



ARTICOLO ORIGINALE

MIGRAZIONE, ESILIO E PSICHIATRIA CULTURALE: MODELLI DI RICERCA E FATTORI DI RISCHIO CARATTERISTICI PER LA SALUTE MENTALE

V. Infante¹, A. Daverio², V. De Luca³

ISSN: 2283-8961

PREMESSA

La migrazione è un evento caratteristico della storia dell'uomo sin dalla preistoria ed anche quando questi ha cercato una collocazione più stabile in ambienti territoriali definiti, questo fenomeno si è rinnovato spontaneamente o forzatamente. Questa condizione ubiquitaria e continua ha da sempre iscritto nell'animo umano sentimenti di attrazione e di fascino verso l'ignoto e nello stesso tempo sentimenti di dolore per le inevitabili separazioni e di nostalgia per l'abbandono della terra di origine (Frighi, 1984; 1985; 1990). Una conferma di questa transumanza attraverso i vari continenti è stata fornita dagli studi sul DNA (Cavalli Sforza e Bodmer, 1971).

In ogni caso, i movimenti migratori hanno rappresentato, in molti casi, una genuina matrice di nuove forme di civiltà e culture (valga per tutti l'esempio della Magna Grecia).

La stessa transculturalità e la moltitudine di trasmutazioni culturali originate dai movimenti migratori, rendono interessante un'ipotesi di lavoro sulla condizione di salute-malattia in popolazioni in movimento ed in culture che si trasformano.

¹Psichiatra e Psicoterapeuta, Presidente Sezione Speciale di Psichiatria Transculturale della Società Italiana di Psichiatria

² Medico Specializzando in Psichiatria presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Istituto Italiano di Igiene Mentale Transculturale

³Psichiatra e Psicoterapeuta, Istituto di Igiene Mentale Transculturale. ASL Roma G.

Per ciò che riguarda questo specifico ambito psichiatrico, la metodologia clinica è complessa e ambigua situandosi in una posizione intermedia tra quelle procedure che discendono dai microprocessi culturali verso l'individuale (Modello idiografico) e quelle che ascendono attraverso i sintomi basali o invariati (Modello nomotetico) (Rovera, 1984).

Modello idiografico (<i>emic approach</i>)	Antropologia → comparazione → aspetti connotativi
Modello nomotetico (<i>etic approach</i>)	Epidemiologia → statistica → aspetti denotativi

Agli esordi della Psichiatria Transculturale, le ricerche sui migranti si sono avvalse prevalentemente del modello diatesi-stress (o bio-psico-sociale) col frazionamento dei campi di studio per sottoculture e relativi quadri di riferimento nosodromici delle malattie mentali (vedi *culture-bound syndromes*) ereditati dagli studi sulle cosiddette *patologie esotiche* (Kraepelin, 1904) e dalla metà del 1900 gli argomenti più dibattuti hanno per lo più riguardato le cause ambientali che avevano prodotto una differenziazione, il binomio cultura-personalità e relative gratificazioni/frustrazioni nel rapporto dinamico individuo-gruppo, il legame tra valori culturali e comportamenti adattativi/avversativi, il rapporto tra individuo, processi di evoluzione e trasformazioni culturali favorevoli/sfavorevoli a creare un clima di stabilità emotiva, gli effetti dei processi di acculturazione individuali rapportati ad un'evoluzione culturale del gruppo sociale e le forme di trattamento (Devereux, 1940; Tentori, 1960; Wittkower, 1964).

Sul finire degli anni '80 la *New Cross-Cultural Psychiatry* di stampo anglosassone, ha maggiormente indirizzato studi e ricerche piuttosto che su entità nosografiche distinte e "al di fuori" del singolo individuo, alla ricerca del significato dell'esperienza di malattia per il soggetto e col passaggio euristico dalle categorie diagnostiche al contesto culturale, da forme denotative della psichiatria ad altre maggiormente connotative e attributive sia in senso cognitivo che ermeneutico, inteso quest'ultimo come una serie di successive disvelazioni del significato profondo, soggettivo del disturbo; la malattia è divenuta modello di spiegazione, piuttosto che entità morbosa a sé stante, aprendo la strada al nuovo capitolo, quello della Psichiatria Culturale, la cui

attenzione è maggiormente rivolta ai fattori patogenetici e patoplastici dei disturbi mentali (Bartocci, 1990; 1992; Littlewood e Dein, 2000; Tseng, 2001).

