività educativa e sociale risulta, infatti, un tema spesso evocato in letteratura, ma di non facile realizzazione. Nel nostro caso tale integrazione ha consentito di definire un sistema di lettura articolato e complesso delle dinamiche attivate dai nostri utenti, ma ha anche rappresentato un fattore di ristrutturazione di conflitti, vissuti e atteggiamenti, sia per quanto concerne gli operatori stessi che i beneficiari accolti. La presenza di un'equipe multi-disciplinare ha, infatti, rappresentato un fattore centrale nel garantire possibilità di interazione, rispecchiamento e confronto molteplici, tali da consentire ai singoli beneficiari di emergere nella loro individualità e, attraverso questo processo, di recuperare presenza e spessore rispetto al mondo circostante. In particolare la compresenza costante di mediatori culturali, educatori, personale sanitario e clinico ha consentito di attivare dinamiche differenti che sono risultate fondamentali anche nel ridurre la conflittualità all'interno del gruppo e nel fornire agli ospiti possibilità di relazione differenziate.

Un dato comune e trasversale all'operare dei diversi attori coinvolti nel processo è quello concernente la necessità di rielaborazione personale dell'esperienza svolta. Non intendiamo qui soffermarci sulle dinamiche relazionali e psicologiche cui sono sottoposti gli operatori dei progetti di accoglienza, quali quelle concernenti a titolo di esempio la cosiddetta traumatizzazione vicaria, ma sembra comunque importante sottolineare come la progettazione e la realizzazione di interventi efficaci abbia richiesto un costante lavoro di rielaborazione individuale e di gruppo delle dinamiche emerse

nei confronti degli ospiti ed all'interno dell'equipe stessa; lo spazio rappresentato dalla supervisione clinica ha in questo senso rappresentato uno strumento insostituibile di elaborazione e ristrutturazione delle dinamiche evocate.

4

Casi clinici: Janet O. e Tierno N.²⁴

In regola generale, la psichiatria clinica pone i diversi disturbi presentanti dai nostri ammalati sotto la rubrica di “psicosi reazionali”. Così facendo, si privilegia l’evento che ha scatenato la malattia benché, qua e là, sia menzionato il ruolo del terreno (la storia psicologica, affettiva e biologica del soggetto) e quello dell’ambiente. Ci sembra che, nei casi presentati qui, l’evento determinante è soprattutto l’atmosfera sanguinosa, spietata, il generalizzarsi di pratiche disumane, l’impressione tenace che ha la gente di assistere ad una vera apocalisse. [...] Ci sembra [inoltre] che la regola è qui la frequente malignità dei processi patologici. Sono disturbi che persistono per mesi, attaccando l’io in modo massiccio, e lasciando quasi sempre, come postumi, una fragilità praticamente percepibile a vista d’occhio. Con ogni evidenza, l’avvenire di questi malati è ipotecato.

Frantz Fanon

Ritorniamo più oltre su questa ed altre riflessioni cliniche che Frantz Fanon sviluppa ne *I dannati della terra*, dal momento che in quest’ultima parte dell’opera lo psichiatra martinicano – direttore dell’Ospedale psichiatrico di Blida, alla periferia di Algeri, negli anni immediatamente precedenti e durante tutta la durata della guerra di liberazione algerina – anticipa alcuni aspetti clinici che riteniamo nevralgici e assolutamente attuali (l’insorgenza del sintomo, le circostanze di comparsa dei disturbi nei mesi successivi il primo episodio, la variabile del ‘tempo’ in almeno due ‘vertigini’: un passato che *non è passato* e un futuro che è *ipotecato*). Nelle pagine seguenti presentiamo le vicende di due utenti i cui profili possono essere considerati in qualche misura esemplari.

24. I nomi ed i dati relativi ai beneficiari citati in questo paragrafo, come di quelli che compaiono più in generale nel testo, sono stati modificati al fine di tutelarne la riservatezza.

La storia di Janet O.

Janet – una giovane ragazza di ventisei anni, proveniente dalla Nigeria – è giunta in Italia nel mese di ottobre del 2008 ed è stata ospitata da allora in un Centro di prima accoglienza del Sud Italia. Viene inserita nel nostro appartamento nel mese di luglio del 2009. La segnalazione, fatta dagli operatori del Centro di accoglienza, è strettamente connessa ad una condizione di grave sofferenza psicologica, per la quale gli stessi operatori hanno già richiesto *in loco* la presa in carico da parte del Servizio di psichiatria dell'ASL territoriale. La ragazza è descritta dagli operatori del Centro di accoglienza e dalla psicologa dell'ASL come una persona estremamente sofferente: il tono dell'umore è profondamente depresso, lamenta insonnia e tende a isolarsi rispetto agli ospiti e agli operatori del Centro, probabilmente a causa di una forte angoscia provocata da eventi traumatici.

Janet è stata oggetto di pressioni da parte dei familiari del compagno, dal momento che la loro relazione non era 'benedetta' dalle due famiglie per motivi principalmente religiosi (lei è cristiana, mentre la famiglia del marito aderiva alla religione yoruba). Racconta di essere stata costretta a lasciare la Nigeria perché minacciata dal suocero, dopo che la cerimonia matrimoniale era stata comunque celebrata anche in assenza del consenso familiare. Nei colloqui Janet racconta di aver assistito alla morte del padre, ucciso dal suocero. Della madre dice che 'ha perso la vista' (ma non si comprende quando e a partire da quali cause).

Con il marito Janet decide di lasciare il Paese. Si recano in Libia, dove rimangono un anno. In seguito la donna riesce a partire per l'Italia grazie al denaro che il marito ha accumulato. Il marito si trova tuttora in Libia ma non riesce a lasciare il paese sembra a causa di motivi economici. Una volta arrivata in Italia, la ragazza *si scopre* incinta: il suo corpo inizia a manifestare i segni caratteristici di uno stato di gravidanza (interruzione del ciclo mestruale, dolori diffusi, nausea...). Le visite ginecologiche non confermano la gravidanza e gli operatori sanitari che incontrano Janet parleranno di una "gravidanza isterica" (le diranno, più semplicemente, *che il bambino non c'è*). Gli operatori ipotizzano che l'insorgenza del disturbo possa essere ricondotta al forte desiderio della donna di avere un figlio dal compagno, rimasto in Libia.

L'impressione che ne riceviamo, da una prima valutazione della scheda di segnalazione, è che siano presenti molti *punti ciechi* e che poco o nulla si sia riuscito a sapere e a capire della sofferenza della signora. Avendo una certa familiarità con le sintomatologie manifestate dalle donne nigeriane nei momenti di alta angoscia e precarietà esistenziale, ci si chiede se non si sia al cospetto di una vicenda clinica in cui devono essere chiamate in causa rappresentazioni più complesse ed articolate: chi è un bambino, da dove viene, quando arriva, dove è collocato prima del concepimento, chi può identificare le sue intenzioni prima della nascita, cosa è venuto a fare nel mondo visibile degli umani...? Queste sono soltanto alcune delle domande che ci poniamo durante la riunione d'équipe.

Il gruppo decide di accogliere la richiesta di inserimento e Janet viene trasferita a Torino nel mese di luglio, in concomitanza con la decisione presa dalla signora di sospendere la terapia antidepressiva in corso. Janet, dopo qualche giorno dal suo arri-

vo a Torino, viene accompagnata al Centro Frantz Fanon, dove una psicoterapeuta e una mediatrice culturale l'accolgono²⁵. Sin da subito gestire la *gravidanza nascosta* di Janet è tutt'altro che semplice: ci si interroga, infatti, su quale posizione assumere rispetto alle sue richieste. Janet si chiede e ci chiede, angosciata, *dove sia questo bambino che lei sa essere presente nel suo corpo* (e così le conferma la madre ogniqualvolta si sentono al telefono), *ma che gli accertamenti diagnostici non riescono a rilevare, scovare, trovare* da nessuna parte nel suo ventre e, più in generale, nel suo corpo. Trascorsi i primi giorni di accoglienza vengono svolti nuovamente gli accertamenti ginecologici che, ancora una volta, confermano l'assenza del feto.

In seguito alla visita ginecologica²⁶ Janet attraversa un momento di forte crisi che richiede un intervento immediato di uno psichiatra del Centro Frantz Fanon, in assenza della psicologa e della mediatrice del Centro che avevano preso in carico la giovane, la settimana prima. L'équipe mostra in questa circostanza un ottimo livello di integrazione: le informazioni erano 'passate' agli operatori del Centro e Janet viene accolta in modo spontaneo, aperto e informale, senza che il collega le chieda nuovamente di dire cosa ha e senza che lei debba ripetere per l'ennesima volta la sua storia. Janet viene accompagnata in un momento di crisi: resta al Centro qualche ora, vomita ripetutamente, esprime tutto il suo malessere in un contesto clinico che la contiene, che riesce a contenere il suo dolore, il suo stupore, la sua rabbia.

Gli appuntamenti con la psicologa diventano più assidui e regolari, alla presenza della mediatrice nigeriana che collabora con il Centro Fanon, e con la quale Janet instaura fin dall'inizio un'ottima relazione:

"Sister, help me, I ask you to help me, not to them", dice alla mediatrice, che le risponde: "Eh, even if you see her White, she's Blacker than you".

La costruzione della relazione passa inevitabilmente attraverso la dialettica Io/Altro, Noi/Loro, Bianchi/Neri: di questa dialettica dobbiamo pur farcene qualcosa nella relazione di cura.

