

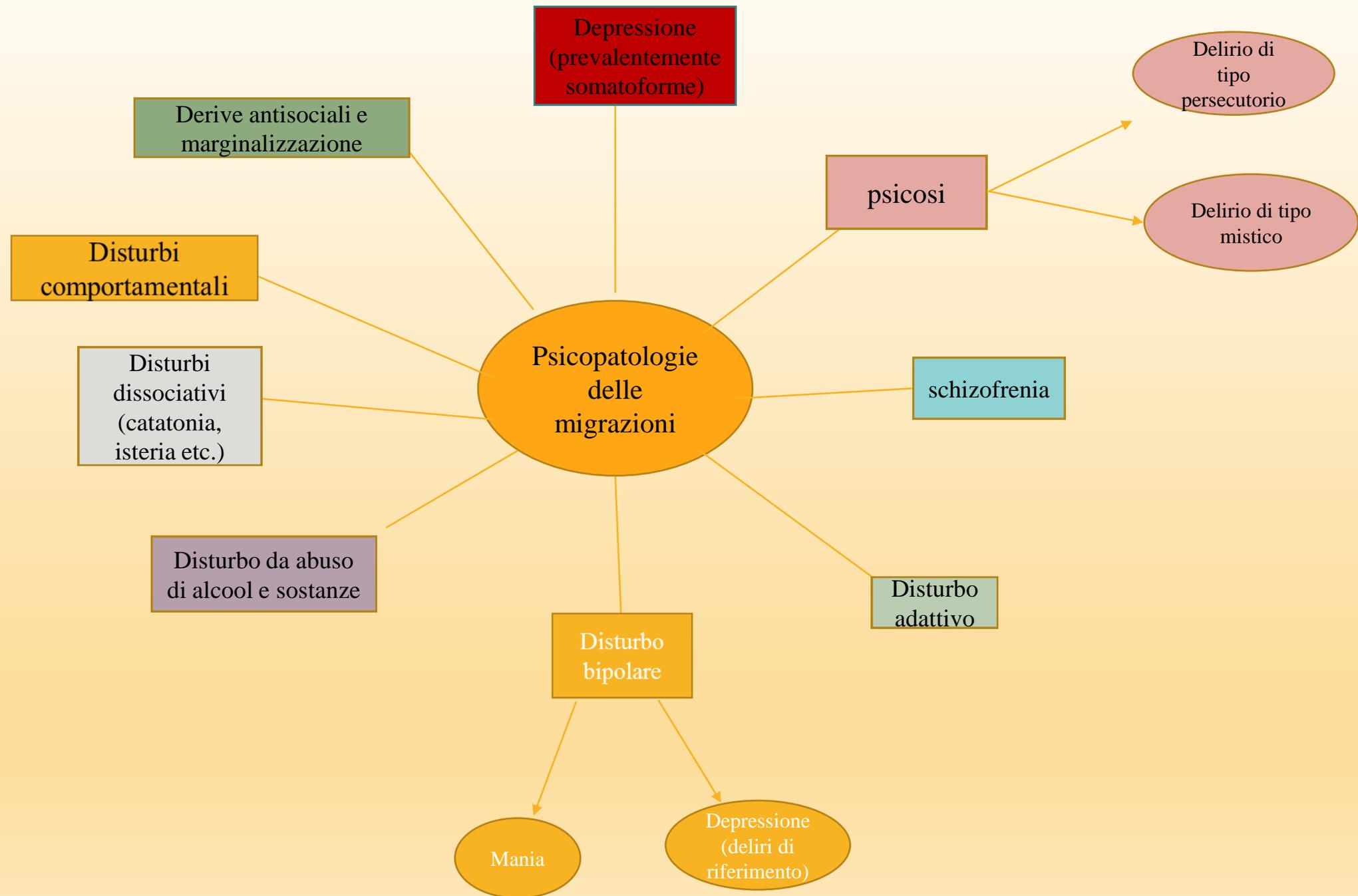


# **DISTURBI PSICHIATRICI E MIGRANTI**

Dott. Davide Amendola  
responsabile SPDC ASL-SA

# SINDROMI CULTURALMENTE CARATTERIZZATE

- Secondo il DSM IV – TR le Sindromi Culturalmente Caratterizzate sono “modalità ricorrenti, caratteristiche di certe regioni, di comportamento aberrante e di esperienza disturbante che possono essere o meno collegabili a qualche particolare categoria diagnostica occidentale. Molte di queste modalità sono considerate anche localmente delle “malattie”, o per lo meno dei fastidi, e molte hanno denominazioni locali.
- *A volte la stessa malattia viene chiamata in modi diversi in differenti parti del mondo.*



# INQUADRAMENTO GENERICO DELLA PSICOPATOLOGIA DELLE MIGRAZIONI

- •Il rapporto tra migrazione e psicopatologia investe tutta una serie di variabili non necessariamente solo cliniche o inerenti alla psicopatologia.
- •E' riduttiva la rappresentazione dei migranti come sottoposti ad uno shock o un trauma migratorio
- •I movimenti migratori non sono tutti uguali.