Riprendendo il discorso delle migrazioni, a partire dagli anni settanta del secolo scorso, un numero sempre crescente di migranti ed esuli ha varcato i confini italiani ed europei col proprio bagaglio di esperienze, stili di vita e comportamenti.

In Italia, tutto ciò è avvenuto proprio mentre andava dissolvendosi, assestandosi a livelli molto bassi rispetto al passato, una disposizione tendenziale della popolazione locale a migrare in particolare verso occidente, meta di molti milioni di connazionali.

La presenza dei migranti di passaggio e di generazioni ormai stabilmente residenti sul suolo italiano ha dato impulso ad una nuova domanda di salute tra gli operatori psichiatrici.

Rispetto all'analisi del binomio salute-malattia, gli studi *epidemiologici* prendono in genere in considerazione *fattori di rischio legati al profilo individuale del migrante* come il genere, l'età, il livello di scolarizzazione o di occupazione, etc., mentre altri studi guardano maggiormente a *fattori di rischio più caratteristici legati al processo migratorio* come il tempo di permanenza nel paese di stanziamento in rapporto al tempo di latenza all'esordio di una psicopatologia, le incognite riservate dal percorso migratorio ed alla successiva adesione a modelli di integrazione nel paese di approdo (il più delle volte non codificati), l'esperienza della malattia e il contatto con operatori del comparto socio-sanitario provenienti da varie formazioni professionali o con strutture sanitarie su cui si hanno minime informazioni, la riuscita o il fallimento del progetto migratorio, la presenza di reti di supporto sociali o co-cliniche e infine il rischio della deriva sociale per i senza-casa, senza-lavoro o per coloro che scelgono le vie della devianza.

La maggior parte di questi studi concorda nel distinguere i fattori di rischio rispetto alle varie fasi del processo migratorio (Siem e Bollini, 1992):

- Fattori di rischio pre-migratori/pre-esilio e del percorso migratorio/di esilio;
- Fattori di rischio dell'approdo;
- Fattori di rischio dello stanziamento.

FATTORI DI RISCHIO PRE-MIGRATORI E DEL PERCORSO MIGRATORIO

A tal proposito bisogna rilevare che l'interesse per i disturbi mentali degli immigrati iniziò nel '600 con le teorie francesi del *mal du pays* (malattia della patria), seguite da quelle sulla *heimweh* (nostalgia, da *nostos*, ritorno e *algos*, dolore), termine coniato dal medico svizzero Johannes Hoffer nel 1688, che in una *dissertatio* intitolata per l'appunto "De nostalgia" descrisse la sofferenza di coloro che si trovavano lontano dalla patria e che temevano di non rivederla più. Osservò tale fenomeno tra i militari svizzeri, che erano i mercenari delle armate francesi e spagnole e tra alcuni suoi colleghi dell'Università di Berna provenienti da altri cantoni. Notò che il contatto con costumanze che rievocavano i luoghi di origine determinava dei disturbi depressivi. Curiosamente riscontrò che l'unica terapia efficace fosse rappresentata dal ritorno in patria.