Durante il primo mese di presenza in struttura Janet ha attraversato momenti di forte fragilità, spesso in seguito ai contatti con i familiari (in particolare con la madre ed il marito). Sono state frequenti le manifestazioni depressive, le crisi di pianto e i periodi di insonnia. La donna ha evidenziato una scarsa capacità di gestire l'emotività e una diminuzione nell'attenzione della cura del sé durante i periodi di crisi. Si è trattato di un momento delicato in quanto è stato necessario coniugare strettamente gli interventi terapeutici presso il Centro Frantz Fanon, dove Janet ha potuto 'trattare' la sua condizione, esplorando con la psicologa i profili, le cause e le interpretazioni della sua *gravidanza nascosta*, con quelli gestiti dagli operatori della struttura nei momenti di quotidiana convivenza.

25. Simona Taliani e Grace Aigboghian, insieme all'educatrice che accompagna Janet, Sara Gorla; successivamente verrà coinvolta in due colloqui anche il medico-psichiatra, Elena Ponzio.

26. Janet viene accompagnata in un consultorio familiare dove operano delle ginecologhe con le quali gli operatori del Centro hanno in precedenza collaborato. La psicologa presenta la situazione di Janet alla ginecologa prima della visita, in modo che anche la collega mostri la sensibilità e l'attenzione che la situazione richiede.

In questa fase la ragazza ha alternato momenti di maggiore benessere e apertura ad altri di chiusura e ripiegamento su se stessa. Nel corso di una fase particolarmente delicata ed a seguito di una telefonata con i familiari, la ragazza ha messo in atto un tentativo anticonservativo che non ha avuto conseguenze rilevanti, grazie all'intervento tempestivo degli operatori reperibili nelle ore notturne. A seguito di questo evento si è concordato un breve periodo di ricovero presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di un ospedale torinese, occasione nella quale è stata impostata una terapia psico-farmacologica ed è stata formulata una diagnosi di "psicosi reattiva" in sede di dimissione. Si è trattato di un momento critico, ma particolarmente significativo nel percorso di intervento realizzato con la paziente; da quel momento, infatti, le condizioni cliniche della signora sono andate incontro ad un graduale ma netto miglioramento, pur in presenza di momenti di chiusura ed apatia. Il ricovero ha accompagnato inoltre l'attivazione di una rete di risorse che sono riuscite a coniugare i diversi interventi in modo articolato: psicoterapeuta, psichiatra e mediatrice del Centro Frantz Fanon hanno fatto un incontro con i colleghi dell'SPDC, concordato modalità di cura e di dimissione; e hanno continuato a svolgere i colloqui con Janet anche presso l'Ospedale (costruendo un setting composto oltre che dagli operatori del Centro Frantz Fanon anche da un'infermiera e una psichiatra dell'SPDC).

Per un certo periodo è stato possibile seguire congiuntamente Janet all'interno di tre percorsi terapeutici: la struttura di accoglienza (sia per quanto concerne la presa in carico educativa che quella psichiatrica), il servizio territoriale di salute mentale a cui l'SPDC in fase di dimissione ha inviato la donna ed il Centro Frantz Fanon. La possibilità di realizzare una stretta integrazione tra questi servizi è risultata particolarmente importante ed ha consentito di dare piena attuazione all'impianto progettuale iniziale che aveva di fatto già previsto la necessità di una piena integrazione con i servizi sociali e sanitari presenti sul territorio. Di fatto, l'intervento del Centro di salute mentale territoriale si è protratto per un periodo limitato, anche in considerazione della decisione presa dal gruppo di lavoro di sospendere la somministrazione della terapia antipsicotica.

Janet, infatti, ha molto presto manifestato insofferenza rispetto a tale prescrizione. La comparsa di galattorrea, come effetto collaterale del farmaco neurolettico prescritto, ha poi amplificato nella donna forti sentimenti di angoscia (*mi dicono che non sono incinta e mi viene il latte?*). Congiuntamente al miglioramento delle condizioni psicopatologiche, del tono dell'umore e del controllo dell'emotività, l'équipe ha concordato con il personale sanitario dapprima la riduzione e poi la sospensione del farmaco. È proseguito regolarmente il percorso psicoterapeutico presso il Centro Frantz Fanon, così come l'intervento clinico ed educativo all'interno del gruppo appartamento.

Dopo due mesi dal suo inserimento i sintomi della "gravidanza isterica" si sono ridotti sino a scomparire del tutto, anche se permane a tutt'oggi una domanda – che però Janet esita a porsi in modo esplicito – sul senso di quella che per lei resta una *gravidanza abortita*: la storia, cioè, di un bambino che non è venuto o che non ha voluto venire alla mondo.

Janet non sembra più voler pensare a tutto questo, anche se recentemente ha detto nel corso di un colloquio clinico alla psicoterapeuta e alla mediatrice che sua “madre non può dimenticare tutto questo”. E dunque neanche lei.

Janet mostra oggi un buon equilibrio psicologico e sociale, punteggiato a tratti da momenti di tristezza e chiusura. Janet piange spesso, ed esprime l'angoscia per una vita che sembra non riserVARLE un facile futuro.

I colloqui psicoterapeutici si sono ridotti, e la frequenza non è più settimanale. Gli educatori della struttura hanno comunque mantenuto un confronto costante con la psicoterapeuta e la mediatrice, al duplice scopo di supervisionare il percorso di remissione dei sintomi e di essere sostenuti ed aiutati nella lettura degli atteggiamenti e delle richieste della paziente.

Negli ultimi mesi, Janet si è dimostrata sempre più attenta a cercare o chiedere aiuto per la ricerca di un lavoro o di attività finalizzate a raggiungere questo scopo. Superato il momento di grave sofferenza psichica – una volta messo da parte il problema della *gravidanza nascosta* e dopo che il ciclo mestruale ha ripreso ad essere regolare ed è scomparsa la galattorrea – la paziente si è dimostrata estremamente collaborativa ed interessata alle attività proposte. È quindi stato possibile mettere in atto strategie e procedure di integrazione e socializzazione. Janet sta attualmente frequentando il corso per il conseguimento della licenza media presso un Centro Territoriale Permanente di Torino con buoni risultati, favoriti dall'intervento di volontari e tirocinanti dell'Associazione che, nel corso dell'estate, hanno supportato la ragazza nello studio della lingua italiana. In generale la possibilità di realizzare interventi individualizzati come in questo caso risulta particolarmente utile per utenti che attraversano fasi di alta vulnerabilità, in quanto è possibile che in un primo momento le condizioni psichiche non consentano l'inserimento in attività esterne che richiedano un impegno elevato. Janet ha poi potuto essere inserita in attività formative sul territorio ed in particolare dal mese di settembre al mese dicembre 2009 Janet ha frequentato le lezioni di un corso organizzato da un'altra associazione torinese. Tale percorso formativo, rivolto a donne migranti e orientato a fornire competenze rispetto alle professioni di cura ed assistenza alla persona, ha assunto un valore particolarmente importante, anche in considerazione della retribuzione oraria tramite gettone di presenza che ha consentito alla ragazza di recuperare una posizione di maggiore autonomia. Avere la possibilità di gestire dei soldi, metterli da parte o inviarli ai familiari rimasti in Nigeria, ha contribuito al benessere di Janet come sempre accade nelle vicende degli immigrati e dei rifugiati.

L'invio di denaro assume un significato molteplice su cui non è possibile soffermarsi compiutamente in questa sede, ma vale la pena di ricordare che consente di confermare in qualche modo l'appartenenza al contesto familiare (continuare a far parte della famiglia pur nel contesto dell'esilio) e, al contempo, aiuta il soggetto a negoziare con un sentimento di colpevolizzazione che può generarsi pensando di aver lasciato i congiunti in condizioni di difficoltà economica e sociale. Le attività lavorative assumono quindi un valore ulteriore nel caso dei nostri utenti, un significato che non si riduce ad essere soltanto sostegno all'inserimento sociale e all'autonomia nel nuovo contesto ospite.

Nel mese di dicembre del 2009 Janet ha iniziato un tirocinio formativo articolato in trenta ore settimanali e della durata di sei mesi, presso un ristorante cittadino, ricoprendo le mansioni di aiuto cuoca. Tale tirocinio è attualmente in corso e la valutazione dei datori di lavoro è, sino ad ora, positiva. Possiamo quindi parlare di una situazione nel complesso positiva, sebbene Janet mantenga ancora nei confronti degli operatori atteggiamenti a tratti ambivalenti, caratterizzati dall'alternanza di momenti di grande apertura ad altri di più significativa diffidenza.

La cura di Janet O.

Janet si presenta al primo colloquio con aria sommessata. Siamo all'inizio di luglio, ma l'estate è decisamente già esplosa. Le sedie sono disposte, come sempre, in cerchio. Lasciamo che Janet si riposi un poco. Sentiamo il suo fiato affannato. Fa caldo, manca l'aria nelle stanze e il suo corpo – decisamente appesantito da un ventre gonfio – ha faticato a fare i due piani di scale.

Mettiamo in scena tutta la nostra disponibilità come si farebbe al cospetto di una donna incinta e stanca: porgiamo prontamente la sedia più comoda, portiamo un bicchiere d'acqua, lasciamo che la signora si riposi...

Ci presentiamo e lei con noi (è yoruba, ha sempre vissuto in un quartiere di Lagos, la sua famiglia è originaria di uno Stato del Sud del Paese, ecc.). La mediatrice prova a spiegare a Janet dove si trova e che tipo di lavoro si fa. In realtà, sappiamo per esperienza che non è questo orientamento cognitivo a far capire al paziente dov'è e cosa si fa, ma sono le domande e le modalità di porle a costruire uno spazio di senso e di cura condiviso.

