



ISSN 2280-9120



Rivista di

Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria

SEMESTRALE DELLA FEDERAZIONE PSICOLOGI PER I POPOLI

Numero 14, 2015



Alfredo Mela

Il lavoro psicosociale con i rifugiati e richiedenti asilo: approcci e riflessioni critiche

Riassunto

La crescente presenza in Italia di rifugiati e richiedenti asilo ha aumentato l'esigenza di politiche adeguate non solo al primo soccorso dei migranti, ma anche al loro inserimento nella nostra società. A tale proposito, anche le esperienze di lavoro psicologico con i rifugiati si sono sviluppate in diversi contesti italiani, inquadrandosi nel Sistema di Protezione per Rifugiati e Richiedenti Asilo. Il presente articolo si propone di svolgere una riflessione su un'esperienza specifica: quella svolta a Torino dal gruppo di Psicologi nel Mondo – Torino. Prima, tuttavia, analizzeremo le caratteristiche dei rifugiati, prendendone in esame lo status giuridico e mettendo in luce le specificità della loro condizione sociale e psicologica nella fase che segue l'arrivo. In seguito, prenderemo in considerazione alcuni fondamentali approcci al lavoro psicologico sui rifugiati, che ispirano differenti modelli di intervento nei paesi occidentali: in particolare, quelli focalizzati sulla cura del PTSD, gli approcci ecologici e psicosociali, quelli ispirati all'etnopsicologia. Viene poi illustrata l'esperienza torinese, definendone sia i riferimenti teorici e metodologici, sia i punti di forza e di debolezza sinora evidenziati. Infine, vengono proposte considerazioni di ordine più generale sulla "governance terapeutica" in Italia: ne emerge l'assenza di politiche che favoriscano il lavoro di rete, consentendo ai migranti non solo di ricostruire la propria identità, ma anche di inserirsi in modo attivo nella società italiana portando ad essa nuove risorse umane e culturali.

Parole chiave: rifugiati, trauma, etnopsicologia, identità, governance terapeutica.

Abstract

The growing presence in Italy of refugees and asylum seekers has increased the need for appropriate policies aimed not only to migrants' first aid, but also to their integration into our society. In this context, in many Italian cities experiences of psychological support to refugees have arisen through projects that are part of the System of Protection for Refugees and Asylum Seekers. The purpose of this paper is to carry out a reflection on the work experience of the group Psicologi nel Mondo – Torino with refugees. First, however, the characteristics of refugees are analyzed, taking into account the problems linked to their legal status and highlighting the specificity of their social and psychological condition in the phase following the arrival. Then, the paper analyzes some fundamental approaches to psychological work with refugees, inspiring different models of intervention in Western countries: in particular, those focused on the treatment of PTSD, ecological and psychosocial approaches and those inspired to ethnopsychology. Subsequently, the Turin experience is presented, defining both its theoretical and methodological references, and its strengths and weaknesses. Finally, more general considerations are proposed about the "therapeutic governance" in Italy. In particular the conclusion highlights the absence of policies that favour an integrated approach, allowing migrants not only to redefine their identity, but also to enter actively into Italian society bringing in it new human and cultural resources.

Key words: refugees, trauma, ethnopsychology, identity, therapeutic governance.

La presenza in Italia di persone che richiedono la protezione del nostro Paese, fuggendo da situazioni di guerra o di persecuzione, è diventata ormai abbastanza consistente e ha stimolato risposte su numerosi piani, compreso quello del supporto psicologico. Il problema non è nuovo e l'andamento numerico delle richieste d'asilo ha avuto un percorso altalenante che ha seguito le vicende legate ai diversi focolai di crisi, specie in ambito africano e mediorientale. Secondo i dati del Ministero dell'Interno (2014), dal 1990 al 2013, le richieste di asilo sono state 370.294, con picchi nel 1991, 1999, 2008, 2011. Le domande di asilo vagliate dalle Commissioni Territoriali possono dare esiti diversi, vale a dire il respingimento della domanda oppure l'attribuzione, come si vedrà tra poco, di diversi tipi di protezione. Ad ogni modo, secondo i dati dell'UNHCR, alla fine del 2012 i rifugiati in Italia erano 65.779, una cifra che colloca l'Italia al sesto posto tra le nazioni europee, a grande distanza dalla Germania (580.737) e dalla Francia (217.865) ma con valori inferiori anche a quelli del Regno Unito, della Svezia e dell'Olanda.¹ D'altra parte, se si allarga lo sguardo oltre il nostro continente, si può osservare come il peso di gran lunga più oneroso dell'esodo dalle aree di guerra e distruzione non sia sopportato dall'Europa, bensì dai Paesi confinanti con le aree di crisi. Con riferimento alla crisi siriana, secondo le dichiarazioni della presidentessa della Camera dei Deputati Laura Boldrini (riportate nell'articolo di Sforza, 2014), il Libano ospita oltre un milione dei 2,8 milioni di profughi della guerra civile, a cui si aggiungono altre 800.000 persone presenti in Giordania. Nonostante ciò, nel corso del 2014 è aumentata la pressione dei richiedenti asilo anche nell'Unione Europea: secondo il rapporto presentato in settembre dall'Ufficio europeo di sostegno all'asilo, nei primi otto mesi dell'anno si è registrato un aumento di richieste del 28% rispetto agli stessi mesi del 2013, anno in cui si era già avuto un aumento del 30% rispetto al 2012.²

I numeri del fenomeno, dunque, possono apparire relativamente modesti (anche se con una tendenza alla crescita) soprattutto se rapportati alla dimensione demografica complessiva del nostro Paese. Come è noto, tuttavia, l'Italia è anche un Paese di transito per chi tenta di approdare in Europa e le zone costiere delle regioni meridionali (negli ultimi mesi soprattutto la Sicilia e le sue isole minori) sono zone di arrivo di una popolazione che spesso cerca di raggiungere altri Paesi. Questo fenomeno – con le correlate tragedie dei naufragi nel Canale di Sicilia – non solo amplifica la percezione del problema, ma per molti aspetti costringe anche il Paese a concentrare i propri sforzi nel far fronte all'emergenza degli sbarchi, dedicando minore attenzione e risorse più limitate all'inclusione nella società italiana di quanti ottengono lo status di rifugia-

¹ Una fonte importante per i dati sui richiedenti asilo è il sito del Consiglio Italiano per i Rifugiati/CIR. Si veda la pagina http://www.cir-onlus.org/index.php?option=com_content&view=article&id=804&Itemid=141&lang=it

² Si veda al riguardo il sito del Ministero dell'Interno, alla pagina http://www.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/sezioni/sala_stampa/notizie/asilo/2014_09_25_EASO_presentazione_trends_asilo_2014.html, ultima consultazione 3.10.2014.

to o qualche altra forma di protezione.³ Il problema, insomma, è vissuto e affrontato come se si trattasse di una questione sorta da circostanze eccezionali, che richiede risposte di breve periodo. In realtà, come ricorda la stessa Boldrini nell'intervista già richiamata, il problema è strutturale e richiederebbe da parte del Paese – e dalla stessa Comunità Europea nel suo complesso – politiche organiche e non puramente emergenziali.

Nel presente articolo si concentrerà l'attenzione sul lavoro psicologico e psicosociale nei confronti dei rifugiati e richiedenti asilo, ponendo l'accento sui differenti approcci presenti a livello internazionale e sulle loro implicazioni per lo sviluppo di un intervento nel nostro Paese, ma tenendo al tempo stesso conto del fatto che quella che è stata definita la *governance terapeutica* dei fenomeni migratori (Pupovac, 2001; 2004) non rappresenta che un aspetto di una più generale trattazione politica delle problematiche connesse alle migrazioni. Le riflessioni che verranno svolte derivano sia dalla considerazione di alcuni contributi della letteratura internazionale, sia, e soprattutto, dall'esperienza di Psicologi nel Mondo – Torino, che da oltre un anno fornisce appoggio psicologico ai richiedenti asilo e ai rifugiati. Questo lavoro non si rivolge a soggetti in condizioni strettamente emergenziali – anche se, come si sottolineerà, nuovi momenti di emergenza sono in agguato per loro anche dopo diversi mesi dall'arrivo in Italia – ma piuttosto a persone già entrate nei progetti di accoglienza del Comune di Torino, nel quadro del Sistema di Protezione per Rifugiati e Richiedenti Asilo/SPRAR, istituito con la legge 189/02 e affidato dal Ministero dell'Interno all'ANCI, per mezzo di una convenzione. Anche le considerazioni svolte si riferiscono soprattutto a questa fase, che potremmo definire post-emergenziale, dell'intervento psicologico, che necessariamente differisce da quella utile in una fase di prima accoglienza (si veda, per esempio, Cannella et al., 2014), oppure all'intervento terapeutico volto alla rielaborazione dei vissuti traumatici in una successiva situazione di consolidamento della presenza nella società di arrivo.

In particolare, nei prossimi paragrafi, dopo avere accennato alle differenze che derivano dagli statuti di protezione che possono essere accordati ai richiedenti asilo, si introdurranno alcune considerazioni sulle caratteristiche sociali della figura del richiedente asilo. In seguito si parlerà delle differenze – ma anche della possibile complementarità – degli approcci psicologici utilizzati nel lavoro con i rifugiati. Si farà poi cenno all'esperienza in atto con il coinvolgimento di Psicologi nel Mondo – Torino e al dispositivo utilizzato dall'equipe torinese. Infine, si concluderà cercando di evidenziare alcuni elementi appresi da tale esperienza, ampliando il quadro di una riflessione critica all'intera *governance* dell'accoglienza ai rifugiati.

³ *Sulle specificità della situazione dei Paesi del Sud Europa per quanto riguarda la gestione dei flussi di rifugiati e per un'analisi comparativa delle rispettive politiche, si veda Pastore e Roman (2014).*

Forme di protezione e conseguenze psicosociali

Le forme di protezione esistenti in Italia, che i richiedenti asilo possono ottenere in base alle valutazioni delle Commissioni territoriali presenti nelle varie parti del Paese, sono fondamentalmente di tre tipi.