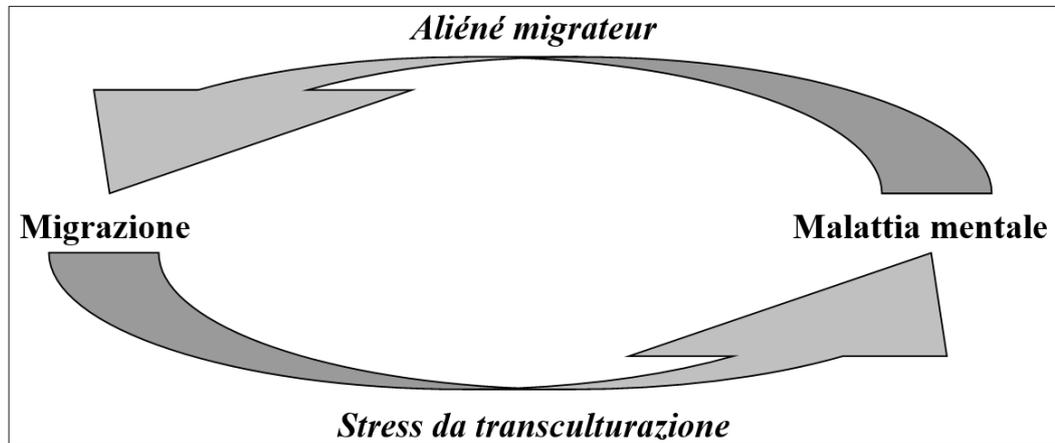
A queste teorie, verso la metà del '800 seguirono quella dell'*insane foreigner* (Ranney, 1850) e di lì a poco dell'*aliéné migrateur* (Foville, 1875), che ebbe un certo successo tra gli addetti ai lavori fino alla prima metà del '900 (Ødegaard, 1932).

Da questo breve *escursus* storico emerge chiaramente che il migrante era inizialmente visto come "un individuo, mal adattato psicologicamente nel paese d'origine, in preda ad una specie di *Wanderlust* (bramosia del vagabondare) e quindi già carico, in partenza, di quote psicopatiche" (Frighi, 1981).

Le ricerche seguenti, abbandonata questa semplicistica teoria, hanno riconsiderato la valenza sana del migrante nell'ambito della teoria denominata *effetto migrante sano* (Frighi, 1991), che riconosce alla maggior parte degli immigrati, nel periodo pre-migratorio, una buona salute psico-fisica, in ragione dell'intraprendenza e della forza necessarie per far fronte alle esigenze di lavoro in un paese straniero. Da ciò deriva il fatto che un fisico sano diventa garanzia del progetto migratorio, mentre non ha alcun senso l'equazione migrante-portatore di malattie.

Al centro di questa visione dei disturbi mentali del migrante, vi è lo "stress da transculturazione", che tiene conto pragmaticamente, più che degli aspetti nosodromico-categoriali, del "significato che la sofferenza psichica ha per il singolo, riportandola alle difficoltà incontrate durante il percorso adattativo in atto nel lungo

processo di acculturazione, con riferimenti sia agli aspetti positivi e negativi della società ospitante, sia ai condizionamenti derivanti dalla propria etnia di origine” (Moussau e Ferrey, 1985; Siem e Bollini, 1992; Ekblad, Abazari ed Eriksson, 1999).



Molti autori sono concordi nel distinguere le *situazioni di necessità* (necessity situations) che generano la *scelta individuale* (individual choice factor) dei “percorsi dei migranti” da quelle dei “percorsi degli esuli”, poiché mentre i primi seguono per lo più *fattori di attrazione* (pushing factors), i secondi sono l’esito di *fattori di espulsione* (pulling factors) generati da una *scelta non selezionata* (involuntary choice factor) come nel caso di conflitti bellici, persecuzioni politiche, religiose, etniche o catastrofi naturali.

SCELTA INDIVIDUALE (<i>individual choice</i>)	SITUAZIONI DI NECESSITÀ (<i>necessity situations</i>)
<ul style="list-style-type: none"> • Fattori di attrazione (<i>push factors</i>) • Scelta selezionata (<i>voluntary choice factor</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fattori di espulsione (<i>pull factors</i>) • Scelta non selezionata (<i>involuntary choice factor</i>)

Per gli esuli, in particolare per le vittime di tortura, la *pre-figurazione e l’elaborazione del progetto migratorio* (Boehnlein e Kinzie, 1995), è soggetta alle emergenze imposte da situazioni che si presentano prevalentemente in modo espulsivo, confrontandosi con vissuti di allontanamento più drammatici, scegliendo di andare a vivere in altri luoghi, rifugio sicuro per porre fine all’isolamento delle condizioni di sfruttamento o per cercare scampo dalla fame, dalla violenza e dai tumulti politici (Desjarlais, Eisenberg, Good, Kleinman, 1995), spesso, trascinandosi dietro un clima “non

familiare” caratterizzato da rischi per la propria incolumità e paura di persecuzioni nei confronti dei familiari.