Janet e la mediatrice parlano in inglese, perché non condividono la stessa lingua madre locale (bini una, yoruba l'altra). Si decide, nonostante la psicoterapeuta parli e comprenda l'inglese, di mantenere attivo il *dispositivo di traduzione*: la parola circola dalla psicoterapeuta a Janet e da Janet alla psicoterapeuta sempre per interposta persona, la mediatrice appunto, che traduce dall'italiano all'inglese e viceversa. La scelta della psicoterapeuta è dettata da due motivi: a) il lavoro di traduzione dilata i tempi del colloquio, e rende doppi i discorsi che possono essere dunque ascoltati 'due volte', anche dalla paziente (Janet comprende un poco l'italiano e resta attiva e in ascolto anche quando si parla in italiano): sfumature, imprecisioni, malintesi possono essere ripresi, ridetti o detti altrimenti; b) il lavoro di traduzione rende manifesta la difficoltà di tradurre perfettamente i termini: la psicoterapeuta italiana che parla sufficientemente bene l'inglese *sarebbe poco credibile* agli occhi di una paziente nigeriana se dicesse che non sa come si traduce "gravidenza isterica" in inglese, mentre la mediatrice culturale è *credibile* agli occhi della paziente quando, in pieno colloquio, si interrompe nel tradurre e dice ad alta voce: "Credo di non riuscire a tradurre bene questo termine perché da noi non esiste un fenomeno che chiamiamo in questo modo". Fin da subito il dispositivo etnopsichiatrico – e la negoziazione dei significati da attribuire a termini, parole, diagnosi – è messo in moto dalla presenza della mediatrice e dalla dichiarazione di una difficoltà, se non di una vera e propria impossibilità a

tradurre. Il dispositivo della traduzione può dunque rappresentare un'occasione, oltre che per far sentire il paziente meno solo ed estraneo (si è almeno in due a condividere una difficoltà semantica)²⁷, anche e soprattutto per mettere in scena un problema: quello delle categorie di pensiero, di senso e di malattia che non coincidono nei diversi sistemi linguistici. Si creano così le premesse per poter parlare con la paziente non solo di “gravidanza isterica”, ma anche di *gravidanza nascosta*: i vissuti e i dilemmi di un bambino che si cela alla propria madre.

Nel corso dei primi incontri Janet non smetterà di ripetere che i medici non vedono il bambino, ma che *lei sa* che il bambino c'è. Di fronte a questa certezza ci interroghiamo insieme a lei su chi detiene questo sapere (la madre) e in cosa esattamente consiste (cosa sa la madre del bambino). Prima di Janet, parla però il suo corpo. Janet ci mostra il ventre, dilatato, gonfio. Lo tiene tra le mani, dice che le sue mestruazioni si sono bloccate già da sette o otto mesi. Noi vediamo anche altro e questo ci permette di parlarle di qualcosa che nessuno aveva mai affrontato con lei prima. Il suo ventre è segnato da scarificazioni evidenti. Le chiediamo il senso di quei segni, se sono segni di cura o legati a precedenti gravidanze. Janet dice che sono segni identitari: “se mi fossi persa da piccola, chi mi trovava poteva riportarmi a casa perché riconosceva il segno della mia famiglia e sapeva chi era mio padre”. Di colpo, siamo insieme collocati in un altro spazio e in un altro tempo, dentro altre pratiche di riconoscimento e iscrizione identitaria. Approfittiamo del momento, per parlare di alcune pratiche e teorie dell'infanzia che ci sembrano rilevanti e nevralgiche.

Sia la psicoterapeuta che la mediatrice invitano Janet a esplicitare chi è un bambino. In molti contesti dell'Africa sub-sahariana i bambini sono ritenuti essere *già* presenti nel corpo della donna, quando questa diventa tale: sono lì, pronti per nascere. Se questo non avviene, se il bambino non nasce, si deve interrogare l'invisibile per capire cosa ha impedito o ostacolato il bambino nella sua scelta di non venire alla luce²⁸. Per altro, Janet ripeteva da tempo agli operatori – che non potevano certo capirla – che il bambino poteva essere nascosto da qualche altra parte: se non era nel ventre, poteva essere dietro la schiena o dentro il braccio o lungo la coscia. Queste frasi non devono essere collocate tra i sintomi psicopatologici: sono l'espressione di una rappresentazione del concepimento e dell'infanzia direttamente intrecciata ai sistemi di pensiero locali, alle *visioni del mondo* che gli universi culturali rendono disponibili ai membri di una particolare società. Alcune gravidanze possono durare undici mesi, alcune gravidanze hanno come sede dello sviluppo embrionale non l'utero, il ventre ma altre parti del corpo... Psicoterapeuta, mediatrice e paziente moltiplicano i riferimenti simbolici e sociali, raccontano le storie ascoltate, si collocano nel *mercato linguistico* locale, quello familiare a Janet: lì dove le sue convinzioni si sono radicate, potendo

27. Roberto Beneduce ha ben evidenziato i diversi livelli della mediazione etno-clinica nei setting etnopsichiatrico. Cfr. Beneduce (2004 e 2007).

28. Non abbiamo modo di approfondire qui la ricca letteratura pubblicata sull'argomento sia in antropologia che in etnopsichiatria. Per un approfondimento si rimanda ai lavori di Beneduce (2004; 2005; 2007; 2010), Taliani (2006a; 2008b) e Taliani e Vacchiano (2006), dove è riportata una bibliografia tematica su queste dimensioni della nascita e dell'infanzia.

reperire nella sua lingua modi di dire, storie e racconti, esperienze di vita vissuta (mio fratello, mio cugino, io stessa ...) elementi che sostengono il suo desiderio, o il suo sintomo.

Nel corso dei colloqui, questo modo di procedere garantisce le condizioni perché si costruisca una relazione terapeutica stabile e solida: Janet capisce che *ci si sta impegnando* a capire cosa le sta succedendo. Non si è lì solo per curarla da una malattia che viene chiamata “gravidanza isterica”: si è insieme a lei nel cercare di comprendere un enigma, un mistero, che passa attraverso i frammenti delle parole della madre che giungono ad ogni telefonata.

Per esempio, nel colloquio dell’8 luglio:

“Mia madre ha detto che il bambino che porto in grembo è potente. È ritornata una persona che è molto potente”.

Cosa significa questo? Neanche lei sa più dove collocare le parole della madre e quelle dei medici, che negano valore e senso all’altra ‘verità’.

Interrogiamo insieme il *potere* di cui parla Janet, cercando di ricostruire la storia della sua stessa nascita. Facciamo questo esplorando i significati dei suoi ‘nomi’:

“Quanti nomi hai e cosa significano?”, questa in sintesi la domanda che con tatto le poniamo.

Il primo nome non sa tradurlo (la mediatrice dirà che significa ‘fortuna’). Il secondo nome, quello che noi ancora non conoscevamo, è invece quello per lei più importante: significa “la nonna [o anche mamma] è tornata”. Janet è la reincarnazione della nonna paterna, una donna bella, giocosa con i bambini, che aveva il dono della chiarezza. Lei, ci dice in questo colloquio, ha ereditato questi doni dalla nonna: interpreta i segni e i sogni (vede l’avvenire e anticipa le morti). Dice anche che da quando è in Italia non ha ricevuto o visto più segni, ma ha fatto molti sogni angoscianti. Janet inizia a formulare delle domande:

“Pensate che sia mia nonna che mi ha fatto questo? Non è stata mia madre a farmi questo, pensate che sia mia nonna?”

Janet non è più passiva, non ha più quell’atteggiamento somnesso, di spalle ricurve e volto chino. Interagisce, chiede, parla, esplora dimensioni che *prima* – da sola – non poteva permettersi di pensare, di immaginare o dire. Noi ascoltiamo, consapevoli che una torsione è avvenuta, come se si fosse fatto un giro di boa completo: Janet ora è intenzionata a capire cosa le sta succedendo, interroga il suo corpo e la fitta rete simbolica e sociale nel quale questo è inserito, nonché i rapporti che lo hanno fatto (ossia i legami e i vincoli familiari: le persone in carne ed ossa che l’hanno costruita come lei oggi è).

Non possiamo riprendere qui per intero il percorso terapeutico condotto fin nell’autunno del 2009. Abbiamo seguito Janet in questo peregrinare di rappresentazioni e pratiche connesse all’infanzia (concepimento, nascita, invisibile, potere, ecc.) fino a quando lei ha ritenuto di poter mettere da parte tutto questo: abbiamo esplorato a fondo alcuni dettagli della sua nascita, dei poteri ereditati, delle interdizioni prescritte fino al momento in cui Janet stessa ha ritenuto che fosse sufficiente, abbastanza, e che il bambino – che non era nato o che non aveva voluto nascere – non era comunque più una presenza minacciosa né pericolosa.

Come spesso accade, la sensazione di poter di nuovo padroneggiare il proprio corpo e il proprio destino rende meno pregnanti i colloqui terapeutici. Per questo, abbiamo ritenuto che potevano essere distanziati nel tempo, con frequenza mensile e non più settimanale.

Per Janet ripensare negli spazi terapeutici a lei offerti le rappresentazioni dell'infanzia più familiari nel *mercato linguistico yoruba* ha significato al contempo: 1. ridefinire i legami con la propria madre; 2. ricollocarsi come 'figlia' e 'nipote' di, ma anche come 'persona reincarnata', con obblighi, doveri e privilegi; 3. pensare, per poi abbandonare, il progetto di un ricongiungimento con il marito (di cui Janet parla sempre meno, di cui sembra essersi disinteressata, come se questo marito non esistesse o non fosse per lei più importante); 4. ripensare la propria identità, sociale ed individuale. Se Janet fosse rimasta intrappolata in un setting di cura 'occidentalo-centrico' avrebbe potuto essere soltanto una donna malata con i sintomi di una "gravidanza isterica", una donna che *desiderava* un bambino da suo marito. In un setting etnopsichiatrico, Janet ha potuto essere molte persone insieme: ha potuto parlare con competenza del suo corpo, della gravidanza, della reincarnazione, dei poteri connessi ad essa, dell'origine e delle intenzioni dei bambini.