Quella che può essere considerata di maggior rilievo, sul piano pratico ma anche su quello simbolico, è *lo status di rifugiato politico*, il cui fondamento giuridico è dato dalla Convenzione relativa allo status di rifugiato, adottata a Ginevra nel 1951, ratificata in Italia nel 1954 ed entrata in vigore l'anno successivo. In base all'articolo 1, comma 2, di tale Convenzione, il rifugiato è colui che, "temendo a ragione di essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza a un determinato gruppo sociale o per le sue opinioni politiche, si trova fuori del Paese di cui è cittadino e non può o non vuole, a causa di questo timore, avvalersi della protezione di questo Paese; oppure che, non avendo una cittadinanza e trovandosi fuori del Paese in cui aveva residenza abituale a seguito di siffatti avvenimenti, non può o non vuole tornarvi per il timore di cui sopra". La Commissione, al fine di attribuire tale status deve valutare l'attendibilità dei fatti in base ai quali esso viene richiesto e la documentazione prodotta circa l'esistenza di una persecuzione nei suoi confronti, identificandone le ragioni e gli agenti, tenendo conto anche delle condizioni sociali, del sesso e dell'età del richiedente. Inoltre, deve stabilire se sussistano fattori di esclusione dallo status, quali il fatto di avere commesso crimini di guerra o reati gravi prima di chiedere la protezione all'Italia.

Una seconda modalità – anch'essa di carattere internazionale, come la precedente – è quella della *protezione sussidiaria*. Essa si applica a cittadini stranieri (o apolidi) che, pur non possedendo i requisiti per ottenere lo status di rifugiato, hanno fondati motivi di ritenere che, qualora ritornassero nello Stato di cui sono originari (ovvero, se apolidi, in cui avevano dimora abituale), sarebbero esposti al rischio di subire gravi danni e, per questa ragione, non possono avvalersi della protezione di quello Stato. Il caso più comune è quello di persone provenienti da zone di guerra o di conflitto interno, in cui esiste una condizione di generale esposizione al rischio di perdere la vita.

La terza modalità, la *protezione umanitaria*, è più debole rispetto alle precedenti e non è una protezione internazionale. Essa può essere accordata qualora la commissione, pur non valutando che esistano i presupposti per l'ottenimento di una delle due forme di protezione già citate, ritiene che vi siano seri motivi di carattere umanitario che giustifichino la permanenza di una persona sul territorio nazionale. Gli atti vengono trasmessi al Questore competente, che può concedere tale protezione. In questo caso, le ragioni che motivano la protezione sono di natura più eterogenea: possono riguardare, per esempio, lo stato di salute della persona o anche la presenza di calamità naturali nell'area di provenienza.

Lo status di rifugiato e la protezione sussidiaria danno entrambi il diritto a una permanenza quinquennale rinnovabile. La protezione umanitaria ha una durata annuale, anch'essa comunque rinnovabile se ne permane la necessità. Chi ottiene una forma di protezione acquisisce i diritti di accesso all'alloggio,

all'istruzione, al lavoro, all'assistenza sanitaria; i soli titolari dello status di rifugiato possono anche ottenere la cittadinanza italiana in cinque anni e l'accesso al pubblico impiego. I titolari di protezione internazionale hanno anche diritto al ricongiungimento familiare.⁴ Sotto il profilo pratico, dunque, esistono differenze sensibili tra le diverse forme di protezione e, soprattutto, tra le prime due e la terza. Esse si riflettono, in parte, anche sul piano sociale e psicologico: in generale si potrebbe dire che l'ottenimento di una protezione internazionale dà luogo a una condizione di maggiore stabilità, mentre la protezione umanitaria mantiene le persone in una situazione di precarietà, nella quale è più difficile formulare progetti. Inoltre, lo status di rifugiato, stabilendo l'esistenza di una condizione di persecuzione personale, offre un elemento di forte riconoscimento soggettivo da parte della società di accoglienza e, in qualche misura, favorisce un elemento di persistenza dell'identità, in una fase in cui questa deve comunque essere rielaborata per adattarsi alla nuova situazione di vita.

Non tutti coloro che presentano richiesta di asilo ottengono una forma di protezione e, comunque, il periodo di attesa di un'audizione da parte della Commissione territoriale competente dura tendenzialmente diversi mesi. Vi è dunque una fase in cui tutti si trovano nella condizione di richiedenti e questa presenta una specifica criticità, dato che il destino futuro si trova avvolto in una totale incertezza.

L'esito delle domande di asilo è notevolmente variabile nei diversi Stati europei, sia per effetto della diversa composizione e provenienza dei richiedenti asilo, sia a causa delle politiche nazionali. In base ai dati Eurostat, nel 2013 solo poco più di un terzo dei richiedenti ha ottenuto una qualche protezione da uno stato dell'Unione Europea di prima istanza; di questi, il 45% ha ottenuto lo status di rifugiato. In numeri assoluti, si tratta di circa 65.000 persone, mentre la protezione sussidiaria ne ha riguardate 51.000 e la protezione umanitaria 20.000. Le cifre fornite per l'Italia – sempre riguardo al 2013 – dalla Commissione Nazionale per i diritti d'asilo dicono che, in seguito alla valutazione di 23.634 domande, lo status di rifugiato è stato accordato al 13% dei richiedenti, la protezione sussidiaria al 23,5% e la protezione umanitaria al 24,3%. Non è stato riconosciuto alcun diritto al 28,7% mentre il restante 10,7% si trova in altre condizioni e, in particolare, si è reso irreperibile. Gli esiti, d'altra parte, sono alquanto variabili in funzione della provenienza: così, per esempio, se i primi due Paesi di origine dei richiedenti asilo in Italia, in base alla numerosità delle domande, sono Nigeria e Pakistan, quelli da cui provengono coloro che hanno effettivamente ottenuto lo status di rifugiato sono, invece, Eritrea e Somalia.⁵

⁴ Una raccolta della normativa italiana in tema di immigrazione, oltre a informazioni giuridiche sull'argomento, è presente sul sito dell'Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione/ASGI. Si veda la pagina <http://www.asgi.it>

⁵ Dati aggiornati sulla situazione del 2014 sono stati pubblicati da alcuni siti, avendo come fonte la Commissione Nazionale Asilo. Da essi risulta che, nell'anno 2014, si è registrato un consistente aumento dei richiedenti asilo rispetto all'anno precedente (64.886 domande con

Il profilo sociopsicologico del richiedente asilo

Nei flussi di persone che annualmente giungono nel nostro Paese e che presentano domanda d'asilo si trovano soggetti in condizioni molto diverse, anche se spesso nel dibattito pubblico essi tendono ad essere considerati come un insieme indifferenziato e, inoltre, sono ulteriormente confusi con altre tipologie di migranti, vale a dire con chi abbandona la terra d'origine in cerca di migliori condizioni di vita e, in particolare, di lavoro e fonti di reddito (i migranti cosiddetti "economici"). Ora, tra i richiedenti asilo che si riuniscono in luoghi da cui tentare l'approdo in Italia, come la Libia, sono effettivamente presenti soggetti che hanno effettivamente queste caratteristiche: in tal caso è possibile che la famiglia allargata abbia fatto su di loro un investimento e li abbia dotati di risorse che consentano loro di tentare la fortuna in un Paese europeo mescolandosi ai migranti forzati veri e propri. D'altra parte, anche in tali casi, non è infrequente la provenienza da un Paese in cui sono presenti conflitti che mettono ad alto rischio la popolazione civile, anche se questi richiedenti asilo non vengono necessariamente dalle zone più direttamente coinvolte.

Altri fuggono davvero da aree di guerra, o da Paesi governati da dittatori, e sono personalmente a rischio di morte per avere occupato ruoli di rilievo sociale e politico: per esempio, dirigenti di partiti di opposizione, membri attivi di minoranze religiose perseguitate, paladini dei diritti umani. Altri ancora provengono dalle stesse zone, ma non hanno svolto direttamente attività che li mettano in pericolo. Chi può dimostrare l'esistenza di un rischio personale – allontanando il sospetto di essere a sua volta artefice di crimini o di avere falsificato la documentazione – ha maggiore probabilità di ottenere lo status di rifugiato. In ogni caso, chi si allontana da aree di guerra in molti casi è costretto alla fuga in modo improvviso, per eventi imprevedibili o per il rapido precipitare di una situazione di tensione. Non è infrequente il caso di chi scappa per evitare una minaccia di morte imminente, senza avere formulato alcun piano, lasciando i propri familiari o amici in forte pericolo.

Anche le vicende relative alla fase intermedia tra la fuga e l'arrivo in Italia, vale a dire quelle del viaggio, sono molto variabili. Vi è chi ha l'opportunità di usare un aereo e, dunque, si trova proiettato nel giro di poche ore in un Paese diverso con uno status totalmente differente dal precedente. Per molti, invece, il viaggio dura mesi o addirittura anni e comporta l'attraversamento di Paesi a loro volta ad alto rischio (come il Sudan e la Libia, per chi giunge dall'Africa orientale), con l'ulteriore esposizione a violenze e torture o, comunque, la costante presenza di gravi minacce per la vita.

un incremento del 144% rispetto al 2013). Si è anche registrato un aumento dei dinieghi (37%, contro il 29% del 2013) e un calo nelle concessioni dello status di rifugiato (10%, contro il 13% del 2013). Si veda <http://viedifuga.org/commissione-nazionale-asilo-dati-2014/> (ultima consultazione 1.02.2015). Una più ampia analisi delle politiche italiane nei confronti del fenomeno delle migrazioni forzate è contenuta in un recente documento congiunto di Anci, Caritas italiana, Cittalia, Fondazione Migrantes, SPRAR, in collaborazione con UNHCR (2014).

Le esperienze e le caratteristiche dei richiedenti asilo sono dunque eterogenee; tuttavia, si può dire che, quantomeno nella maggioranza dei casi, sono tendenzialmente diverse da quella dei migranti economici, anche se è difficile operare una separazione netta tra le due categorie (Castles, 2003). Ciò non di meno si proverà ora a condurre un confronto, necessariamente schematico e basato su tipizzazioni, tra le due situazioni, prendendo in considerazione sia la fase precedente alla fuoriuscita dal proprio Paese, sia il viaggio, sia infine il primo impatto con la società di arrivo.