Inoltre, i tempi incalzanti di questa emigrazione “non selezionata” o “forzata” (involuntary choice factor) finiscono per condizionare la scelta del *percorso di esilio*, che allestito in fretta espone a possibilità di subire lesioni, a volte mortali, nel corso di ingressi clandestini, per lo più gestiti dalla malavita organizzata internazionale, persino sotto forma di vera e propria tratta (Williams e Westermeyer, 1986).

FATTORI DI RISCHIO DELL'APPRODO

La maggior parte di studi che riguardano il delicato momento del contatto prendono in considerazione la possibilità che lo sradicamento dalla cultura istituiva e il miraggio delle nuove culture possa esporre i migranti al cosiddetto *shock culturale* “l’ansia che deriva dalla perdita totale dei segni e dei simboli consueti, relativi alle comuni transazioni sociali” (Pasini, 1996), e all’instaurarsi di dinamiche di rifiuto e di resistenza psicologica che unitamente alla riduzione dei *coping mechanism* (dinamiche di affrontamento) dello stress possono sostanziarsi in psicopatologie di varia natura (ansia, depressione, disturbi dissociativi, ecc.). Il termine shock culturale (culture shock) venne usato per primo dall’antropologo Kalervo Oberg (1980) nei riguardi di americani espatriati per lavoro e trasferiti all’estero in modo subitaneo. L’autore paragonò la loro reazione emotiva a una malattia occupazionale e osservò che alcuni soggetti la superavano ed erano in grado di adattarsi abbastanza rapidamente al nuovo ambiente, mentre altri ne rimanevano a lungo colpiti e dovevano essere rimpatriati. In seguito vennero adottate altre denominazioni, come conflitto culturale, shock linguistico e di ruolo, per identificare la stessa reazione d’ansia a fronte dell’acquisita consapevolezza di non essere in grado di capire, controllare e prevedere il comportamento dei nativi.

Questo particolare tipo di gap è stato variamente denominato:

- *conflitto culturale*: nei lavori che prendono in considerazione distanza culturale legata al progresso tecnologico tra due etnie, inizialmente si pensava che maggiore

è tale distanza, maggiore è la reazione emotiva susseguente, ma su ciò non tutte gli autori concordano;

- *shock linguistico*: rappresenta un gap della comunicazione evoluta;
- *shock di ruolo*: difficoltà di collocamento in una nicchia di transizione.

FATTORI DI RISCHIO DELLO STANZIAMENTO

La valutazione dei parametri clinici di rischio al momento dello stanziamento è più complessa e va inquadrata anzitutto all'interno di ampie griglie di lettura che comprendono vari livelli:

- macrosociale (economia, politica, etc.)
- microsociale (famiglia, scuola, lavoro, etc.)
- psico-culturale (motivazioni psicologiche, stressors, etc.);
- funzionamento individuale (sensori-motorio e cognitivo);
- sistema bio-psico-culturale (neurotrasmettitori e reti neurali, sistema immunitario, ormonale, etc.) (Opler, 1967)

Il quesito cardine, che è tutt'oggi molto dibattuto ed al quale non è affatto semplice rispondere, è se i migranti presentino in genere rischi per la salute mentale più o meno elevati rispetto alle popolazioni locali e sui fattori di rischio che contribuiscono a conservare/dissipare il patrimonio di salute.

In linea teorica, lo stato di salute mentale dei migranti è spesso elevato nel paese di origine, non solo per le capacità richieste dal progettare un percorso migratorio, ma anche per la stabilità mentale, il coraggio e l'intraprendenza necessarie nel realizzarlo fattivamente.