# PRIMA GENERAZIONE E PSICOPATOLOGIA

Agenti interferenti con la permanenza identitaria

- •Trauma da eradicamento
- •Difficoltà da “percorso/integrazione”
- •Sindromi Culturalmente Caratterizzate

# GENERAZIONI SUCCESSIVE ALLA PRIMA E PSICOPATOLOGIA

## Agenti interferenti con la formazione identitaria

- •La complessità del doppio registro provenienza/ appartenenza
- •Complessità trasmissione dei codici di riferimento sociali (confusione di norme trans generazionali + transculturali)
- •I fattori sociali sfavorevoli lo sviluppo (povertà, vita disagiata, precarietà)

# **SINDROMI CULTURALMENTE CARATTERIZZATE**

**I) Riguardo al rapporto con le culture altre:**

**Il DSM IV-TR stesso ammette che, nella totalità, possono non essere delle “forme di psichismo” patologiche, ma manifestazioni “fisiologiche”, con una loro funzione.**

**Anche i sintomi che compongono una Sindrome Culturalmente Caratterizzata (delirio, agitazione, brividi, paralisi, dispercezioni) sono essi stessi chiamati in causa per essere valutati come fisiologici o patologici (ad esempio I**

# SINDROMI CULTURALMENTE CARATTERIZZATE

## 2) Riguardo al rapporto con le categorie occidentali:

- Le Sindromi Culturalmente Caratterizzate rappresentano, per noi occidentali, **il tentativo di costruzione di un senso**, applicando le categorie della psicologia/psichiatria occidentale **ad un substrato (le culture altre) non noto e non immediatamente conforme**.
- Tali sindromi non sono stabili ma subiscono mutazioni trans-generazionali e trans-culturali.

# **LE SINDROMI CULTURALMENTE CARATTERIZZATE DI COMUNE RISCONTRO IN ITALIA**

- Qui di seguito verranno trattate alcune delle sindromi culturalmente caratterizzate di comune riscontro in Italia derivate dalla popolazione migrante di prima generazione.
- E' ovvio che essendo le migrazioni un sistema in movimento il panorama della presenza di queste sindromi in Italia è del tutto dipendente da fattori sociali e politici relativi alla presenza di questi gruppi migranti.

## BOUFFÉE DELIRANTE

- Interessa principalmente le popolazioni africane occidentali, Haiti, Cuba). Rappresenta il 30-40 % delle forme psicotiche in Africa
- Colpisce individui sani
- Ha un'evoluzione benigna ma può portare a complicanze. L'espressione del disturbo può essere causata da un evento insolito e traumatizzante
- Sintomatologia polimorfa: allarme, agitazione, aggressività, delirio, sensazioni e intuizioni deliranti, allucinazioni, perplessità, in uno stato di coscienza lucido o oniroide
- Accesso delirante acuto, di solito circoscritto nel tempo seguito solitamente da un ripristino della normalità; a volte il disturbo può divenir cronico
- La spiegazione culturale che viene data per questo disturbo è, infatti, l'influenzamento a distanza mediante mezzi magici quali la stregoneria o l'antropofagia

## **MAL DE OJO**

- **“Malocchio” nella nostra tradizione, è un concetto largamente diffuso nelle culture dell’anello mediterraneo**
- **Originariamente era considerato un male che colpiva i bambini e le donne che avevano avuto figli di recente, successivamente con malocchio si è indicato un senso generico di negatività assunto perché “mandato” da terzi, in modo simile al comune maleficio. Quest’ultima variante è quella che si ritrova oggi comunemente**
- **Sintomi: sonno irregolare, alterazioni della temperatura, debolezza, vomito, cefalea, e febbre**
- **Il termine è composto dalle parole “Male + occhio”: l’occhio nella tradizione è ritenuto strumento in grado non solo di catturare immagini ma anche di emettere potere sugli altri**
- **Il malocchio si evidenzia con pratiche di indagine specifiche o dopo i suoi sintomi e viene eliminato con appositi rituali esorcistici, o con oggetti preventivi (talismani).**