Non vogliamo con questo dire che le brevi note qui presentate invitano a considerare la storia di Janet come 'risolta': permangono zone opache, elementi che Janet è restia a dire, silenzi e 'non-detti'. Questo è solo lo schizzo di un lavoro iniziato a partire da pratiche di cura che, se producono *effetti efficaci*, è perché senza imbarazzo, reticenza o banalizzazione esplorano mondi simbolici e sociali altri: quelli dei pazienti.

La storia di Tierno N.

Tierno è un ragazzo nato in Senegal nel 1989. Ci viene segnalato dal Servizio centrale del *Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR)* e decidiamo di accoglierlo e inserirlo nel gruppo appartamento nel mese di luglio 2009. Il suo inserimento coincide con un periodo in cui ci sono meno risorse sul territorio (sono terminati i corsi di lingua e non sono avviate delle attività ricreative o socializzanti strutturate). Tierno si presenta fin da subito con un tono dell'umore notevolmente depresso: ha difficoltà a inserirsi in un nuovo contesto di vita, gli serve tempo.

Il ragazzo ha ottenuto un regolare permesso di soggiorno per motivi umanitari, presso la Questura di una città del Sud Italia. Il ragazzo è entrato in Italia nel mese di marzo del 2009 e da aprile è stato ospitato in un Centro di Prima Accoglienza dell'Italia meridionale. Viene descritto dagli operatori del Centro come una *persona triste*.

Da quando arriva a Torino, ha fin dai primi giorni degli incontri con la psichiatra e lo psicologo che seguono gli utenti presso le strutture d'accoglienza. Nel corso di questi colloqui Tierno manifesta atteggiamenti di abbattimento e sentimenti di angoscia: come se la vita avesse per lui perso di interesse. Pensiamo inoltre che una variabile che ostacola il suo inserimento presso la nostra struttura sia da connettere alle relazioni particolarmente significative che il giovane aveva instaurato nel Centro di accoglienza: Tierno chiede, infatti, più e più volte di poter chiamare gli ope-

ratori che lo avevano seguito, anche al fine di lamentare le sue difficoltà di inserimento a Torino.

L'angoscia del ragazzo è intrecciata alle vicende familiari di cui è stato protagonista e testimone. Ha sfiducia nei confronti della vita e del futuro. Il racconto si fa ugualmente doloroso quando ricorda insieme a noi la sua lunga permanenza in Libia, fino alla decisione di partire verso l'Europa. Tierno manifesta in modo chiaro, esplicito, il bisogno di parlare di queste vicende traumatiche e delle difficoltà che ha incontrato in Italia. Ci costringe ad ascoltare la violenza del passato non meno che quella che sente ancora profondamente radicata nel suo presente. Ci accoglie nella sua stanza o in veranda, quando sta solo, e inizia la sua lamentela. Non richiede quasi mai dei colloqui per così dire strutturati, su appuntamento. È piuttosto la 'casualità', l'interesse degli operatori, ciò di cui sembra in attesa. Spesso, poi, Tierno siede da solo sul balcone della struttura e guarda in tralice gli operatori, esprimendo una muta richiesta di aiuto di cui però non riesce a rendersi protagonista attivo.

Durante le prime settimane di permanenza il ragazzo si mostra a noi introverso e riservato: chiuso, cupo; sono frequenti le crisi di pianto, anche durante i colloqui con la psichiatra o lo psicologo del gruppo appartamento. Il suo corpo è costellato di sintomi e dolori sparsi. Il suo sonno è alternato, discontinuo a causa soprattutto degli incubi ricorrenti e dei dolori fisici che sempre lamenta. Le condizioni psicologiche del paziente si presentano quindi come connotate da una grave sofferenza, che sembra essersi acuita anche per il trasferimento a Torino, che lo ha privato ancora una volta dei pochi ma significativi legami che era riuscito ad instaurare in Italia.

Dal punto di vista sanitario c'è un'immediata preoccupazione negli operatori per i forti dolori addominali, intercostali e lombo-sacrali (causati da una frattura non consolidata avvenuta durante la permanenza in Libia). La presa in carico di questo aspetto, anche grazie all'ausilio dell'infermiera presente nella struttura, risulta un aspetto centrale delle prime fasi dell'intervento: curare il corpo malato e ferito di Tierno è il primo passo per rispondere alle sue mute richieste di attenzione e cura. Quest'attenzione risulterà poi centrale per due ragioni: innanzitutto, le problematiche concernenti la salute fisica risulteranno, agli accertamenti medici svolti, particolarmente seri, tanto da far temere, in una certa fase, la necessità di un intervento chirurgico di urgenza alla colonna vertebrale; inoltre, accompagnandolo e prestando ascolto ai suoi dolori fisici, è sempre più emersa la rappresentazione che Tierno ha di se stesso come di un *ammalato*. Tierno si rappresenta non solamente come una persona che deve essere curata, ma anche come un soggetto impossibilitato a svolgere qualsivoglia attività esterna all'abitazione, sia essa scolastica o lavorativa. L'utente esplicita apertamente questo aspetto, associando vissuti di angoscia per il proprio futuro ed una estrema difficoltà a pensare ad un progetto che lo renda autonomo e indipendente. Lentamente il quadro si complica e possiamo scorgere nei discorsi di Tierno i segni di un'ambivalenza: il paziente si percepisce ammalato, ma ha anche timore di essere considerato tale dagli altri. Il confronto con gli altri ospiti presenti nella struttura risulta per queste ragioni particolarmente problematico per Tierno. Al momento del suo ingresso è già presente un ragazzo che versa in un grave stato confusionale e che manifesta in modo particolarmente evidente una grave sintomatologia dissociativa. La presenza di

questo ragazzo – con i suoi sintomi prorompenti – interroga Tierno su *come viene visto da noi operatori e sul perché lo si sia collocato in una struttura simile*. Si chiede se non lo si sia preso per ‘matto’: quale significato può ora attribuire alle parole che gli sono state dette prima di trasferirlo a Torino (“andrai in un posto in cui ti potrai curare”)? Questi pensieri contribuiscono ad amplificare i sentimenti di angoscia. Tierno riesce sempre meno a comunicare con gli altri: l’eloquio si fa impoverito e rallentato. Le sue non sono solo difficoltà linguistiche (Tierno parla poco anche il francese), perché il legame tra condizioni psicologiche e capacità comunicative è continuamente asserito: la precarietà delle prime provoca una riduzione delle altre.

La prima fase dell’accoglienza è dunque tutta dedicata a costruire un senso alla sua presenza *da noi*. Siamo noi operatori che dobbiamo cercare di mettere in parole la sua muta richiesta di aiuto; siamo ancora noi a doverlo accompagnare perché sia in grado di stare con gli altri, meno ritirato e più capace di farsi portavoce dei bisogni e dei sentimenti che lo attraversano. È quindi una fase delicatissima, in cui diventa fondamentale presentarsi con i propri ruoli e le proprie competenze, accogliere i dubbi di Tierno, aiutarlo comprendere il senso degli interventi che gli vengono proposti. Anche per questi motivi si decide di non moltiplicare le figure di riferimento e di attendere qualche mese prima di proporre all’utente gli incontri con uno psicoterapeuta del Centro Frantz Fanon. Il sostegno clinico, nelle prime settimane, è garantito presso la struttura (Tierno era per altro arrivato presso di noi con una terapia farmacologica che la psichiatra decide, poi, di modificare).

Diventa molto importante l’alternanza di momenti formali e informali di incontro e relazione: i colloqui clinici e educativi strutturati si alternano al tentativo di creare nelle situazioni informali di convivenza quotidiana. Gli operatori si attivano per creare un contesto relazione stimolante, ma anche per restituire a Tierno la responsabilità di assumere una posizione progettuale rispetto al suo stare nel progetto: tutto ciò avviene gradualmente e richiede un lungo lavoro di avvicinamento ed allontanamento. In questo comune oscillare il tentativo è di rispondere al bisogno di presenza e supporto di Tierno senza però sostituirsi a lui.

Di fronte alle più o meno piccole difficoltà Tierno è spesso tentato di fuggire e sottrarsi, tanto che in più occasioni riflette sulla possibilità di chiedere un trasferimento e di ritornare in uno spazio meno accidentato e dunque impegnativo. Questi momenti diventano nevralgici per l’équipe, che vi presta massima attenzione. È evidente, infatti, quanto nella richiesta di Tierno sia già contenuta l’idea di *essere trattenuto*, di non essere considerato *uno qualsiasi*.

Anche nei momenti di supervisione l’équipe riflette a lungo su queste dinamiche, giungendo alla decisione di accogliere quella che inizia ad essere interpretata come una richiesta di *maternage*, di accudimento quasi-filiale. Si crea il più possibile un ambiente che possa essere percepito dal ragazzo come proprio e personale, si tessono con lui i legami a partire dal tempo libero, dal tempo del non-far-nulla, del giocare ... Lentamente, la struttura, pur con tutte le ambivalenze e i momenti di crisi che interverranno, diviene non solo luogo di accoglienza ma vero e proprio spazio di vita, così come i compagni assumono agli occhi del ragazzo un significato differente da quello di semplici coabitanti. L’investimento del ragazzo si coglie nel modo in cui si prende cura

degli spazi comuni e partecipa attivamente alla vita di comunità: Tierno è sempre il primo a cucinare per i compagni e diventa un soggetto importante nel gruppo. Questo processo non è privo di difficoltà in quanto investire sugli altri e sul gruppo significa anche confrontarsi con la delusione e con il conflitto, ma gradualmente Tierno riesce a trovare un suo posto tra gli altri ed a costruire dei legami affettivi particolarmente significativi con gli operatori. I sintomi connessi al tono dell'umore – apatia, tristezza, nostalgia – gradualmente si riducono e la psichiatra inizia a modificare anche la terapia farmacologica.