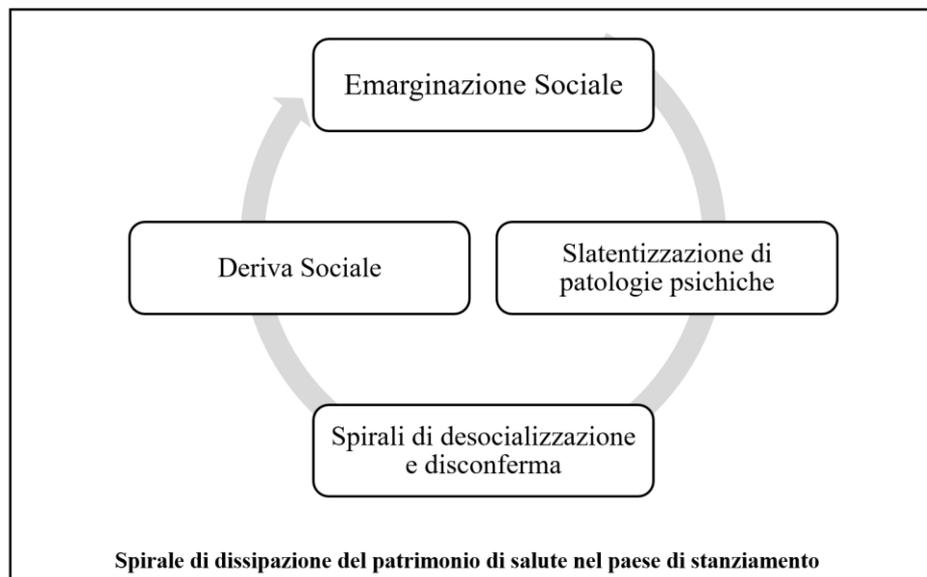
Un indicatore caratteristico di rischio è il cosiddetto *intervallo di latenza del benessere*, che rappresenta il tempo intercorso dall'approdo al primo utilizzo di una struttura sanitaria ed in qualche modo è misura di un patrimonio di salute che si perde.

Il prolungamento di questo intervallo avviene fondamentalmente attraverso la fortificazione delle *istanze identitarie sia egoiche, sia culturali* (Sapir, 1972; Westermeyer, 1989; Okpaku, 1998; Littlewood, 2002).

Altro indicatore di rischio di questa fase è rappresentato dal discorsivo ***bilancio tra impresa migratoria e aspettative***.

A tal proposito molti autori rilevano che la percezione del benessere psicofisico è strettamente correlata alla *riuscita del progetto migratorio*, non tanto al modo di sostanziarlo di quest'ultimo, "ma al modo di vivere un ambiente sano e salutare, una vita produttiva, appagante e culturalmente integrata" (Desjarlais, Eisenberg, Good, Kleinman, 1995).

In alternativa, la frustrazione per il fallimento di tentativi di inserimento nel nuovo contesto, spesso, col rischio dell'emarginazione sociale può dare origine a caratteristiche slatentizzazioni di patologie psichiche e conseguenti spirali di desocializzazione di conferma, che aggravandosi potrebbero portare persino alla cosiddetta *deriva sociale* (Parin, 1979).



Questi due indicatori rappresentano gli snodi chiave per decodificare una varietà di fattori di rischio sia generici, sia specifici, sia aspecifici e che hanno riguardato negli anni vari studi su specifiche popolazioni di migranti in particolari situazioni. Nella tabella che segue vengono riassunti i più studiati (Tseng, 2001):

Individuali	Correlati al processo di adattamento	Tipi di stress, risorse di sostegno e stili di coping	Condizioni preesistenti che influenzano gli esiti della migrazione
Età Genere Lingua Background personale Occupazione e professione Rete di rapporti familiari stretti e allargati	Migrazione per lavoro Esilio politico Rifugiati per conflitti bellici Viaggiatori occasionali	Stress comuni Sistemi di supporto Tipi di adattamento come strategie di coping	Status degli immigrati nella società ospitante Atteggiamento degli immigrati verso la loro cultura e verso la società ospitante Relazioni tra paese ospitante e paese d'origine Ospitalità della nuova società verso gli immigrati