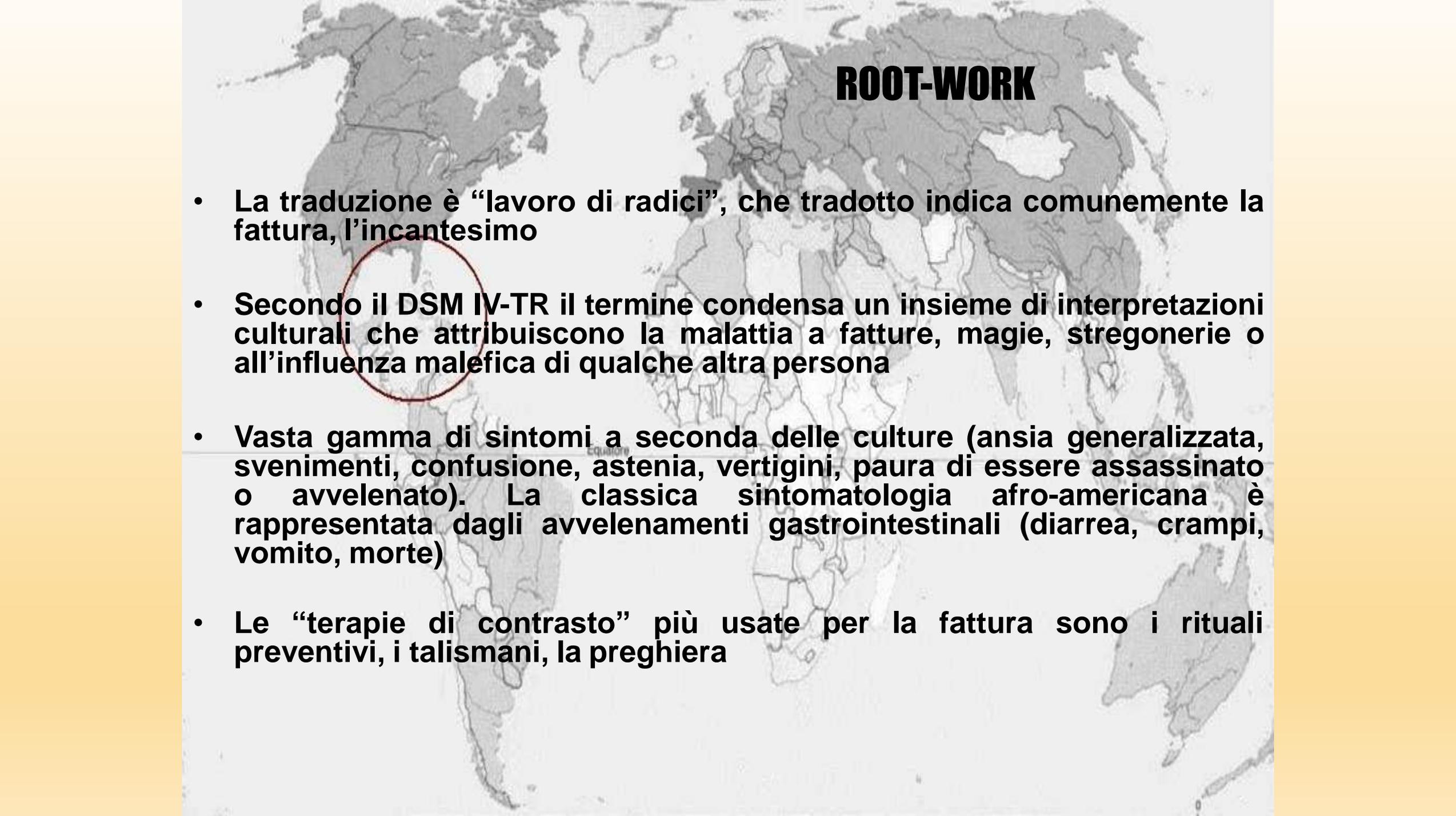
# DHAT

- Termine diagnostico popolare usato in India per definire gravi preoccupazioni ansiose e ipocondriache associate a polluzioni, colorazione biancastra delle urine, sensazioni di debolezza e affaticamento
- Disturbo culturale diffuso in tutte le comunità del subcontinente indiano; è stato osservato anche tra i Sikh nel Punjab, tra i buddisti nello Sri Lanka e tra i lavoratori pakistani musulmani
- Si riscontra prevalentemente in pazienti maschi, in età compresa tra i 15 e i 30 anni, quasi tutti celibi (o sposati da poco) e di basso livello socioeconomico
- Liquido seminale secondo la medicina ayurvedica è un segnale che si è trascurato il “tempo del matrimonio”,
- Il Dhat scompare dopo le nozze, “si cura con il matrimonio” e le terapie di purificazione tradizionale sono molto complesse e specifiche
- Se male interpretato, può risultare molto difficile da curare: in alcuni casi, con l’aumentare della percezione dell’impurità, si possono raggiungere confini deliranti e alcuni immigrati si sono visti costretti a rientrare nei paesi d’origine