Alla fine di questo lavoro di tessitura diventa poi possibile inserire la presa in carico etnopsicologica presso il Centro Frantz Fanon e anche le differenti proposte formative e lavorative che scandiranno il percorso di Tierno.

Dopo il primo mese di permanenza in struttura Tierno mostra una maggior cura di sé e dei propri spazi, intrattiene buoni rapporti con tutti gli altri ospiti e con gli educatori, sebbene emerga periodicamente il senso di essere trattato diversamente dagli altri come se Tierno vivesse costantemente l'angoscia dell'abbandono e il timore di non essere importante per gli altri. Nel lavoro con gli operatori diventa importante a questo punto attivare un duplice processo che consenta, da un lato, riconoscere *il suo essere stato vittima*, ma che al tempo stesso gli consenta di recuperare la consapevolezza delle proprie risorse e competenze, e l'assunzione di una responsabilità circa la costruzione del suo futuro.

Il ragazzo ha oggi sviluppato una buona rete di contatti con i connazionali presenti sul territorio e con i compagni di scuola. Nel corso dei mesi ha frequentato con continuità e puntualità diversi corsi: un corso estivo di prima alfabetizzazione della lingua italiana e, in seguito, un secondo corso gestito da un'associazione che, potendo contare anche su un centro di incontro giovanile, gli ha consentito di creare scambi e amicizie. Tierno ha inoltre frequentato con interesse e partecipazione un corso di cittadinanza attiva presso un'Associazione multiculturale. Attualmente il ragazzo è iscritto al Centro Territoriale Permanente per il conseguimento del diploma di terza media e dovrebbe effettuare l'esame durante la sessione estiva. Tierno si sta dimostrando sempre più interessato alle attività proposte ed alla possibilità di una formazione scolastica e professionale.

Dal punto di vista professionale il ragazzo ha cominciato un tirocinio lavorativo presso un circolo Arci cittadino, della durata di sei mesi con frequenza di tre sere a settimana, con mansioni di aiuto cuoco, lavapiatti e addetto alla sala. I rimandi del tutor del tirocinio sono estremamente positivi: il ragazzo è puntuale e preciso nello svolgimento dei compiti assegnati ed ha richiesto di frequentare un corso professionale inerente la ristorazione, ambito nel quale si augura di ottenere possibilità lavorative.

I risultati positivi che Tierno sta ottenendo nelle diverse attività in cui è inserito costituiscono dei 'punti di ancoraggio' fondamentali per gli operatori della struttura.

La cura di Tierno N.²⁹

Tierno è stato preso in carico nel mese di settembre del 2009. I colloqui sono avvenuti in francese e hanno avuto una cadenza variabile nel tempo anche in considerazione dei vari impegni scolastici e lavorativi che scandiscono la quotidianità del ragazzo.

Tierno nel corso dei primi incontri riporta con molta fatica, in modo frammentato e confuso, alcune notizie sulla sua storia. Il paziente vede uccidere i genitori, contadini, quando ha dieci anni. Dice di non avere fratelli e di essere “solo al mondo”. Il clima nel quale Tierno cresce è quello che caratterizza la Casamance negli anni '90³⁰. Dopo qualche tempo dalla perdita dei genitori, Tierno parte con un ragazzo maliano che lavorava con suo padre. Tierno ne parla dicendo che era una *buona persona*. Resta presso la famiglia di questo ragazzo per circa quattro anni: di tale periodo Tierno ricorda soltanto le violenze subite. Riferisce, infatti, di come fosse obbligato dal padre del ragazzo, a forza di percosse, a massacranti ritmi di lavoro nei campi. Ci mostra le ferite ancora presenti sul braccio destro a seguito di una grave frattura che si procurò nel corso delle liti.

Il paziente racconta poi di essere riuscito a partire per il Niger con il fratello del maestro della scuola coranica. Resta in Niger poco tempo. Arriva in Libia, nella città di Ghat, dove rimane fino al 2009, quando riesce a partire per l'Italia. In Libia Tierno abita con un amico guineano, più grande di lui, sposato e con tre figli rimasti in Guinea. Insieme parlano peul. Questo elemento viene riportato come importante per la costruzione di una relazione affettiva positiva. Tierno arriva a riconoscere che per lui quest'uomo ha avuto un ruolo familiare: di fratello maggiore, di quasi-padre. Insieme progettano di venire in Italia. È con lui che Tierno affronta il viaggio, giungendo in una città del Sud, dove viene poi accolta la sua domanda di asilo (Centro di prima accoglienza). Dopo qualche settimana viene trasferito a Torino, mentre l'amico viene inviato in un altro Centro di accoglienza del sud, dove attualmente risiede.

Nel corso dei primi incontri Tierno trascorre la maggior parte del tempo in silenzio, con la testa bassa, perso nei suoi pensieri e nel suo dolore. Riferisce di pensare continuamente alle vicende accadute a sé ed ai suoi famigliari; ha difficoltà di concentrazione e il sonno è disturbato da incubi. Tierno racconta di sentirsi solo al mondo, di non vedere un futuro per sé, si sente molto triste e non ha voglia di uscire dalla comunità. Nel precedente Centro di accoglienza è uscito solo quattro volte. L'amico fraterno *non l'ha più sentito*, vorrebbe vederlo ma la città dove ora risiede è lontana e que-

29. Questo paragrafo è stato scritto con la collaborazione con Anna Chiara Satta (psicoterapeuta che ha seguito il paziente).

30. La Casamance è una regione del Senegal nella quale, dal 1983, si susseguono scontri e conflitti armati tra le forze governative e i gruppi ribelli che fanno parte del Movimento separatista per l'indipendenza (*Mouvement des Forces Démocratiques de la Casamance*, MFDC). Motivazioni principalmente economiche spingono la Regione a mire autonomistiche. Con il tempo, i movimenti guerriglieri si sono mescolati con forme più o meno violente di banditismo. I villaggi contadini sono stati sempre più spesso attaccati e i civili spesso depredati o aggrediti. Durante una di queste incursioni, sono stati uccisi i genitori di Tierno.

sto accentua il suo vissuto di profonda solitudine. Durante i colloqui, è ricorrente il riferimento alla sua salute precaria. Tierno è molto preoccupato per le frequenti cefalee e i dolori alla schiena (dovuti a una frattura, conseguente a un incidente in auto avvenuto in Libia). Teme di avere qualcosa di grave.

Quando era in Libia, dice il ragazzo, *pensava molto meno*. Lo ricorda come un *periodo buono* della sua vita. I primi interventi che facciamo – cercando di accompagnare il fluire, anche se faticoso, dei suoi pensieri e delle sue angosce – sono volti a riconoscere nell'Italia un luogo nel quale è arrivato: l'Italia potrebbe essere l'ultima tappa, un luogo in cui costruire un futuro possibile?

Nel ripercorrere insieme le geografie del viaggio, ci accorgiamo che Tierno non ha mai pensato di ritornare indietro da quando ha lasciato la Casamance. Non intende tornare in Senegal, paese natio in cui non ha più nessuno. Ci dice che quando era in Libia c'erano molti voli per Dakar e molti suoi connazionali tornavano a casa; subito aggiunge che lui non ha mai voluto prendere in considerazione questa possibilità.

Il paziente si domanda, specialmente all'inizio, perché abbiano mandato proprio lui a Teranga. Ricorda che gli operatori gli avevano detto che a Torino avrebbe potuto “studiare, lavorare e curarsi”. Gli sembra di non fare nulla di tutto ciò³¹.

Conosce il significato della parola *teranga*, lui che è senegalese. Ci dice che vuol dire “rispetto” e che lui non si sente rispettato: una visita medica dimenticata, una riunione condotta prevalentemente in italiano anziché in francese, un'attività definita senza averla concordata con lui. Tutto ciò fa sentire Tierno non rispettato e, ancora una volta, passivo rispetto agli eventi che sembrano, semplicemente, precipitare nella sua vita a partire da una volontà esterna (dove le figure dell'autorità a tratti si confondono: ribelli connazionali, padre maliano dell'amico, contrabbandieri, educatori, ecc.). Questa passività è talvolta come cercata: Tierno non si impegna a ricordare scadenze e visite ma chiede con insistenza che siano gli altri a ricordargli quanto deve fare o dove deve andare. Ci sono poi conflitti e malintesi con gli altri ospiti della struttura. Due scontri in particolare sono per lui particolarmente significativi, impressi nella sua memoria: di notte, in due circostanze, ci sono stati diverbi prima solo verbali, poi trasformati in colluttazione. Tierno sembra mostrare una propensione a non tutelare se stesso, ad esporre a situazioni di rischio. Entrambi gli episodi sarebbero legati al non rispetto delle regole da parte degli altri ospiti. Il paziente lamenta di essere il solo attento a curare lo spazio comune della casa: cucina spesso per tutti e rispetta i tempi e gli spazi degli altri. Racconta di aver vissuto con altre persone e di non aver mai avuto difficoltà di convivenza. Arriva a dire che era quasi più facile stare insieme senza litigare nel precedente Centro di accoglienza (con trecento persone) che a Teranga (con cinque o sei ospiti). Di che cosa ci sta parlando Tierno? Il paziente sembra considerare a tutti gli effetti la struttu-

31. Dopo qualche mese riferisce che gli altri ospiti della comunità quasi un po' schernendolo gli dicono “Tierno è venuto in Italia per studiare”. Racconta tutto ciò mostrando orgoglio e dispiacere: è felice se ci si occupa di lui e lo si fa studiare – perché non ha potuto ricevere queste attenzioni *prima* e dai suoi genitori o da chi ne avrebbe dovuto fare le veci –, ma lo fa soffrire l'aggressività dei compagni che *mettono in scena*, continuamente, attraverso l'ironia e lo scherno la violenza implicita nei rapporti sociali. Per Tierno lo studio è un'opportunità preziosa, che non vuole perdere.

ra una 'casa', ciò che d'altra parte è (una casa ristrutturata per far vivere insieme otto persone), e dunque si aspetta da compagni e operatori un *comportamento familiare*.