Rispetto al migrante economico (o, se si vuole, “ordinario”), il richiedente asilo, la cui migrazione è forzata, ha una probabilità più elevata di avere subito violenze e di essere stato esposto a esperienze potenzialmente traumatiche, comprese quella di avere avuto familiari o amici uccisi, violati o torturati, e di avere assistito ad atti di crudeltà. Il peso esperienziale che si porta dietro è, dunque, tendenzialmente più grave, anche se non è escluso che anche quello del migrante ordinario possa essere rilevante, per ragioni diverse. Al tempo stesso, è più forte la probabilità che il richiedente asilo sia privo di un effettivo progetto migratorio, vale a dire che non abbia costruito un’immagine di un futuro personale possibile, né delineato – neppure sommariamente – piani d’azione per raggiungere degli scopi diversi da quelli della pura sopravvivenza. Una conseguenza di questo è anche la mancanza di qualsiasi forma di socializzazione anticipatoria (Merton, 1957), ovvero di adattamento preventivo a condizioni future che si intendono ottenere. Ovviamente, né la presenza di un progetto legato alla migrazione né un adattamento di questo tipo garantiscono in alcun modo un percorso agevole nella società di approdo. Entrambi, infatti, possono fondarsi su presupposti irrealistici o su immagini distorte delle situazioni in cui ci si verrà a trovare; tuttavia, offrono una base motivazionale che può attivare le risorse presenti e uno schema cognitivo sul quale è più facile introdurre successive correzioni. La loro assenza, viceversa, crea condizioni di vuoto, che – come abbiamo potuto constatare direttamente – si traduce in uno stato di spaesamento, inerzia e di blocco dell’azione proprio quando si percepisce che ci si trova in una situazione di relativa sicurezza. I rischi immediati, da cui si è fuggiti, non ci sono più, ma non c’è nemmeno un’immagine del contesto in cui ci si trova, né di una possibile linea d’azione.

Come già osservato, spesso i migranti forzati non preparano il loro viaggio e questo porta a nuove ferite. Rispetto a quello del migrante ordinario, è più alta la probabilità che il viaggio del richiedente asilo sia più lungo e denso di insidie; esso implica molte volte la perdita delle risorse materiali di cui eventualmente si disponeva al momento della partenza, per far fronte a nuove richieste di denaro da parte di intermediari o, semplicemente, perché si resta vittima di rapine. Non tutti giungono a destinazione e questo implica un processo selettivo tra coloro che lo intraprendono: variabili legate alle doti di resistenza individuali, alla possibilità di mantenere o stabilire legami utili, alla stessa possibilità di ricevere denaro dalle famiglie restate in patria possono contribuire – oltre alla pura casualità – a un esito positivo anziché letale.

Anche il primo impatto con la società di arrivo è diverso da quello del migrante ordinario. Dopo i primi soccorsi nei pressi dei luoghi di sbarco, i migranti privi di documenti sono inviati ai Centri di accoglienza per i richiedenti

Asilo/CARA o, solo in alcuni casi, nei Centri di identificazione ed espulsione/CIE. Dopo l'identificazione nei CARA, viene rilasciato un permesso di soggiorno temporaneo ed è consentita la permanenza sul territorio italiano, in apposite strutture di accoglienza distribuite tra le diverse Regioni, sino alla decisione della Commissione, che in genere giunge dopo diversi mesi. Come già osservato, è questo un periodo di incertezza e di vuoto, e le stesse condizioni di vita del migrante dipendono dai progetti di cui possono beneficiare. L'assistenza nei diversi comuni fa capo allo SPRAR (istituito dalla legge n. 189/2002), una rete di enti locali che, usufruendo di un apposito fondo nazionale, garantiscono un'accoglienza integrata ai migranti, in collaborazione con organismi del terzo settore. Essa non è limitata all'alloggio e al vitto, ma comprende anche l'assistenza legale, quella psicologica, l'integrazione lavorativa, l'inserimento scolastico dei minori, l'accompagnamento all'assistenza sanitaria ed è orientata all'inclusione dei migranti nelle società locali. Tuttavia, i posti di accoglienza garantiti dallo SPRAR sono limitati rispetto alle necessità e la parte più cospicua della spesa pubblica è concentrata nei CARA (Rizzo, 2014). In ogni caso, i progetti dello SPRAR sono di breve durata e, al loro termine, i beneficiari si trovano improvvisamente privi di appoggio.

L'incertezza, dunque, prosegue in qualche misura anche nel periodo in cui i richiedenti asilo sono inseriti nei progetti, e la stessa assistenza di cui sono oggetto non sempre si accompagna a una stimolazione delle risorse cognitive ed emotive di cui costoro sono dotati. A ciò si aggiunge molto spesso una condizione di isolamento da reti relazionali. Infatti, non esiste per i richiedenti asilo il meccanismo delle catene migratorie, che invece può sussistere nel caso dei migranti economici, e che fornisce al migrante il sostegno di comunità già stabilite sul territorio di accoglienza. Inoltre, i migranti forzati talora mostrano diffidenza nei confronti di persone provenienti dalle loro stesse zone, quando in esse sono in atto conflitti interni che determinano un'atmosfera di costante sospetto. Tutto ciò aumenta il grado di potenziale dipendenza dai servizi erogati a livello locale e dagli operatori che li gestiscono. Proprio per questo, la conclusione dei progetti può rivelarsi un fatto traumatico non solo sul piano pratico, ma anche su quello psicologico, in quanto implica – specie per i più giovani – il distacco da figure che hanno svolto per alcuni aspetti una funzione surrogativa di quella parentale.

Questa situazione diventa particolarmente difficile nel caso di persone che si trovino in momenti di particolare vulnerabilità, dovute alla malattia, alla disabilità o, per le donne, al fatto di trovarsi in gravidanza o avere con sé bambini piccoli. Vi è poi da considerare che, mentre i migranti ordinari spesso lasciano in patria famiglie in condizioni di indigenza – che si attendono da loro un aiuto economico – quelli che fuggono da situazioni di guerra hanno abbandonato famiglie in costante pericolo, per le quali, tuttavia, sovente possono fare ben poco. Uno stato d'ansia e sentimenti di colpa sono, dunque, conseguenze difficilmente evitabili.

Il lavoro psicologico con i rifugiati: gli approcci focalizzati sul trauma

Dopo avere tratteggiato alcuni aspetti tipici nella condizione dei migranti forzati, pur tenendo conto della già evidenziata importanza di evitare ogni tipo di etichettatura o di generalizzazione, si può ora passare a un sintetico esame degli approcci al lavoro psicologico con queste persone. Questo comporta una sintetica analisi di alcuni contributi presenti in una letteratura – la quale, a livello internazionale, appare ormai amplissima e variegata – e soprattutto il tentativo di distinguere i principali orientamenti che guidano le esperienze di ricerca e di intervento in questo campo.

Nel far ciò, è tuttavia necessario premettere alcune avvertenze. In primo luogo, benché esista una vasta gamma di esperienze specificamente rivolte a richiedenti asilo e rifugiati (peraltro in svariati contesti sociospaziali e in diverse fasi del percorso migratorio), non è possibile individuare orientamenti di un lavoro psicologico che li riguardi in modo esclusivo. Gli approcci di cui si parlerà, infatti, appartengono a un più ampio campo di studi e interventi, che include anche quelli rivolti ad altri tipi di migranti o a soggetti esposti a varie forme di traumatizzazione. In secondo luogo, pur cercando di distinguere tra orientamenti paradigmatici distinti, è utile chiarire che gli approcci qui presentati non sono necessariamente tra loro alternativi, ma possono dar luogo a composizioni e ibridazioni, specie per quanto riguarda le tecniche utilizzate e le pratiche di intervento. Infine, ciascuno di essi comprende al proprio interno un ampio insieme di varianti, spesso contraddistinte da diverse etichette.

Ciò detto, si può iniziare osservando che molti studi e interventi rivolti a popolazioni di migranti forzati e richiedenti asilo sono focalizzati sulla cura del trauma e, in particolare, dei sintomi del disturbo post-traumatico da stress/PTSD. Essi si distinguono da interventi multimodali, nei quali lo scopo del trattamento ha anche altre finalità, come, per esempio, il miglioramento del funzionamento psicologico complessivo e l'adattamento all'ambiente sociale e culturale (Nickerson et al., 2011). Come è noto, la quinta edizione del DSM (APA, 2013), a differenza delle precedenti versioni, include il PTSD nella categoria dei *trauma and stressor-related disorders*. I criteri diagnostici riguardano innanzitutto l'effettiva esposizione a uno o più eventi traumatici, compreso il fatto di essere testimoni di eventi capitati a stretti familiari o amici, ovvero essere ripetutamente esposti ai dettagli degli eventi in modo diretto (non attraverso i media). Sono poi elencati quattro gruppi di sintomi: intrusione, evitamento, alterazioni negative a livello cognitivo e dell'umore, alterazioni nell'*arousal* e nella reattività (per esempio, comportamenti di ipervigilanza). Si aggiunge poi che è necessario che la durata dei sintomi sia almeno superiore a un mese, che essi causino seri problemi di funzionamento psicologico e che non siano attribuibili a condizioni fisiche o all'uso di specifiche sostanze.⁶

Gli approcci focalizzati sul trauma sono, dunque, diretti ad alleviare i sintomi che rientrano nelle categorie sopra indicate, facilitando l'apprendimento

⁶ Per una presentazione chiara e sintetica dei criteri diagnostici, si veda il sito dell'US Department of Veterans Affairs, alla pagina http://www.ptsd.va.gov/professional/PTSD-overview/dsm5_criteria_ptsd.asp. Ultima consultazione: 4.10.2014.

di modalità per fronteggiarli, evitando atteggiamenti non adattivi ed elaborando il ricordo degli eventi traumatici. Le tecniche utilizzate sono, in generale, di orientamento cognitivo-comportamentale (quali la *narrative exposure therapy* o la *cognitive processing therapy*), associate talora all'uso di farmaci, all'EMDR o a tecniche corporee.

Un indubbio vantaggio della letteratura relativa a questi orientamenti terapeutici consiste nell'ampia documentazione di esperienze, spesso corredate da dati statistici tendenti a valutare l'efficacia delle tecniche usate in base alla regressione osservata dei sintomi. Questa letteratura si è venuta consolidando ormai da decenni e concerne popolazioni di diversa provenienza, soggetti adulti e bambini, studi condotti tanto in campi profughi quanto su gruppi di rifugiati in contesti nordamericani ed europei (Miller e Rasco, 2004). Sono anche disponibili studi comparativi sui risultati delle diverse terapie focalizzate sul trauma, talora inclusivi anche di trattamenti di natura psicosociale (per esempio, Nickerson et al., 2011; Crumlish e O'Rourke, 2010; Palic e Elklit, 2011). Nonostante le conclusioni di questi studi evidenzino l'accumulazione di evidenze empiriche che comprovano l'efficacia dei trattamenti focalizzati sul PTSD, esse spesso aggiungono delle importanti precisazioni cautelative, per esempio riguardo al fatto che non tutte le conseguenze psicologiche della traumatizzazione sono riconducibili solo alla sintomatologia del PTSD e che altri approcci possono dimostrarsi più efficaci nella cura di tali aspetti (Nickerson et al., 2011). Oppure, come fanno Palic e Elklit (2011), si fa notare che molti studi dimostrano che in ben pochi casi le terapie focalizzate portano a un completo superamento del PTSD – ovvero dei disturbi specifici cui sono indirizzate e di cui può essere più facilmente misurata l'evoluzione – mentre, per quanto riguarda più in generale il miglioramento delle condizioni psicologiche dei soggetti trattati, mancano ancora misure largamente condivise.