BIBLIOGRAFIA

- Bartocci, G. (1990). *Psicopatologia, cultura e pensiero magico*. Roma, Liguori Edizioni.
- Bartocci, G. (1992). *Psicopatologia, cultura e dimensione del sacro*. Roma, Edizioni Universitarie Romane.
- Boehnlein, J. K., & Kinzie, D. (1995). Refugee trauma. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 32: 223-252.
- Cavalli Sforza, L. L., & Bodmer, W. F. (1971). *The genetics of human populations*. San Francisco (SA), Freeman.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., & Kleinman, A. (1995). *World mental health. Problems and priorities in Low-income countries*. New York (USA), Oxford University Press.
- Devereux, G. (1940). Primitive psychiatry. *Bulletin of the History of Medicine*, 8: 1194-1213.
- Ekblad, S., Abazari, A., & Eriksson, N. G. (1999). Migration stress-related challenges associated with perceived quality of life: A Qualitative Analysis of Iranian Refugees and Swedish Patients. *Transcultural Psychiatry*, 36: 329-345.
- Foville, A. (1875). Les aliénés voyageurs ou migrants. Etude clinique sur certains cas de lypémanie. *Annales Medico-psychologiques* 5e série
- Frighi, L. (1981). *Psichiatria transculturale*, in: Trattato di Psichiatria (a cura di G. C. Reda). Roma (Italia), USES
- Frighi, L. (1984). *Manuale di igiene mentale*, Roma (Italia), Bulzoni Ed.
- Frighi, L. (1985). Il fenomeno della migrazione. *Quaderni Italiani di Psichiatria*, 97: 99-103.
- Frighi, L. (1990). *Argomenti di igiene mentale*. Roma (Italia), Bulzoni Ed.
- Frighi, L., (1991). La rappresentazione fantasmatica dell'emigrante malato, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 115: 532-540.

- Hoffer, J., (1688). *Dissertatio medica de nostalgia*, Basel (CH), Bertsch.
- Kraepelin, E. (1904). Vergleichende Psychiatrie. *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*. Jg 27, Neue Folge, Bd. 15, S. 433-437.
- Littlewood, R., & Dein, S. (2000). *Cultural psychiatry and medical anthropology: an introduction and reader*. London (UK), The Athlone Press.
- Littlewood, R.. (2002). *Pathologies of the west. An Anthropology of mental illness in Europe and America*. London (UK), Continuum.
- Moussaoui, D, & Ferrey, G. (1985). *Psychopathologie des migrants*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Oberg, K. (1960). Cultural shock: adjustment to new cultural environment. *Practical Anthropology*, 7: 172-182.
- Ødegaard, O. (1932). Emigration and insanity. Study on mental diseases among norwegian born population of Minnesota, *Acta Psychiatrica et Neurologica*, Suppl. 4.
- Okpaku, S.O. (1998). *Clinical methods in transcultural psychiatry*. A cura di. American Psychiatric Press, Inc. Washington DC (USA).
- Opler, M. K., (1967). *Culture & social psychiatry*. New York (USA), Atherton press.
- Parin, P. (1979). Le moi et les mécanismes d'adaptation (trad da Tripet L.). *Psychopathologie Africaine Dakar*, 15: 159-199.
- Pasini, W. (1996). *Il medico ed il paziente immigrato*. Manuale per il medico. *Alfa Wassermann News & Views*, Supplemento al n.3.
- Ranney, M. H., On insane foreigners, *American Journal of Psychiatry*, 7: 53-63, 1850
- Rovera, G. G., L'approccio transculturale in psichiatria (Atti del convegno). Torino (Italia), Ed. M.S./Litografia S.r.l., 1984
- Sapir, E., *Cultura, linguaggio e personalità* (1949). Torino (Italia), Einaudi, 1972
- Siem, H., & Bollini, P. (a cura di), Migration and health in the 1990s (Special Issue). Proceedings of the Second International Conference on Migration and Health.

Brusselles, 29 June - 1 July 1992. *Quarterly Review of International migration*, Vol. 30.

Tentori, T. (1960.) *Antropologia culturale*, Roma (Italia), Ed. Studium.

Tseng, W. S. (2001). *Handbook of cultural psychiatry*. New York (USA), Academic Press.

Westermeyer, J. (1989). *Psychiatric care of migrants: a clinical guide*. Washington (USA), American Psychiatric Press.

Williams, C. L., & Westermeyer, J. (1986). *Refugee mental health in resettlement countries*. Washington (USA), Hemisphere Publishing Corporation.

Wittkower, E. D. (1964). Perspectives of transcultural psychiatry. *The Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 2: 19-26.