Tierno si presenta come un adolescente in un corpo ormai da uomo: siamo chiamati a rispondere alla sua richiesta incessante di cura, nel senso lato del termine: del suo corpo, di lui bambino, di lui ragazzo, di lui studente, ecc. Il paziente chiede interventi come solo li si può immaginare o attendere nella propria famiglia, li chiede a tutti coloro che incontra, e sembra che sia spinto a mettere al posto di padre e madre, fratello o sorella maggiori tanto gli operatori quanto i compagni. Il suo è un incessante *ricominciare sempre da capo*: ciò di cui è stanco (lamenta gli spostamenti, il dover legarsi a sempre nuove persone, ecc.) ma di cui non riesce a fare a meno. Se rimane in Centri che accolgono grandi quantità di persone può ancora rinunciare a questa pretesa di familiarità con le persone che lo circondano, ma quando è in piccoli gruppi o in relazioni duali prende il sopravvento questo bisogno di attenzione, di cura e soprattutto di rispetto; termine quest'ultimo che – insieme a contegno, a controllo emotivo e a libertà (*pulaku*) – caratterizza l'universo simbolico, sociale e morale peul³². Nell'accettare di rispondere a questa sua richiesta ci siamo impegnati e insieme ob-

32. Bello il libro di Riesman sui Peul dell'Alto Volta (oggi Burkina Faso) dal titolo *Società e libertà nei Peul Djelgobé dell'Alto Volta* (1974), a cui rimandiamo il lettore. Sul sentimento di solitudine scrive Riesman: "Sentirsi solo è, nell'opinione dei Peul, una delle emozioni più penose. A Djibo e a Ouagadougou, della gente che mi aveva accompagnato attraverso la savana mi diceva spontaneamente: *yeeeweende warii kam Do* ('La solitudine mi uccide qui'). Questo termine, al pari di *semteende* e di *yurmeende*, si crea tramite un processo di derivazione a partire da una forma verbale. Si tratta qui del verbo *yeeeweede*, un verbo alla voce passiva, che significa essere solitario, sentirsi solo. È per i Djelgobé un'emozione talmente angosciata che, per quanto possibile, preferiscono non essere mai soli. Ciò vale in modo particolare per i bambini e i giovani che si tengono compagnia talvolta perfino quando vanno in savana a fare i loro bisogni. Quest'angoscia si impadronisce anche delle persone più anziane che si trovano in uno stato di vulnerabilità, come le donne che hanno appena partorito. Una persona del genere non va mai da sola in savana per fare i suoi bisogni, ma si fa sempre accompagnare da qualcuno, anche solo da un bambino. La spiegazione che i Peul stessi danno di questa pratica è che una tale persona è più suscettibile di essere preda di un *jinn*. Di tutte le emozioni la solitudine è senza dubbio la più difficile da dominare dal momento che gli uomini riescono a farlo solo con la vecchiaia – e ciò forse solo per necessità. Il termine usato per dire 'dissipare la solitudine' è *yeeewtude* [...] che di solito viene tradotto con 'conversare', 'chiacchierare'. Questo è molto significativo, poiché abbiamo visto, parlando dei saluti, che è grazie alla parola che la società si conserva giorno per giorno. Qui vediamo un altro aspetto di questa azione della parola, cioè la difesa della gente contro la solitudine" (1977, p. 284). E ancora più oltre: "La *yeeeweende* non è soltanto l'assenza della gente; è l'assenza di gente che amiamo e che ci ama. [...]. La solitudine appare dunque come il contrario dell'amore, poiché ammettere di essere soli equivale ad ammettere che si ha bisogno dell'amore degli altri. Questo bisogno viene normalmente dissimulato in pubblico e confessato apertamente soltanto nelle canzoni" (ivi, p. 285). Sebbene il lavoro di Riesman si concentri su un gruppo Peul del Burkina Faso riteniamo preziose queste osservazioni etnografiche perché ci possono aiutare a collocare l'angoscia di Tierno in una cornice di sofferenza non solo individuale: una sofferenza condivisa e diffusa nei membri delle numerose comunità peul nomadi sparse sull'ampio territorio che dal Senegal arriva fino al Nord del Camerun. Riesman analizza diversi aspetti della vita emotiva dei Peul (il sentimento di vergogna, la *pulaku*, la relazione genitori-figli, l'affetto tra uomo e donna, ecc.).

bligati a contrarre e dilatare in modo alternato atti di cura e momenti di *maternage*. Per procedere in questa direzione, abbiamo dovuto tenere in considerazione il modo in cui Tierno pensa le relazioni genitori-figli, fratello maggiore-fratello cadetto e i rapporti tra coetanei, nonché le emozioni espresse in queste circostanze (che Riesman ricorda essere legate a un equilibrio tra il sentimento di paura *del bambino per il padre*, di rispetto reciproco, di compassione *del padre per il figlio* e di libertà, intesa sempre nell'accezione di *pulaku*, e cioè come contegno e controllo emotivo in pubblico). Nella lingua peul esistono termini che designano gli stati affettivi connessi all'assenza di rapporto tra l'uomo e il mondo (noia, depressione e angoscia). Scrive Paul Riesman:

La depressione, per esempio, che, sul piano linguistico, non si distingue dalla tristezza e dal dolore, sarebbe il risultato di un fallimento, mentre l'angoscia, qualora si presentasse in forma grave, sarebbe provocata dagli spiriti cattivi che agiscono sull'individuo e sarebbe assimilata a una malattia mentale (1977, p. 206).

A rendere 'matta' una persona per i Peul è la paura, il terrore.

In peul il matto si chiama *kaanaaDo*. Questo termine è una forma nominale derivata dal verbo *haanude*, che provvisoriamente possiamo tradurre con 'fare impazzire'. [...] *Essere matto è una condizione che l'individuo subisce*. [...] Tutti sembrano pensare che è la paura che rende pazzo una persona (ivi, p. 255; i corsivi sono nostri).

Siamo cauti nel proporre dispositivi interpretativi *emici* a Tierno per due ragioni principali: 1. la presa di distanza immediata e iniziale che il paziente ha posto nei confronti del suo contesto di appartenenza (non voler più tornare indietro, e soprattutto non poter più tornare a casa perché ormai senza più legami sociali significativi); 2. l'adesione del paziente al dispositivo e alle pratiche bio-mediche (in questa prima fase, e soprattutto a fronte del possibile intervento chirurgico d'urgenza che si era ipotizzato inizialmente, era fondamentale che Tierno aderisse alle proposte terapeutiche del medico e dello staff dell'Ospedale in cui è stato preso in carico). Col tempo, si cercherà di esplorare insieme a lui – ora che dal punto di vista sociale è attivo e proiettato in un tempo futuro fatto di scuola e lavoro; ora che dal punto di vista medico non si avvisa più la necessità di un intervento immediato – le immagini oniriche che lo tormentano e i frammenti sintomatologici (che ancora a volte emergono nelle improvvise crisi di pianto³³) per comprendere se, a partire dalle tracce mnestiche dei so-

33. Ciò che per esempio è in netto contrasto con il comportamento pubblico che si ritiene debba tenere un giovane uomo peul all'interno delle comunità d'origine (la *pulaku* è appunto quel sentimento e comportamento di pudore e contegno, vera espressione della *libertà* dell'uomo peul, che il bambino deve apprendere e agire se vuole essere considerato a tutti gli effetti un adulto: Riesman – che lo trascrive *pulaaku* – lo traduce come “il fatto di essere Peul”, 1977, p. 339). La *pulaku* richiama all'ideale peul di libertà. “Questa libertà ha tre aspetti: il *Pullo* [l'uomo peul] è libero in quanto è nato da genitori liberi, è svincolato dal dominio dei suoi bisogni e delle sue emozioni, ed è libero nei confronti dei suoi pari che non possono dargli degli ordini [...]. La libertà per essere reale deve essere esercitata” (ivi, p. 188). Cfr. su questo anche Remotti (1996).

gni e dalle esplosioni di un'emotività non più controllata, si possano rintracciare altre mappe di dolore e di violenza 'imprese' dentro di lui (ancora nulla è emerso relativamente alla sua verità e al suo ricordo della morte dei genitori, né se gli incubi hanno a che fare con tutto ciò o con altre esperienze più recenti). Va anche compreso quanto Tierno intenda o meno aderire ai valori morali e alle regole comportamentali che concernono l'universo culturale peul, o piuttosto quanto ormai si senta distante da un mondo sociale e affettivo 'inesistente', un mondo in cui *non c'è più nessuno da amare e da cui essere amato*.

Nel parlare di Tierno, ci vengono in mente le parole che Frantz Fanon scriveva nel 1961 a proposito di un giovane militante del FLN di diciannove anni, algerino, che viene a sapere della morte della propria madre, avvenuta per mano di un militare francese:

Per quanto poco scientifico possa sembrare, pensiamo che solo il tempo potrà portare un qualche miglioramento nella personalità sconnessa del giovane (1961, p. 197).