A parte questo, si può ancora aggiungere che gli orientamenti focalizzati sul trauma e la cura del PTSD partono da due presupposti per lo meno impliciti, ovvero che i rifugiati siano persone psicologicamente caratterizzate in modo primario da una traumatizzazione e che il PTSD sia un disturbo universalmente riscontrabile, al di là delle variabili relative al contesto culturale e sociale di provenienza di queste popolazioni. Ora, benché esistano studi che, sulla base di un'ampia base empirica, evidenziano forti correlazioni statistiche tra l'esposizione a eventi traumatici e la presenza di conseguenze negative sulla salute mentale, essi comunque mostrano anche una notevole variabilità nell'incidenza del PTSD nei vari casi (Steel et al., 2009) e la compresenza di altre problematiche, come la depressione. Dunque, l'esclusiva focalizzazione sul PTSD può in molti casi non essere l'approccio più adeguato al supporto complessivo dei migranti forzati in quanto persone, ovvero nella integralità delle loro problematiche psicologiche e sociali. Proprio a queste, viceversa, tentano di rivolgersi gli orientamenti che saranno considerati nei prossimi paragrafi.

Gli approcci psicosociali

Con l'espressione "approcci psicosociali" indichiamo qui una pluralità di studi e interventi, i cui riferimenti vanno cercati nella psicologia di comunità (o, nel contesto latinoamericano, nella psicologia della liberazione), nei modelli ecologici (Miller e Rasco, 2004; Miller e Rasmussen, 2010) e in quelli basati sulla resilienza (Ryan, Dooley e Benson, 2008; Hutchinson e Dorsett, 2012), e che spesso implicano una cooperazione interdisciplinare con esperti non psicologi, quali sociologi, antropologi, medici e operatori sociali.

Un punto di partenza ricorrente in questi studi è la critica all'uso esclusivo di un paradigma medico-terapeutico nel lavoro con i rifugiati, che porta a considerare questi ultimi come soggetti necessariamente bisognosi di cure, anche a prescindere del notevole livello di resilienza dimostrato attraverso la loro fuga da situazioni ad alto rischio e durante il viaggio. A questa, in molti casi si aggiunge anche una critica più o meno radicale allo stesso costrutto diagnostico del PTSD (per una rassegna di contributi al dibattito, si veda Kienzler, 2008). In alcuni autori, questa è rivolta unicamente all'uso eccessivo di tale costrutto nell'esame della condizione psicologica dei migranti; in altri si giunge invece a mettere in dubbio la sua consistenza, la sua applicabilità a soggetti provenienti da culture "altre" (Beneduce, 2007), e si evidenzia il significato politico della diagnosi di PTSD come risposta alle problematiche di rifugiati insediatisi in paesi occidentali o, più in generale, in contesti di emergenza umanitaria. Così, per esempio, Pupovac (2004) insiste sul fatto che il PTSD corrisponde a una visione occidentale, in cui questioni di rilievo collettivo – come quelle legate alla migrazione – sono affrontate unicamente per i loro effetti sugli individui, e le tematiche sociali sono interpretate in termini emozionali e introspettivi. In questo senso, dunque, questo tipo di diagnosi rientra in un implicito disegno di normalizzazione e controllo dei rifugiati e di depoliticizzazione dei possibili fattori di conflitto. Anche se critiche di questa natura possono apparire eccessivamente generalizzanti – per esempio nei confronti dei programmi ispirati alle linee IASC (Rehberg, 2014) – non si può non concordare sul fatto che interpretare in chiave patologica ogni reazione psicologica dei rifugiati attribuendola a un trauma, senza tener conto della loro condizione concreta e del contesto politico in cui essa si iscrive, ha comunque una valenza di neutralizzazione dei problemi e tende a ribadire la superiorità di una presunta razionalità occidentale capace di diagnosi e di cura in termini scientifici.

D'altra parte, non è questo il solo livello al quale possono essere rivolte critiche al modello di intervento focalizzato sul trauma. Un secondo ordine di considerazioni, infatti, concerne il fatto che quel modello tende unicamente a concentrarsi sulle conseguenze psicologiche degli eventi del passato – occorsi prima della fuga dal Paese di origine dei rifugiati o durante il viaggio – trascurando quelle che possono derivare dalla condizione presente nel Paese di approdo. In altri termini, si opera come se l'esperienza drammatica fosse ormai conclusa, come se ogni impatto avesse ormai prodotto i propri effetti e non restasse che intervenire su di essi. Negli approcci psicosociali, viceversa, si tende ad attribuire peso anche ai fattori di stress – e talora di vera e propria

traumatizzazione – che hanno luogo dopo l'arrivo in un contesto occidentale, a causa non solo della nuova condizione di vita e delle difficoltà di adattamento a una società estranea e a una cultura diversa dalla propria, ma anche del trattamento ricevuto dal sistema di accoglienza.

Quali sono, nello specifico, tali fattori di stress? Innanzitutto, occorre sottolineare che il venir meno di una imminente minaccia di morte non implica affatto il raggiungimento di una stabilità, né dal punto di vista sociale né da quello emozionale. Al contrario, è soprattutto il senso dell'identità personale a essere minacciato. Nella fase che precede l'esame della domanda d'asilo, le persone ricevono assistenza, ma – specialmente in un primo momento – percepiscono sia l'incertezza della propria condizione sia, in alcuni momenti, un atteggiamento di sospetto circa la veridicità dei loro racconti. Del resto, questi debbono essere modellati in forme tali da renderli convincenti agli occhi degli esaminatori, mentre gli aspetti che coinvolgono più a fondo l'esperienza emotiva debbono essere taciuti o adattati. L'identità personale è, dunque, in un certo senso sospesa e la mancanza di documenti, che non consente di presentarsi agli altri con un nome e un luogo di nascita dichiarati, accresce questo sentimento di sospensione. Se poi il responso della commissione è negativo – nonostante la possibilità di presentare ricorso – il processo di ricostruzione psicologica subisce un ulteriore blocco.

Anche nei casi di esito positivo persistono problemi di adattamento linguistico e culturale – acuitizzati, in alcuni contesti, da atteggiamenti di ostilità o da pregiudizi presenti nel luogo di accoglienza. Le forme di resilienza dimostrate in occasione della fuga e del viaggio possono rivelarsi inadeguate a fronteggiare questa condizione che, del resto, può far emergere da parte dei rifugiati reazioni controproducenti, che ne aumentano il grado di isolamento. Le risorse cognitive, emotive e relazionali di ciascuno giocano ovviamente una funzione importante in questi frangenti, così come quelle socioculturali, che in parte dipendono anche dai ruoli svolti in precedenza. L'aver ricoperto ruoli di responsabilità (come talora avviene per i rifugiati politici) può rivelarsi un aiuto, in quanto si accompagna alla sedimentazione di conoscenze ed esperienze. Tuttavia, in questo è anche presente un margine di ambivalenza: infatti, la condizione di rifugiato obbliga a una radicale ridefinizione del proprio status e prestigio, e questa può essere più gravosa per chi la percepisce come un salto improvviso verso una condizione nettamente inferiore.

Tenendo conto di tutto quanto si è sin qui osservato, potremmo dire che gli orientamenti psicosociali ritengono che sia necessario considerare la condizione dei migranti nella loro integralità, ovvero in quanto persone con caratteristiche individuali e collettive tra loro differenziate e con esperienze distinte, nel passato e nel presente. Essi sono inseriti in reti sociali a loro volta incluse in un contesto sociopolitico che opera a varie scale: da quella più prossima a ciascun soggetto, sino a quella locale, nazionale, internazionale. Chi lavora con loro deve avere un atteggiamento riflessivo, che implica chiarezza critica tanto sul sistema in cui si è inseriti e sui rapporti di potere che si pongono tra i vari soggetti, quanto sulla propria posizione, motivazioni, relazioni, atteggiamenti culturali.

Per operare efficacemente, occorre agire a più livelli: individuale, familiare, comunitario, sociale; inoltre, per poter rispondere a una pluralità di esigenze psicologiche e sociali occorre lavorare in rete, usufruendo di una pluralità di competenze. La rete, d'altra parte, non è limitata solo ai portatori di conoscenze formali di stampo occidentale ma deve aprirsi quando possibile anche alle comunità nelle quali i migranti già sono inclusi o potrebbero esserlo. La finalità dell'integrazione sociale è dunque presente nell'intervento; essa tuttavia è ben distinta dall'idea di una assimilazione al modello della società di accoglienza. Anzi, la specificità culturale dei migranti deve essere tutelata e valorizzata, in una prospettiva di cambiamento complessivo della società. Di fronte a particolari difficoltà, poi, i saperi culturali delle varie comunità riguardo alla salute e alla malattia debbono essere chiamati a cooperare con le conoscenze mediche e psicologiche occidentali. Tuttavia, l'idea della cura non è necessariamente quella prioritaria e, quando possibile, l'intervento deve cercare di prevenire il cronicizzarsi del disagio, piuttosto che di operare ex post in forma terapeutica.

È bene ribadire che gli approcci psicosociali non corrispondono a posizioni esterne o marginali nel campo psicologico. Non si tratta di una focalizzazione sulla dimensione sociopolitica, simmetrica rispetto a quella sul trauma: chi sostiene questo orientamento è uno psicologo a tutti gli effetti, che può servirsi di varie tecniche a livello individuale e di gruppo e che, in genere, non disconosce affatto la necessità di interventi clinici ma tende a valutarne l'opportunità tenendo conto delle diverse situazioni e fasi della migrazione, inserendo comunque la terapia in un quadro di azione più vasto e con molte finalità complementari.

Gli approcci etnopsichiatrici

Come i precedenti, anche gli approcci che qui vengono qualificati come etnopsichiatrici non costituiscono un indirizzo unico bensì una pluralità di orientamenti teorici e, soprattutto, di pratiche di intervento con persone di culture diverse da quella occidentale. I vari orientamenti hanno denominazioni diverse: così, per esempio, si parla di *ethnopsychiatrie*, *ethnopsychanalyse*, *psychiatrie comparée*, *clinique interculturelle* o *transculturelle* in Francia e nel Québec; oppure di *trans-* o *cross-cultural psychiatry* negli Stati Uniti (Lecomte, Jama e Legault, 2006).