Il tempo certamente non è una categoria clinica, ma è *la* categoria che sempre bisogna *evocare* e *invocare* quando si è coinvolti e impegnati nei processi di cura di persone che hanno vissuto storie di violenza sociale, storica, familiare. Le metafore più ricorrenti nella letteratura – di memorie smembrate (Beneduce), di memorie martirizzate (De Boeck) e della memoria come di uno strumento inaffidabile e poco credibile anche per chi l'esperienza l'ha vissuta e ne è stato *testimone* (Levi) – sono sempre utili per ricordarci lo sforzo che si deve fare in queste vicende cliniche di fronte ad una temporalità interrotta, spezzata, alternata, discontinua.

La presentazione di questi due casi clinici ci permette di esplicitare modalità di intervento eterogenee e non standardizzabili. Questo punto è per noi fondamentale, nel senso che *pone le fondamenta*, le condizioni senza le quali non ci sarebbe lavoro clinico. L'etnopsichiatria non può essere ridotta soltanto ad una pratica terapeutica in cui si usa la Cultura dell'altro, in modo generico e standardizzato; le vicende cliniche mostrano per intero le diverse modalità con cui le persone tengono, abbandonano, lasciano, prendono, scelgono, manifestano o celano profili e gesti culturali, rappresentazioni e pratiche sociali. L'etnopsichiatria è quel dispositivo clinico in cui *si procede a tentoni* per garantire ai pazienti il tempo di collocarsi in un orizzonte simbolico e sociale, politico e culturale in cui possano sentirsi a proprio agio: agio di stare, di criticare, di prendere distanza, di oscillare fra posizioni diverse, attraverso contrazioni e contraddizioni, unioni e dilatazioni.

5

Conclusioni

A conclusione di quanto illustrato nelle pagine precedenti può essere utile proporre alcune considerazioni a margine e di carattere più generale sull'inclusione nel sistema di accoglienza nazionale e sulle potenzialità di un progetto come quello 'pilota' che la nostra Associazione ha portato avanti in questo anno di lavoro.

In primo luogo va segnalata la necessità ad un livello più generale di definire criteri chiari e linguaggi condivisi tra le varie realtà che sono attive sullo stesso territorio con richiedenti asilo e rifugiati. Tale necessità non è solamente di ordine teorico o strutturale, ma ha ricadute concrete sulla pratica quotidiana degli operatori e sulla possibilità di costruire percorsi di accoglienza realmente integrati, processi di apprendimento condivisi. La definizione di linee guida chiare ma flessibili risulta quindi un aspetto centrale, anche al fine di consentire organicità e coerenza dei progetti messi in atto ed evitare così da un lato il rischio di auto-referenzialità, dall'altro quello di arbitarietà che ne deriva. Su questo aspetto riteniamo che possano essere realizzati miglioramenti significativi, anche in considerazione dell'ancora 'giovane' esperienza maturata nel corso dell'attuazione del nostro progetto. Pur all'interno di questi vincoli riteniamo in ogni caso di poter sostenere che un intervento quale quello realizzato a Torino possa essere replicato efficacemente in altre realtà del territorio nazionale, a patto di definire e mantenere fermi alcuni vincoli importanti.

I risultati positivi che sono emersi da questo primo anno di lavoro vanno interpretati nell'ambito di una rete territoriale già fortemente strutturata e integrata. La città di Torino presenta da questo punto di vista un tessuto sociale ricco, stabile, garantito. Un criterio essenziale per la riuscita di un progetto di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati altamente vulnerabili è dunque quello di una stretta integrazione con la rete sociale di riferimento e con le istituzioni sociali e sanitarie presenti. A questo proposito vale la pena di ribadire un aspetto importante: il progetto qui descritto non concerne l'apertura e la gestione di strutture sanitarie, ciò che non potrebbe di fatto essere realizzata all'interno del sistema di accoglienza. *Oltre l'esilio* si è quindi caratterizzato come un intervento di natura sociale fortemente connotato da una componente clinica (etnopsichiatrica) che ha esteso all'intera équipe procedure e stili. Riconoscere e ribadire questo aspetto risulta essenziale anche al fine di sottolineare la centralità della collaborazione con le realtà istituzionali deputate alla presa in carico della sofferenza psichica: realtà rispetto alle quali il nostro progetto si è posto in una posizione di integrazione e stretta collaborazione.

Il progetto deve inoltre presentarsi come sufficientemente flessibile, come flessibili devono essere i contesti di accoglienza, le strutture abitative, per far sì che gli operatori siano predisposti a prendersi carico di individui doppiamente (e forse anche più)

unici: nelle loro storie singole e nelle Storie dei loro contesti d'origine, nelle loro sintomatologie e nelle loro richieste di cura, nei loro progetti sul futuro non meno che nel rapporto che tessono col passato.

Se in alcuni casi *Oltre l'esilio* può essere considerato un progetto di accoglienza *tout court*, esso vede la sua originalità ed efficacia soprattutto quando venga inteso come *progetto liminale*, di passaggio, nel momento di maggiore sofferenza per consentire poi l'ingresso in altri progetti territoriali a minore intensità di intervento.

Rispetto a quanto sostenuto due elementi ancora risultano trasversali ed importanti: il primo concerne la possibilità di costituire dei progetti-ponte per gli utenti accolti che consentano loro una prosecuzione degli interventi realizzati in un'ottica di maggiore autonomia; mentre il secondo, strettamente connesso al primo, riguarda le difficoltà presenti nel panorama sociale ed economico attuale in rapporto alla collocazione professionale e lavorativa di tali utenti, ciò che però prescinde dagli elementi di fragilità che li caratterizzano.

Sempre più gli operatori si sono resi conto oggi che quanto esposto fino a qui costituisce un profilo non marginale delle storie di quanti richiedono l'asilo politico o la protezione umanitaria nel nostro Paese: la sofferenza psichica, il disagio, la marginalità compaiono ormai come segnali di una realtà sociale che non può essere più nascosta né rimossa. Speriamo che nessuno si stupisca più se, alle problematiche più generali relative ai richiedenti asilo e ai rifugiati (procedure giuridiche, precarietà abitativa, mancanza di risorse lavorative, ecc.) si aggiunge una clinica fatta non di dogmi ma di verità parziali, di dubbi, le cui fatiche segnano un procedere incerto e scrupoloso insieme. Una prospettiva critica quale quella qui suggerita *non è né inopportuna né fuori luogo*, e progetti che sostengano pratiche di accoglienza e cura come quelle descritte sono quanto mai necessari oggi. Le guerre e le altre forme di violenza strutturale, nella loro essenza, producono sofferenza, marginalità, sintomi: vite dal *futuro ipotecato*. Consapevoli dei rischi e delle sfide che questo lavoro impone, anche dei sempre possibili fallimenti, ci impegniamo a pensare insieme alle persone accolte come "proseguire una vita che non è perseguibile" (Kertész, 1999).

Se da un lato l'esperienza e le sofferenze di queste persone possono essere considerate preziose per riflettere criticamente sulle fragilità dei nostri dispositivi di cura e delle nostre categorie, coerentemente con quanto ha sostenuto Sayad (2002) parlando della *funzione specchio* dei migranti, dall'altro i problemi posti dalla specificità delle loro esperienze impone una riconfigurazione complessiva delle pratiche e dei modelli, e la costruzione di una più generale *competenza antropologica* (qualcosa che comprende, ma non si identifica con la sola nozione di "competenza culturale" proposta da Maurice Eisenbruch).

Per chi come noi da anni opera su questo terreno clinico e politico e cerca di pensare un'etnopsichiatria critica, le questioni menzionate si rivelano decisive tanto in riferimento alle dimensioni della cura quanto in rapporto ai problemi propriamente politici relativi all'accoglienza di rifugiati e immigrati. Non siamo i soli a ricordare i rischi della medicalizzazione: Didier Fassin (2001) ne ha esaminato i controversi profili (in particolare quelli inerenti al rischio di concedere solo nello spazio della malattia e dell'assistenza quelli che rimangono diritti politici). Parlando di una delle forme di

biopolitica dell'alterità osservabili nella Francia contemporanea, l'autore si chiede se l'attivazione di spazi di cura rivolti esclusivamente a migranti non contribuisca a produrre un "corpo razzializzato" che finisce, paradossalmente, col favorire processi di esclusione sociale e marginalizzazione.

Non è facile tradurre in atti terapeutici le complesse premesse epistemologiche di un'antropologia e di un'etnopsichiatria critica quale quella che ha ispirato in questi anni la ricerca e il lavoro del Centro Frantz Fanon; non è facile quando si rifiuti la logica della routine terapeutica e della riabilitazione psichiatrica, l'automatismo dell'inserimento lavorativo, e si persegua al contrario il progetto di esplorare contesti storici e culturali di provenienza, interrogati nei loro profili e nei loro dettagli, anche i più contraddittori e i più oscuri, e ad uno stesso tempo le traiettorie individuali di soggetti che lottano contro la violenza della storia e l'indifferenza spesso atroce degli accordi intergovernativi, delle leggi contro l'immigrazione detta 'clandestina', degli accordi fra governi. La clinica dei richiedenti asilo e dei rifugiati si muove oggi, in Italia, all'interno di un orizzonte politico compromesso, dove i diritti elementari sono spesso calpestati da una retorica razzista e da progetti di criminalizzazione che costituiscono una vera e propria sfida all'agire clinico. Questa occasione dunque ha immediatamente rappresentato una 'prova' per una clinica che pure si voleva sperimentata sul terreno politico, ed un invito a sperimentare se e come la consapevolezza delle variabili antropologiche, economiche, storiche e religiose potesse, come era già accaduto presso il Centro Frantz Fanon, essere spesa nella cura quotidiana dei nostri utenti: nella cura del dettaglio di esistenze ferite, in molti casi prossime al naufragio.