Indipendentemente dalle distinzioni connesse a questi termini, si può dire che in generale questo approccio valorizza a fondo le variabili culturali nel rapporto terapeutico con i migranti, siano essi rifugiati, persone già stabilmente presenti in una società occidentale o, ancora, soggetti appartenenti alle seconde generazioni. Il riferimento teorico è generalmente psicoanalitico – almeno nell'ambito francofono – ma ciò non implica incompatibilità con altre ispirazioni: in particolare, alcuni degli aspetti prima richiamati a proposito degli orientamenti psicosociali potrebbero essere condivisi in ambito etnopsichiatrico (Coppo, 2003).

In questa sede si farà cenno soprattutto alla scuola francese, i cui fondamenti vanno ricercati nell'etnopsicoanalisi di Georges Devereux (1970; 1972). Due principi sono essenziali nel pensiero di questo autore. Il primo è rappresentato dall'universalismo psichico, inteso come unitarietà di fondo del funzionamento della mente umana – che tuttavia non presuppone omogeneità, in quanto l'universale è filtrato dal particolare delle espressioni culturali. Esso ha come conseguenza la pari dignità non solo degli individui ma anche dei modi di vita e di pensiero delle diverse popolazioni (Moro, 2009). L'aspetto più innovativo è tuttavia rappresentato dal secondo principio, che ha una natura metodologica e riguarda la necessità di un "complementarismo" nell'attività terapeutica, ovvero di uno sguardo pluridisciplinare, che implica in modo specifico la collaborazione tra la psicoanalisi e l'antropologia. I due sguardi – e le rispettive strumentazioni concettuali – sono entrambi necessarie ma non operano in modo fusionale né contemporaneamente. Si tratta piuttosto di due discorsi che si intersecano rimanendo distinti, come le battute di un dialogo fra due interlocutori. Soprattutto, è escluso ogni tipo di riduzionismo, sia quello della dimensione psichica nei confronti della sfera socioculturale sia quello opposto.

L'approccio di Devereux in ambito francese è stato seguito e sviluppato da Tobie Nathan, che ha insistito soprattutto sull'idea che la migrazione costituisca in se stessa un evento traumatico in quanto "rottura" dell'omologia tra il quadro culturale esterno e quello personale interiorizzato (Nathan, 1986). Attraverso la migrazione, infatti, le elaborazioni culturali che orientano le credenze, i modi di vita e le relazioni con gli altri – e che sono introiettate sin dall'infanzia, divenendo parte integrante dell'identità – non trovano più corrispondenza con quelle condivise nella società di arrivo, ponendo un problema essenziale di identità personale. Nathan sviluppa questa idea nel quadro di una concezione della cultura più forte rispetto a quella di Devereux, che attribuisce ad essa i caratteri di un sistema dotato di un qualche grado di chiusura.

Un'altra importante innovazione di Nathan rispetto a Devereux – sempre rimasto fedele al dispositivo classico dell'analisi freudiana – è l'introduzione nella terapia di un dispositivo gruppale. Ciò non significa che la terapia si svolga con gruppi di pazienti, come invece avviene in alcune metodologie tipiche degli approcci psicosociali, ma che il paziente è seguito da un gruppo terapeutico.⁷ Per Nathan, questa scelta non corrisponde solo all'esigenza di una complementarità interdisciplinare ma è anche necessaria a causa del fatto che in molte concezioni tradizionali la relazione duale tra paziente e terapeuta non è ritenuta accettabile, specie quando si tratta di porre tra loro in relazione due universi, quello della realtà visibile e quello in cui compaiono entità invisibili, come per esempio gli spiriti degli antenati. Nel gruppo le cose vengono dette sempre in confidenzialità ma di fronte a testimoni, il che rinvia il paziente a una situazione collettiva propria della sua cultura, consentendogli di ricevere

⁷ *In realtà, nell'esperienza del gruppo di M.R. Moro – di cui si parlerà tra breve – si svolgono anche attività terapeutiche dirette a gruppi familiari. Per l'analisi di un caso, si veda Mouchenik et al. (2010).*

l'appoggio e il riconoscimento di una piccola comunità.

Inoltre, come osserva Nathan (2000), la presenza dei gruppi ha una grande importanza, pur in forme diverse, anche nelle società contemporanee con riferimento ai temi della salute, come mette in luce la proliferazione dei gruppi di auto-aiuto, o *lobby*, composti da persone che presentano la stessa sindrome. Ma, soprattutto, l'etnopsichiatria richiede questo dispositivo plurale perché l'etnopsichiatra occidentale ha sempre, almeno idealmente, accanto a sé un suo doppio, che lo obbliga a interrogarsi sul fondamento dei suoi paradigmi, metodi e risultati: il guaritore o il terapeuta tradizionale delle popolazioni da cui provengono i pazienti.

Un altro ruolo centrale nell'etnopsichiatria dell'area francofona è quello svolto da Marie Rose Moro e dal gruppo che l'affianca presso l'Hôpital Avicenne e l'Università Paris 13 a Bobigny, nella periferia di Parigi. Anche in questo caso si tratta di un gruppo erede del pensiero di Devereux: rispetto a Nathan, tuttavia, esso è caratterizzato da una concezione più aperta e plastica della cultura, centrata sull'idea del *métissage*, ossia dell'ibridazione che ha luogo soprattutto nelle seconde generazioni e che vale in entrambi i sensi: la cultura della società d'arrivo ha un impatto sul migrante, ma questi, a sua volta, rende ibrida tale società. Anche dal punto di vista degli apporti complementari, necessari nel lavoro con i migranti, l'apertura è più ampia: se Devereux pensava essenzialmente all'interazione tra psicoanalisi e antropologia, il gruppo di Bobigny vi include anche la linguistica, la sociologia, le pratiche psicoterapeutiche non psicoanalitiche, la filosofia, la storia. Il pluralismo riguarda poi anche il sistema delle relazioni nelle quali il migrante è immesso e che l'attività terapeutica contribuisce a espandere e a strutturare in rete: infatti, come afferma Moro (2009), "l'etnopsicoanalisi è prima di tutto una pragmatica del legame e il terapeuta, in questa situazione, è un tessitore" (p. 39).

Il dispositivo di gruppo, adottato all'Hôpital Avicenne e nelle esperienze che vi si ispirano⁸ può essere di due tipi: il grande gruppo (da 8 a 12 terapeuti) e il piccolo gruppo (da 4 a 6). Quest'ultimo ha una struttura meno rigida ed è maggiormente adatto con culture che, come quelle dell'Estremo Oriente, potrebbero sentirsi in qualche modo minacciate da un gruppo più grande. Spesso nel grande gruppo sono presenti soggetti caratterizzati da competenze, età ed estrazioni culturali diverse: anche da questo punto di vista il confronto interculturale non è diadico (la cultura occidentale e quella del paziente) ma poliedrico. Fondamentale è poi la presenza di un interprete, che consente al paziente di esprimersi nella lingua madre quando lo desidera. Esiste, comunque, la figura di un terapeuta principale, che guida la seduta e invita gli altri co-terapeuti a intervenire, quando lo ritiene opportuno. La storia del paziente è il punto di partenza dell'incontro, come pure sono essenziali i riferimenti ai luo-

⁸ Si possono citare le esperienze canadesi del Québec e, in particolare, la clinica di psicologia del Dipartimento di Psicologia dell'Università Laval di Québec (Martins Borges e Pocreau, 2012). In Italia, si possono ricordare le esperienze di Crinali a Milano e di Mamre a Torino. Per un quadro più ampio, si veda il sito www.clinique-transculturelle.org (ultima consultazione 2.11.2014).

ghi, alle persone, ai nomi degli oggetti e delle azioni nella sua lingua originaria. Questo favorisce l'esposizione del problema e il richiamo ai modi con cui la cultura di appartenenza lo avrebbe affrontato. In ogni caso, l'elaborazione del senso della malattia e della sofferenza è un fine ultimo del trattamento, e a questo scopo è importante anche l'enunciazione di punti di vista "terzi" (ovvero di soggetti che non appartengono né alla cultura del terapeuta né a quella del paziente) che aprano il campo delle valutazioni eziologiche e delle strategie di uscita dalle situazioni più difficili.

Nel complesso si può dire che, specie nell'interpretazione di Moro e dei suoi collaboratori, l'etnopsichiatria, pur aspirando a divenire una disciplina specifica, ha un carattere parzialmente eclettico e non del tutto codificato, che attribuisce importanza alla sperimentazione e alla pratica ancor prima che alla rispondenza stretta a canoni teorici predefiniti.

L'esperienza di Psicologi nel Mondo – Torino

Dopo aver tracciato un quadro sintetico degli orientamenti più frequentemente usati nel sostegno psicologico ai rifugiati e richiedenti asilo, si può ora passare a una riflessione sull'esperienza compiuta in tale campo nell'ultimo anno (più precisamente dal settembre 2013) da alcuni membri del gruppo di Psicologi nel Mondo – Torino. Tale esperienza si è compiuta, attraverso una collaborazione con l'associazione Me.Dia.Re (specializzata soprattutto nella mediazione di conflitti, con presenza anche di psicologi), in un progetto, attivato dalla città di Torino nel quadro dello SPRAR, di inclusione sociale dei richiedenti asilo e dei titolari di protezione internazionale o umanitaria. Esso è nato da un "accordo", ai sensi della legge 241/1990, tra Ministero dell'interno e Comune di Torino, che prevede interventi in rete ed erogazione di servizi.

L'attività svolta ha riguardato il sostegno psicologico a migranti ospitati in strutture residenziali gestite da cooperative, ai quali, oltre al vitto e l'alloggio, erano garantiti anche servizi di assistenza legale in vista dell'audizione presso la Commissione o degli eventuali ricorsi e, in alcuni casi, una borsa lavoro. Le persone ci sono state inviate in quanto avevano fatto richiesta di parlare con noi; le segnalazioni sono pervenute dai responsabili dell'Ufficio stranieri del Comune di Torino o dagli educatori operanti nelle strutture residenziali. Oltre a ciò, l'incarico ha previsto anche attività di formazione e supervisione agli operatori del comune e agli educatori. Tale incarico è ora terminato, anche se alcune delle persone seguite potranno transitare in un successivo progetto. Inoltre, in collaborazione con Me.Dia.Re, è iniziata nel luglio 2014 una nuova attività – per il Comune di Torino – rivolta ai minori stranieri non accompagnati/MSNA: il relativo progetto (denominato "Masnà", un termine che in piemontese significa "bambini") prevede non solo il sostegno individuale ma anche lo svolgimento di lavori di gruppo, per mezzo di laboratori di teatro di comunità e di audiovisivi.

Il lavoro sin qui svolto ha coinvolto 65-70 persone, le cui provenienze riguardano soprattutto tre aree geografiche. Una è asiatica e comprende il Pakistan e l'Afghanistan; le restanti due sono africane e comprendono rispettiva-

mente l'Africa Occidentale ed equatoriale (Mali, Senegal, Gambia, Costa d'Avorio, Congo-Brazzaville e Repubblica Democratica del Congo) e il Corno d'Africa (Eritrea e Somalia). Solo quest'ultima provenienza vede una consistente presenza femminile. Chi giunge dall'Africa ha compiuto un percorso che generalmente passa dalla Libia e ha comportato il transito in mare; la fuga dai Paesi asiatici avviene invece soprattutto via terra. Le condizioni sono assai diverse dal punto di vista giuridico: c'è chi ha già ottenuto una protezione internazionale o umanitaria e chi invece deve ancora essere ascoltato dalla commissione oppure ha fatto ricorso dopo la prima valutazione. Nel corso della presa in carico, lo statuto per alcuni è cambiato (per esempio, è stato riconosciuto lo status di rifugiato); per altri, sono cambiate le condizioni materiali, per esempio a causa della conclusione del progetto. Nel mese di luglio, per esempio, c'è stata un'ondata di espulsioni dalle case di accoglienza per la fine dei rispettivi progetti: ciò ha dato luogo anche a interventi di polizia e situazioni di tensione.

La richiesta di parlare con gli psicologi è spesso motivata dalla presenza di sintomi come insonnia, incubi ricorrenti, stati d'ansia, depressione; non di rado tuttavia vengono riferiti anche disturbi fisici, quali mal di testa o dolori in varie parti del corpo. Si è cercato di fissare un primo colloquio con ciascuno dei richiedenti in tempi ragionevolmente rapidi, evitando la formazione di code e valutando che, in una situazione di sospensione e di lunga attesa, quale è quella dei rifugiati, l'ulteriore dilazione di un incontro avrebbe potuto rappresentare un fattore negativo. La durata della presa in carico è stata variabile in funzione delle problematiche emerse (tuttavia, in numerosi casi, è stata quanto meno di alcuni mesi) e la frequenza degli incontri è stata per lo più settimanale.

Per ciò che riguarda il dispositivo adottato, esso si è ispirato al modello del "gruppo piccolo" praticato da M.R. Moro e dal suo gruppo. Se n'è discusso in alcuni seminari di formazione e supervisione con Isam Idris, psicologo e terapeuta presso l'Hôpital Avicenne e membro di quel gruppo. Le variazioni rispetto a quel modello sono state rese necessarie dalla situazione in cui si è svolta l'attività, che ha riguardato persone di recente approdo in Italia, in condizioni di totale assenza di certezze, per le quali – pur non mancando l'espressione di sintomi di traumatizzazione – le esigenze pratiche sono apparse spesso sovrastare ogni altro aspetto. Non abbiamo, dunque, interpretato la nostra attività – almeno in primo luogo – come squisitamente terapeutica, ma più ampiamente come un lavoro di accoglienza e di confronto con i problemi dei migranti, volto a rimetterne in azione le risorse e a rafforzarne la resilienza. Per questo, su impulso di Idris, il dispositivo è stato denominato (in francese) *Dispositif d'Accueil pour Demandeurs d'Asile*, un nome che non nega affatto – ma non enfatizza – il lavoro terapeutico sul trauma.

Ad ogni modo, tale dispositivo vede presenti nella seduta un terapeuta (il termine può essere mantenuto, pur con le precisazioni prima esposte) e una seconda figura di co-terapeuta, affiancati – quando necessario – da un mediatore culturale. Il terapeuta principale è sempre uno psicologo, il co-terapeuta può essere a sua volta psicologo o avere competenze antropologiche, sociologiche o di altro tipo ancora. Il mediatore culturale appartiene a pieno titolo al gruppo; ha un ruolo di mediazione linguistica (assolutamente necessaria, per

noi, con persone che parlano solo l'arabo, il somalo, il dari, il pashtun, il farsi, il mandinka), ma è anche importante come figura intermedia tra due universi culturali. Non sempre, tuttavia, la sua presenza è indispensabile o, addirittura, opportuna. L'assenza di mediatori può verificarsi a condizione che i rifugiati parlino italiano o una lingua che anche lo psicologo e/o il co-terapeuta conoscono, ma è legata soprattutto al fatto che essi esprimano il desiderio di non avere nel piccolo gruppo figure non italiane. Questo si è verificato effettivamente in alcune situazioni; in altre è avvenuto che il mediatore proposto da noi non risultasse adeguato alle esigenze del rifugiato, non essendovi alternative disponibili. Infatti, talora non è sufficiente che il mediatore conosca la lingua adatta per la comunicazione con la persona che si è rivolta a noi; occorre anche che abbia caratteristiche di età, genere, provenienza geografica che consentano effettivamente di facilitare l'incontro. Se queste non si danno, vi può essere un motivo di rifiuto, indipendentemente dalle qualità personali. Così, per esempio, può avvenire che una mediatrice somala non sia adatta rispetto a una rifugiata anch'essa somala perché le due donne appartengono a clan diversi; oppure che un rifugiato proveniente da un Paese in cui è in atto una guerra civile tema che il mediatore simpatizzi per la fazione avversa.

Riguardo ai mediatori, vi è poi da osservare che, perché la loro funzione dia i risultati migliori, devono poter partecipare a un'attività formativa assieme agli psicologi e alle altre figure presenti nel dispositivo. La formazione di base ricevuta per assumere il ruolo di mediatore può non essere sufficiente per partecipare a colloqui di natura psicologica e, talora, non basta neppure l'esperienza maturata con psicologi che adottano altri dispositivi.⁹ La formazione deve riguardare sia le modalità di funzionamento del piccolo gruppo sia la gestione degli aspetti emotivi che si presentano nel colloquio e che spesso sono molto intensi. Ciò vale, ovviamente, anche per gli altri membri del gruppo di accoglienza, ma per i mediatori si deve anche tenere conto del fatto che essi, in molti casi, sono persone che hanno sofferto in un passato molto recente esperienze traumatiche analoghe a quelle del rifugiato che sta loro davanti. Il rischio di una ri-traumatizzazione – di fronte a narrazioni di forte impatto emotivo – è dunque incombente o, comunque, lo è quello di reazioni che interferiscano negativamente con lo svolgimento del colloquio. Nonostante l'esigenza di una formazione (e, in parte, anche di una supervisione) comune a tutto il piccolo gruppo, non è stato sempre agevole trovare le condizioni per realizzarla: gli ostacoli sono derivati dalla molteplicità di impegni dei mediatori e dalla situazione di continua rincorsa delle richieste di colloquio che ci si è trovati ad affrontare. Ad ogni modo, si è potuto verificare come, specie nel caso dei colloqui più difficili, sia necessario dedicare quanto meno alcuni minuti alla preparazione, con una breve discussione nel gruppo di accoglienza, come pure sia utile svolgere al termine del colloquio una altrettanto rapida sessione di commento e "scarico".

Coerentemente con quanto detto sinora, si può osservare che i contenuti dei colloqui sono fortemente variabili in funzione della situazione e delle esigenze del migrante. Da parte nostra non è stata richiesta in modo primario la

⁹ Sui gruppi di psicologi che lavorano con rifugiati e migranti a Torino, si veda Mela (2012).

narrazione delle esperienze passate; spesso il punto di partenza è rappresentato dalla situazione presente e dalle difficoltà della vita quotidiana nel contesto attuale. D'altro canto, spesso i richiedenti asilo sono obbligati a esibire una narrazione di sé in varie occasioni: per preparare l'audizione nella Commissione oppure di fronte ai funzionari del Comune, agli operatori dei servizi ecc. Per questo hanno pronte una autopresentazione e una narrazione stereotipata e più o meno veritiera che ritengono adeguata alle circostanze. Per lo più, anche nel contatto iniziale con il nostro gruppo, questa narrazione emerge subito; di essa si prende atto, senza che abbia particolare importanza la sua corrispondenza a una storia reale. Quando si sia creato un clima di fiducia all'interno del gruppo, vi saranno le condizioni perché si possa ritornare sulle esperienze più traumatiche con maggiore profondità, con incontri in cui la finalità terapeutica sia predominante e sia anche effettivamente richiesta. In altre situazioni, invece, l'urgenza di parlare delle proprie esperienze traumatiche è tale che si entra immediatamente nel colloquio; è però possibile che, dopo un incontro a forte impatto emotivo, la persona non si presenti al colloquio successivo e riprenda solo dopo un breve periodo di pausa.

Anche la manifestazione degli aspetti più strettamente culturali è soggetta a forte variabilità. Vi sono persone la cui appartenenza a un universo culturale diverso da quello occidentale emerge con forza sin dall'inizio e interviene, per esempio, nell'interpretazione dell'eziologia dei sintomi di cui si parla nei colloqui. Così, per esempio, essa si evidenzia nel significato attribuito ai sogni, o nel richiamo a soggetti invisibili. In queste situazioni, la conoscenza accumulata dagli psicologi, il supporto di un sapere antropologico e il ruolo dei mediatori culturali si rivelano preziosi. In altri casi, le differenze culturali sono latenti perché in qualche misura mediate dallo stesso rifugiato che, avendo ricevuto un'educazione formale di tipo occidentale o avendo vissuto in contesti multietnici, ha già sviluppato la capacità di usare nella comunicazione con gli italiani quegli aspetti della propria competenza culturale che ritiene più adeguati.

In entrambi i casi sarebbe sbagliato sottovalutare gli aspetti culturali o, al contrario, esasperarli, formandoci una rappresentazione dell'interlocutore come quella del puro e semplice membro di un'etnia portatrice di una cultura organicamente "altra". Sono fattori di rischio tanto l'ignoranza o la consapevole sottovalutazione dell'alterità (magari in nome di un universalismo scienziasta), quanto l'incontrollata fascinazione nei suoi confronti. I primi due atteggiamenti costringerebbero il migrante ad autocensurare quegli aspetti della propria esperienza o del proprio pensiero che potrebbe ritenere oggetto di stigmatizzazione da parte degli psicologi occidentali. Il terzo, all'inverso, potrebbe indurlo a identificarsi in modo forzato unicamente con tali aspetti, per apparire più interessante agli occhi dei suoi interlocutori. Ambedue le situazioni provocherebbero una distorsione della relazione, che renderebbe più difficile l'emergenza delle problematiche vissute nella loro reale complessità, generata spesso proprio dall'intreccio di elementi culturali eterogenei. Tale complessità, tuttavia, non è solo un problema anche una risorsa fondamentale, dalla quale potranno uscire vie di risoluzione nella direzione di un fruttuoso *métissage*, purché l'ibridazione sia favorita e valorizzata dalle figure di aiuto.