Le difficoltà, le sofferenze ed i conflitti sperimentati da molti di essi ci ricordano infine quanto i nostri pazienti siano anche *soggetti indocili*, non sempre disposti cioè ad accettare passivamente ciò che viene offerto (una diagnosi frettolosa, qualche farmaco che plachi l'insonnia o l'ansia, una borsa lavoro priva di prospettive), e soprattutto recalcitranti ad accettare le ragioni di un senso comune con il quale si prova a spiegare l'inspiegabile (l'orrore del sopruso e della violenza), ad addomesticare ciò che non è addomesticabile. In questo processo incerto stanno le premesse per il riconoscimento e la ricostruzione di soggettività incerte e inquiete, per la cui 'cura' il principio della non-neutralità dei nostri saperi e l'obbligo di compromettersi assumono per noi il valore di un assioma.

Riferimenti bibliografici

- AA.VV. (1994) *La salute straniera*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane.
- AA.VV. (1999) "Etnopsichiatria clinica e migrazione: l'esperienza del Centro Frantz Fanon", in Morosini, de Girolamo, Picardo, Polidori (a cura di), *La ricerca in salute mentale: risultati, implicazioni, ricadute*, Istituto Superiore di Sanità, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Roma, pp. 50-56.
- Agamben, G. (1995) *Stato di eccezione*, Einaudi, Torino.
- Agamben, G. (1997) *Homo sacer*, Einaudi, Torino.
- Agamben, G. (2003) *Quel che resta di Auschwitz. L'archivio e il testimone*, Einaudi, Torino.
- Ager, H. (1993) *Mental Health issues in Refugees populations: a review*, Project on International Mental and Behavioral Health, Harvard Medical School, Department of Social Medicine, Harvard.
- Agier, M. (2008) *Gérer les indésirables. Des camps de réfugiés au gouvernement humanitaire*, Flammarion, Paris.
- Arendt, H. (2001) *Noi profughi* (gennaio 1943), in *Ebraismo e modernità*, Feltrinelli, Milano.
- Basaglia, F. (1975) *Crimini di pace*, Einaudi, Torino.
- Beneduce, R., Jourdan, L., Raeymakers, T., van Vlassenrot, K. (2006) *Violence with a purpose. Exploring the functions and meaning of violence in the Democratic Republic of Congo*, Intervention. *International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict*, vol. 4 (1), pp. 32-46.
- Beneduce, R. (2004) *Frontiere dell'identità e della memoria*, Franco Angeli, Milano.
- Beneduce, R. (2007) *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma.
- Beneduce, R. (2008) Undocumented bodies, burned identities: refugees, sanspapiers, harraga – when things fall apart, *Social Science Information* 2008, 47, 4, pp. 505-527.
- Beneduce, R. (2010) *Archeologia del trauma. Un'antropologia del sottosuolo*, Laterza, Roma-Bari.
- Bourgois, P. (2009) *Recognizing Invisible Violence: A Thirty-Year Ethnographic Retrospective*, in B. Rylko-Bauer, L. Whiteford & P. Farmer (a cura di), *Global Health in Times of Violence*, School for Advanced Research press, Santa Fe, pp. 17-40.
- Butler, J. (2006) *Violence, non-Violence: Sartre on Fanon*, Graduate Faculty Philosophy Journal, 1, pp. 3-24.
- De Boeck, F., Honwana, A. (eds.) (2005) *Makers and Breakers. Children and Youth in Postcolonial Africa*, Currey, Oxford.
- De Pury Toumi (1998) *Traité du malentendu*, Odile Jacob, Paris.
- Eisenbruch, M. (1991) *From Post-Traumatic Stress Disorder to Cultural Bereavement: Diagnosis of South-east Asian Refugees*, in «Social Science and Medicine», 33, 6 pp. 673-80
- Fanon, F. (1961) *I dannati della terra*, Edizioni di Comunità, Torino.
- Fassin, D. (2001) *The biopolitics of Otherness. Undocumented Foreigners and Racial Discrimination in French Public Debate*, in "Anthropology Today", 17, 1, pp. 3-7.

- Fassin, D., Rechtman, R. (2001) *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Flammarion, Paris.
- Foucault, M. (2005) *Antologia*, Feltrinelli, Milano.
- Garrigues (2003) "Les villages noirs en France et en Europe", *L'Ethnographie*, 2, pp. 13-51.
- Goffman, E. (2003) *Stigma*, Ombre Corte, Verona.
- Harrel-Bond, B. (2005) *L'esperienza dei rifugiati in quanto beneficiari d'aiuto*, *Antropologia Annuario*, 5, pp. 15-48.
- Kertész I. (1999) *Essere senza destino*, Feltrinelli, Milano.
- Jenkins, J. H., Hollifield, M. (2008) *Postcoloniality as the Aftermath of Terror among Vietnamese Refugees*, in M.-J. Del Vecchio-Good, S. T. Hyde, S. Pinto, & B. J. Good, *Postcolonial Disorders*, University of California Press, Berkeley.
- Jeppsson O. e Hjern A. (2005) *Mental Health Care for Refugee Children in Exile*, Springer Us.
- Igreja, V. (2003) *Why are there so many Drums Playing until Dawn? Exploring the Role of Gamba Spirit and Healers in the Post-War Recovery Period in Gorongosa, Central Mozambique*, in "Transcultural Psychiatry", 40, 4, pp. 459-87.
- Isin E. F. e Rygielm K. (2007) *Abject Spaces: Frontiers, Zones, Camps*, in E. Dauphinee, C. Masters (a cura di), *Logics of Biopower and the War on Terror*, Palgrave, Houndmills – Basingstoke – Hampshire, pp. 181-203.
- Lipsedge, R. e Littlewood, M. (1989) *Aliens and alienist. Ethnic minorities and psychiatry*, Unwin Hyman, London.
- Malkki, L., H. (2002) *Speechless emissaries: refugees, humanitarianism, and dehistoricization*, in A. L. Hinton (ed.) *Genocide: an anthropological reader*, pp. 344-67. Malden, MA, Oxford, (UK): Blackwell.
- Mbembe, A. (2000) *On the Postcolony*, University of California Press, Berkeley.
- Nathan, T. (2003) *Non siamo soli al mondo*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Ong, A. (2005) *Da rifugiati a cittadini. Pratiche di governo nella nuova America*, Cortina, Milano.
- Ong, A. (2006) *Neoliberalism as exception. Mutations in citizenship and sovereignty*, Duke University Press, Dunham – London.
- Ponzio, E. (2003) *Psichiatria e immigrazione: assistenza erogata dal SSN a persone immigrate dall'area balcanica*, Tesi di laurea in Medicina e Chirurgia, Dattiloscritto non pubblicato.
- Quaranta, I. (a cura di) (2006) *Antropologia medica*, Cortina, Milano.
- Risso, M. e Böker, W. (1992) *Sortilegio e delirio*, Liguori Editore, Napoli.
- Sayad A. (1993) *La malediction – Avec un "travailleur immigré". Entretien de Abdemalek Sayad*, in P. Bourdieu, *La misère du monde*, Seuil, Paris.
- Sayad, A. (1996) "La doppia pena del migrante. Riflessioni sul 'pensiero di Stato'", *Aut aut*, 275, p.10.
- Sayad, A. (2002) *La doppia assenza*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Summerfield, D. (2003) *Infanzia, Guerra, condizioni dei profughi e "trauma": tre domande fondamentali per gli esperti di salute mentale*, in Associazione Frantz Fanon e Consorzio Italiano di Solidarietà (a cura di), *Pensare la violenza*, Roma, pp. 57-69 (ed. or. 2000).
- Taliani, S. (2006a) *Il bambino e il suo doppio. Malattia, stregoneria e antropologia dell'infanzia in Camerun*, Franco Angeli, Milano.
- Taliani, S. (2006b) "Etnografie della provvisorietà. Appunti intorno ai linguaggi del lutto nell'esperienza migratoria", *Studi tanatologici*, 2, pp. 289-316.
- Taliani, S. (2008a) "Il lavoro sulla capacità di risignificare le parole. Note sulla cura delle donne richiedenti asilo", *Animazione sociale*, 3, 221, pp. 57-68.
- Taliani, S. (2008b) "Desiderio di identità in Africa. Conclusioni", in Roberto Beneduce (a cura di), *Poteri e identità in Africa sub sahariana*, Liguore Editore, Napoli.

- Taliani, S. (2009) *Ad ora incerta. Note ancora sul trauma*, Tesi di specializzazione della Scuola Laboratorio freudiano (datt. non pubblicato).
- Taliani, S. (in corso di pubblicazione), *Etnografie della cura*, Del Corno e Rizzi P. (a cura di), Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Taliani, S., Vacchiano, F. (2006) *Altri corpi*, Unicopoli, Milano.
- Taussig, M. (2006) *Reificazione e coscienza del paziente*, in Quaranta, I. (a cura di), 2006, *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Cortina, Milano.
- Vacchiano, F. (2007) *Cittadini sospesi: violenza e istituzioni nell'esperienza dei richiedenti asilo in Italia*, in AA. VV. (2005) *Annuario Antropologia: Rifugiati*, Meltemi, Roma.
- Visintin, A. (2003) *Psichiatria transculturale: problematiche psichiatriche in soggetto immigrati dai paesi del Maghreb ed assistenti da strutture pubbliche ambulatoriali*, Tesi di laurea in Medicina e Chirurgia, Dattiloscritto non pubblicato.

**LE DIMENSIONI DEL DISAGIO MENTALE
NEI RICHIEDENTI ASILO E RIFUGIATI**
PROBLEMI APERTI
E STRATEGIE DI INTERVENTO

Servizio centrale

Via dell'Arco di Travertino, 11
00178 Roma
Tel 06.76980811

www.serviziocentrale.it
e-mail: info@serviziocentrale.it

ISBN 978-88-96280-15-7



9 788896 280157