Al di là degli aspetti ora richiamati, si può comunque affermare che un compito fondamentale del gruppo di accoglienza è stato quello di aiutare i migranti forzati a formulare dei progetti. Come già osservato, una condizione comune alla maggioranza di loro è proprio l'assenza di un progetto legato all'esperienza di vita in un nuovo Paese; questo ha effetti potenzialmente distruttivi non solo sulla salute ma anche sull'autostima e sulla continuità dell'identità personale. Anche in questo caso, non si tratta di forzare la creazione di rappresentazioni di un futuro a lungo termine, che potrebbero dimostrarsi irrealistiche, provocando disillusioni rovinose. Il progetto nasce piuttosto come organizzazione della vita quotidiana e raccolta delle energie per far fronte nell'immediato ai problemi pratici e a quelli relazionali, come pure per cogliere occasioni che vengono offerte, per lo più per tempi limitati: l'apprendimento della lingua italiana, l'ottenimento della licenza media, l'alloggio, la borsa lavoro, la stessa relazione con figure di supporto. A mano a mano che la situazione consente una stabilizzazione, le persone possono essere accompagnate a esprimere una progettualità di medio termine, che possa riguardare, per esempio, la ricerca di un'abitazione e di un lavoro quando viene meno il sostegno pubblico, l'allargamento della rete relazionale, la qualificazione professionale e, nei casi in cui questo è possibile, il ricongiungimento familiare. La progettualità rivolta al futuro può poi accompagnarsi a una rielaborazione del passato, cercando di ricostituire il senso di un'esperienza di vita al di là dei suoi aspetti più dolorosi oppure tentando di rafforzare il sentimento di identità personale e di ricostruire il proprio modello di resilienza, adeguandolo alla mutata situazione di vita.

Riflessioni conclusive

Benché il progetto specifico di cui si è sin qui parlato, sia ormai in via di conclusione, altre attività con rifugiati e con migranti (minorenni e adulti) sono state avviate dal gruppo di Psicologi nel Mondo – Torino, in forma indipendente o in collaborazione con altri. Dunque, ogni bilancio è ancora parziale e ogni tentativo di trarre delle generalizzazioni dall'esperienza accumulata potrebbe rivelarsi prematuro o addirittura fuorviante. Pur tenendo conto di questo, non è tuttavia inutile svolgere qualche riflessione intermedia, a partire da una valutazione critica (e autocritica) su quanto già fatto.

Se si focalizza l'attenzione in modo prevalente sul lavoro compiuto – facendo dunque un esercizio di autovalutazione – il quadro che se ne può delineare comprende aspetti positivi e qualche punto di debolezza.

Molte delle persone prese in carico hanno compiuto un percorso che le ha condotte a migliorare il loro stato di benessere psicologico. Questo è emerso negli incontri in cui ci si è confrontati internamente al gruppo che ha operato sul progetto: si tratta di una valutazione qualitativa che, ovviamente, dovrebbe essere differenziata in base ai casi singoli; ciò non di meno, il bilancio di molti interventi individuali può essere considerato positivo. Certamente, una valutazione di questo tipo non pone un legame di causa ed effetto tra l'intervento e il risultato conseguito; là dove si può osservare un miglioramento, questo dipen-

de da una molteplicità di fattori, riconducibili anche al mutamento di condizioni materiali o di status giuridico (come l'ottenimento dello status di rifugiato), all'azione di altri operatori (quali gli educatori attivi nelle strutture residenziali) oppure a eventi esterni non controllabili da parte dell'intera rete di appoggio (per esempio, l'arrivo notizie rassicuranti dalla famiglia rimasta nel Paese d'origine). In tale contesto, è comunque probabile che il supporto psicologico abbia giocato un ruolo significativo: talora questo risulta dai rimandi provenienti direttamente dalla persona presa in carico o anche da operatori esterni. In altri casi traspare indirettamente dal clima di fiducia che si è venuto a creare nei colloqui. Per quanto concerne l'influenza della rete di supporto, si può poi sottolineare come il tentativo di rinsaldare i legami con gli altri attori sia stato un obiettivo esplicito nel nostro lavoro e che questo sforzo in molti casi abbia dato risultati nel complesso soddisfacenti.

Gli aspetti critici che è possibile rilevare sono legati al fatto che, specie in alcuni periodi, si è operato in condizioni di emergenza, caratterizzate dalla continua richiesta di nuove prese in carico. Questa è, del resto, una condizione vissuta quotidianamente – almeno nell'anno trascorso – da tutti i soggetti (istituzionali o di terzo settore) che si occupano di richiedenti asilo e rifugiati: la stessa esigenza di dividerne le difficoltà e di rafforzare la rete ha portato a essere coinvolti nel medesimo clima. Ciò ha condotto a un impegno prevalente nell'attività di colloquio individuale con chi ne ha fatto richiesta, sottovalutando altri momenti essenziali: in particolare, il confronto collettivo, la supervisione, la condivisione delle conoscenze accumulate, la raccolta e l'aggiornamento continuo della documentazione sui casi affrontati. In taluni momenti, questo ha anche esposto gli psicologi più impegnati nei colloqui a rischi di burnout.

Se poi si allarga la riflessione includendo un contesto più ampio, vi sono anche altri aspetti che meritano attenzione. Uno di essi riguarda il complessivo sistema di accoglienza messo in opera nel nostro Paese. Si è sopra accennato al clima emergenziale che caratterizza il lavoro quotidiano dei diversi attori, secondo l'esperienza diretta che il nostro gruppo ha raccolto nel periodo 2013-2014. Questo non è un fatto momentaneo ma piuttosto una costante, anche indipendentemente dalle specifiche pressioni che il sistema italiano subisce in corrispondenza dello scoppio di crisi internazionali. Nonostante il continuo ripetersi di tali emergenze – quanto meno a partire dai primi anni Novanta – il meccanismo di risposta mantiene una natura asistemica e frammentaria, quasi come se la crisi fosse un evento straordinario, superato il quale si potesse tornare a un'ipotetica normalità. La frammentazione stessa – dovuta ai vincoli burocratici, alla debolezza delle risorse, alla segmentazione dei ruoli tra istituzioni di diverso livello, alla prevalenza di un trattamento dei problemi basato su progetti ogni volta diversi nei contenuti e nelle procedure – ha come effetto la difficoltà comune di far tesoro delle esperienze passate e di affinare la capacità di operare in modo sinergico. Questo non ha precluso lo sviluppo di buone pratiche, in genere dovute anche all'impegno intenso di attori motivati e competenti, ma ha ostacolato l'apprendimento generalizzato da esse. Perciò, per citare le parole che chiudono un saggio recente dedicato al tema, se ci si interroga “se venti anni di esperienze, di buone prassi, realizzate nell'ambito del

rifugio abbiano contribuito alla creazione di una effettiva *cultura* del rifugio, la risposta è evidentemente: non ancora” (Signorini, 2014, p.30).¹⁰

La frammentazione, poi, ha anche altre conseguenze per i rifugiati, in quanto “utenti” dei servizi e dei progetti. Essa comporta infatti da parte loro l’impegno di molte energie per comprendere il sistema nella sua complessità ma anche nelle sue contraddizioni, cercando di orientarsi al suo interno e, se possibile, di trarne alcuni vantaggi. Questo compito individualizza fortemente il rapporto tra il singolo rifugiato e il sistema: per riprendere ancora le riflessioni di Signorini (2014), esso trasforma il primo in un “cliente fedele” del secondo, piuttosto che in un potenziale nuovo cittadino titolare di diritti, ma anche di responsabilità. Infine, la scelta di operare spesso per progetti gestiti da amministrazioni, che a loro volta attribuiscono compiti al terzo settore attraverso bandi, ha anche l’effetto di generare una condizione di competizione tra gli attori e le associazioni che si occupano dei rifugiati: se è lungi dall’essere dimostrato il vantaggio di questo procedimento in termini di efficienza economica, è certo che esso non favorisce affatto il completo dispiegamento delle competenze potenzialmente disponibili (anche a titolo gratuito), né la messa in comune di esperienze e informazioni.

Altre osservazioni si riferiscono più direttamente al lavoro di chi opera per il supporto psicologico dei migranti forzati. Per quanto si tratti di un’attività che richiede una specifica competenza, sarebbe nocivo un atteggiamento che intendesse limitarsi a garantire la qualità delle proprie prestazioni, senza tener conto delle potenziali ambiguità cui queste sono sempre esposte, per il contesto complessivo nel quale si inquadrano. Infatti, non solo nell’esperienza italiana, ma anche in quella di altri Paesi, le politiche rivolte ai rifugiati e richiedenti asilo si collocano in un ambito in cui sono compresenti scopi di integrazione, ma anche di controllo e persino di marginalizzazione o esclusione (Bolzman, 2001). Per la sua natura, il supporto psicologico ha finalità rivolte al benessere delle persone, ma chi lo svolge non può trascurare di essere consapevole degli effetti legati alla sua interazione con il più complessivo sistema di trattamento dei rifugiati. Lo stesso *Manuale operativo* a cura del Servizio Centrale dello SPRAR¹¹ rischia di lasciare adito ad ambiguità quando, nel tratteggiare la figura dello psicologo, dice che il suo compito è di svolgere un’azione di interfaccia tra il singolo e il sistema di accoglienza “sapendo anche intervenire per far incontrare le esigenze e istanze dell’individuo con i bisogni del progetto nella sua complessità. La figura dell’etnopsicologo diventa importante nei casi di accoglienza di persone con particolari fragilità o con difficoltà ad accettare le nuove condizioni di vita offerte” (p. 19). La funzione descritta appare

¹⁰ *D'altra parte, manca in Italia un modello più generale di integrazione dei migranti; o meglio, esiste un modello di integrazione “molecolare”, fatto di iniziative per lo più locali, misure nazionali poco consistenti, spesso nate da sollecitazioni dell’UE (Barberis e Boccagni, 2014).*

¹¹ *Il Manuale operativo per l’attivazione e la gestione di servizi di accoglienza e integrazione per richiedenti e titolari di protezione internazionale è disponibile all’indirizzo <http://www.serviziocentrale.it/file/pdf/manuale.pdf>*

certamente integrativa, ma evoca non tanto l'aiuto a sviluppare percorsi di autonomia e di partecipazione attiva, quanto l'accompagnamento all'accettazione di situazioni predisposte dalle strutture di accoglienza.¹²

Anche l'insistenza sugli aspetti di fragilità dei rifugiati (specie di quelli che fuggono dalle guerre) merita qualche osservazione conclusiva. Al di là della frase ora citata, questo richiamo è un tratto comune a molta letteratura sul tema e sembra ispirare anche pratiche di intervento del terzo settore, non necessariamente solo in campo psicologico o psicosociale. Per lo psicologo, la concentrazione esclusiva sui problemi legati alla fragilità può indurre all'uso di un paradigma puramente medico-psichiatrico che lo porterebbe a interessarsi alla condizione del rifugiato solo per quegli aspetti in cui si evidenzia un disturbo o, quanto meno, un disagio nel funzionamento cognitivo ed emotivo. La persona, dunque, apparirebbe inevitabilmente solo nella veste di paziente e il lavoro dello psicologo potrebbe essere interpretato solo come intervento clinico, per riparare quelli che – riprendendo il titolo di un importante testo sul tema (Wilson e Droždek, 2004) – verrebbero intesi soprattutto come *broken spirits*. Questo tuttavia implica la riduzione di una condizione sociale e psicologica complessa, dotata di una dimensione collettiva oltre che individuale, a una situazione patologica, da trattare caso per caso con gli strumenti “tecnici” delle discipline di cura (Summerfield, 1999).

La sottolineatura di questo rischio non è affatto un invito a ignorare la presenza, tra i migranti forzati, di situazioni di sofferenza o di vere e proprie patologie, che debbono essere trattate in forma clinica, attraverso l'intervento dello psicologo o, se necessario, dello psichiatra. Del resto, anche nella nostra esperienza, sono state affrontate situazioni di questo tipo e nell'equipe era anche presente una psichiatra, il cui intervento è stato richiesto in alcuni casi, per ragioni di diversa gravità. Il punto da tenere ben presente, piuttosto, è che il lavoro dello psicologo non riguarda solo tali situazioni; del resto anche queste non sempre possono trovare un'adeguata risposta clinica in una fase di incertezza e sospensione quale è quella in cui ci si è trovati a operare. La competenza psicologica è, invece, importante in tutte le situazioni, a patto che interagisca in modo integrato all'interno di una rete, composta di molti operatori, i cui obiettivi debbono essere condivisi. Anche a proposito di questa attività valgono le indicazioni contenute nelle linee guida dello IASC riguardo all'assistenza umanitaria: l'intervento propriamente clinico, riferito a chi abbia già sviluppato una patologia mentale, riguarda il vertice ristretto di una piramide, che rappresenta l'insieme della popolazione colpita da un disastro; alla base della piramide e ai livelli intermedi si trovano varie altre forme di azione ciascuna delle quali, comunque, richiede competenze psicologiche. È certamente

¹² Va comunque segnalato che diversa appare l'impostazione di un altro manuale dello SPRAR (2010), completamente dedicato ai temi della salute mentale del migrante, soprattutto nella seconda parte, curata da R. Beneduce e S. Taliani. Qui, infatti, è sottolineata la dimensione politica delle problematiche dei rifugiati ed è illustrata un'esperienza di lavoro in ambito etnopsichiatrico.

probabile che, se la popolazione in questione è rappresentata da persone che hanno patito sofferenze legate alla guerra, il vertice sia particolarmente ampio; la metafora della piramide, tuttavia, vale anche in questo caso.

Ad ogni modo, lo scopo fondamentale dell'intervento non è tanto riparare fragilità o ferite, quanto aiutare a ricostruire l'identità individuale e collettiva in seguito a una rottura, riannodando i legami tra passato, presente e futuro e facendone riemergere il senso. Per usare le parole dell'antropologo Marc Augé, se il supporto psicologico a chi ha subito esperienze traumatiche è necessario, "non è tanto perché le crudeltà della storia abbiano reso più debole e dipendente da altri lo psichismo individuale, ma perché, quando il passato si dissimula o crolla, fa sì che le solitudini si trovino di fronte all'immagine vuota di un futuro terrificante" (Augé, 2012, p. 29).

Alfredo Mela, Politecnico di Torino, *Psicologi nel Mondo – Torino*.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013), *The diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition/DSM 5*, APA, Arlington VA.
- Anci, Caritas italiana, Cittalia, Fondazione Migrantes, SPRAR, in collaborazione con UNHCR (2014), *Rapporto sulla protezione internazionale in Italia 2014*, <http://www.cittalia.it/index.php/welfare-e-societa/item/5653-rapporto-sulla-protezione-internazionale-in-italia-2014>
- Augé M. (2012), *Futuro*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Barberis E. e Boccagni P. (2014), *Blurred rights, local practices: Social work and immigration in Italy*, "British Journal of Social Work", first published on-line May 12.
- Beneduce, R. (2007), *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma.
- Bolzman C. (2001), *Politiques d'asile et trajectoires sociales des réfugiés: une exclusion programmée: les cas de la Suisse*, "Sociologie et sociétés", 33(2), pp. 133-158.
- Cannella C.C., Cascio G., Molonia F. e Vitulo S. (2014), *Il sistema di accoglienza dei migranti in Italia. Riflessioni a partire da una esperienza di prima accoglienza allo sbarco*, "Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria", 12, pp. 6-29.
- Castles S. (2003), *Towards a sociology of forced migration and social transformation*, "Sociology", 77(1), pp. 13-34.
- Coppo P. (2003), *Tra psyche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Crumlish N. e O'Rourke K. (2010), *A systematic review of treatments for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum seekers*, "The Journal of Nervous and Mental Disease", 198, pp. 237-251.
- Devereux G. (1970), *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Gallimard, Paris.
- Devereux G. (1972), *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Flammarion, Paris.

- Hutchinson M, e Dorsett P. (2012), *What does the literature say about resilience in refugee people? Implications for practice*, "Journal of Social Inclusion", 3(2), pp. 55-78.
- Kienzler H. (2008), *Debating war-trauma and post-traumatic stress disorder (PTSD) in an interdisciplinary arena*, "Social Science & Medicine", 67, pp. 218-227.
- Lecomte Y., Jama S. e Legault G. (2006), *L'ethnopsychiatrie*, "Santé mentale au Québec", 31(2), pp. 7-27.
- Martins Borges L. e Pocreau J.B. (2012), *Serviço de atendimento psicológico especializado aos imigrantes e refugiados: interface entre o social, a saúde e a clínica*, "Estudos de Psicologia", Campinas, 29(4), pp. 577-585.
- Ministero dell'Interno (2014), *Quaderno statistico 1990-2013*, consultato nel mese di ottobre 2014 all'indirizzo http://www.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/temi/asilo/Raccolta_dati_e_quaderno_statistico.html
- Mela A. (2013), *La salute mentale dei migranti: problemi, approcci, contesti*, "Sociologia Urbana e Rurale", 35, 101, pp. 27-42.
- Merton R. (1957), *Social theory and social structure*, The Free Press, New York.
- Miller K.E. e Rasco L. (a cura di) (2004), *The mental health of refugees*, Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Miller K.E. e Rasmussen A. (2010), *War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks*, "Social Science & Medicine", 70 (1), pp. 7-16.
- Moro M.R. (2009), *Les débats autour de la question culturelle en clinique*. In Baubet T. e Moro M.R. (a cura di), *Psychopathologie transculturelle. De l'enfance à l'âge adulte*, Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, pp. 30-48.
- Mouchenik Y., Shehadeh S., Sicard S., Pérouse De Montclos M.O. e Moro M.R. (2010), *Une clinique de l'accueil et de l'accompagnement. La prise en charge d'une famille demandeur d'asile politique réfugiée en France*, *Annales Médico-Psychologiques*, 168(10), pp. 733-739.
- Nathan T. (1986), *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Dunod, Paris.
- Nathan T. (2000), *Spécificité de l'ethnopsychiatrie*, consultato nel mese di ottobre 2014 all'indirizzo http://www.ethnopsychiatrie.net/general/speci_ethno.htm
- Nickerson A, Bryant R.A., Silove D. e Steel Z. (2011), *A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees*, "Clinical Psychology Review", 31, pp. 399-417.
- Palic S. e Elklit A. (2011), *Psychosocial treatment of post-traumatic stress disorder in adult refugees: A systematic review of prospective treatment outcome studies and a critique*, "Journal of Affective Disorders", 131, pp. 8-23.
- Pastore F. e Roman E. (2014), *Implementing selective protection. A comparative review of the implementation of asylum policies at national level focusing on the treatment of mixed migration flows at EU's southern maritime borders*, Fieri Working Papers, <http://fieri.it/2014/11/06/working-paper-implementing-selective-protection/>

- Pupavac V. (2001), *Therapeutic governance: psycho-social intervention and trauma risk management*, "Disasters", 25(4), pp. 358-372.
- Pupavac V. (2004), *Psychosocial interventions and the demoralization of humanitarianism*, "Journal of Biosocial Science", 36(4), pp. 491-504.
- Rehberg K. (2014), *Una rivisitazione del governo terapeutico. La politica dei programmi di salute mentale e psicosociali nei contesti umanitari*, "Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria", 13, 2014, pp. 8-49.
- Rizzo M. (2014), *L'Italia accoglie e spende 62 milioni l'anno ma non reintegra e ne spende altri sette*, "La Repubblica", 9 marzo 2013.
- Ryan D., Dooley B. e Benson C. (2008), *Theoretical perspectives on post-migration adaptation and psychological well-being among refugees: Towards a resource-based model*, "Journal of Refugee Studies", 21(1), pp. 1-18.
- Sforza F. (2014), *Boldrini: "Diremo agli immigrati: benvenuti in un posto sicuro"*, "La Stampa", 17 giugno 2014.
- Signorini V. (2014), *Quale cultura del rifugio? Pratiche e paradossi del sistema-rifugio italiano*, "Africa e Mediterraneo. Cultura e società", 1/2014, pp. 26-31.
- SPRAR (2010), *Le dimensioni del disagio mentale nei richiedenti asilo e rifugiati. Problemi aperti e strategie di intervento*, Cittalia, Roma.
- Steel Z., Chey T., Silove D., Marnane C., Bryant R.A. e van Ommeren M. (2009), *Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis*, "Journal of the American Medical Association", 302(5), pp. 537-549.
- Summerfield D. (1999), *A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas*, "Social Science & Medicine", 48, pp. 1449-1462.
- Wilson J.P. e Droždek B. (a cura di) (2004), *Broken Spirits. The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, and War and Torture Victims*, Brunner-Routledge, New York.