# **MALATTIA DEL FANTASMA**

- **Preoccupazione riguardante la morte o i defunti, talora associata a pratiche magiche**
- **Molti sono i sintomi, tra cui: sogni angosciosi, astenia, sensazioni di pericolo, perdita di appetito, svenimenti, paura, allucinazioni, illusioni, confusione, sensazioni di soffocamento**
- **La Sindrome del Fantasma si cura automaticamente con la fine del lutto**
- **In caso di colpa o se la morte del congiunto è stata inaspettata o violenta, il lutto può complicarsi e gli individui non riescono a far sparire il Fantasma e le relative manifestazioni psichiche e subentra un generale senso di profonda paura e impurità**
- **L'intervento terapeutico tradizionale prevede riti e cerimonie eseguite da guaritori per contrastare le forze maligne, fumigazioni, riti catartici, sudorazioni e tecniche di purificazione simbolica**

A world map in grayscale with a light gray background. The continent of Africa is circled in red. The title 'ROOT-WORK' is positioned in the upper right quadrant of the map.

## ROOT-WORK

- La traduzione è “lavoro di radici”, che tradotto indica comunemente la fattura, l’incantesimo
- Secondo il DSM IV-TR il termine condensa un insieme di interpretazioni culturali che attribuiscono la malattia a fatture, magie, stregonerie o all’influenza malefica di qualche altra persona
- Vasta gamma di sintomi a seconda delle culture (ansia generalizzata, svenimenti, confusione, astenia, vertigini, paura di essere assassinato o avvelenato). La classica sintomatologia afro-americana è rappresentata dagli avvelenamenti gastrointestinali (diarrea, crampi, vomito, morte)
- Le “terapie di contrasto” più usate per la fattura sono i rituali preventivi, i talismani, la preghiera



# SUSTO

- Tradotto significa “spavento”
- **Sindrome diffusa tra i latino-americani, ma riscontrabile con diverse terminologie in differenti parti del mondo. In queste zone ha una incidenza maggiore sulle donne**
- **E' una malattia attribuita ad un evento terrorizzante**
- **Nei giorni seguenti si presenteranno nel soggetto cambi di umore, malessere, alterazioni dell'appetito, insonnia, incubi, tristezza, mancanza di motivazione, bassa autostima e sintomi somatici come diarrea, mal di testa e mal di stomaco. I sintomi possono svilupparsi anche all'improvviso e a distanza di tempo dall'elemento spaventante. In certi casi si ritiene che possa portare alla morte**
- **La cura, secondo l'approccio tradizionale, è il recupero dell'anima da parte di un guaritore tradizionale (*curandero*)**

# ZAR

- Indica in Etiopia, Somalia, Egitto, Sudan, Iran, Nord Africa e Medio Oriente, l'esperienza di possessione spiritica di un individuo
- Le persone possedute sono capaci di sperimentare episodi dissociativi profondi che possono manifestarsi con grida, risate insensate, testate contro il muro, o pianto. Esse possono altresì mostrare **ossessioni** e compulsioni, come se qualcun altro li costringesse a pensare e fare cose che non vorrebbero. Si dice che lo spirito parassita possiede il corpo trasformando il carattere dell'individuo. Altri sintomi sono: apatia o ritiro, rifiuto di mangiare o di svolgere i compiti quotidiani
- La possessione viene curata tradizionalmente con un rituale di liberazione chiamato esorcismo, una lotta che il guaritore ingaggia contro lo spirito albergante per cacciarlo

# LE GENERAZIONI SUCCESSIVE

- **Disturbi dell'alimentazione**
- **Interruzione degli studi**
- **Precoce accesso all'uso di sostanze da strada**
- **Antisocialità caratteriale**
- **Episodi dissociativi**
- **Devianza**
- **Esclusione**
- **Labilità identitarie**
- **Disturbi Psichiatrici**

# **IMMIGRATI E DISORDINI MENTALI NEGLI STATI UNITI: NUOVE PROVE SULL'IPOTESI DEI MIGRANTI SANI**

- **Gli immigranti erano significativamente meno probabili degli individui nati negli Stati Uniti per soddisfare i criteri per un disturbo della durata di vita (AOR = 0,63, IC 95% = 0,57-0,71) o per riportare la storia genitoriale dei problemi psichiatrici. Rispetto agli individui nati negli Stati Uniti, la prevalenza dei disturbi mentali non era significativamente diversa tra le persone immigrate da bambini; tuttavia, sono state osservate differenze per gli immigrati che sono arrivati da adolescenti (età 12-17) o da adulti (età 18+).**

# **IMMIGRAZIONE, CITTADINANZA E SALUTE MENTALE DEGLI ADOLESCENTI**

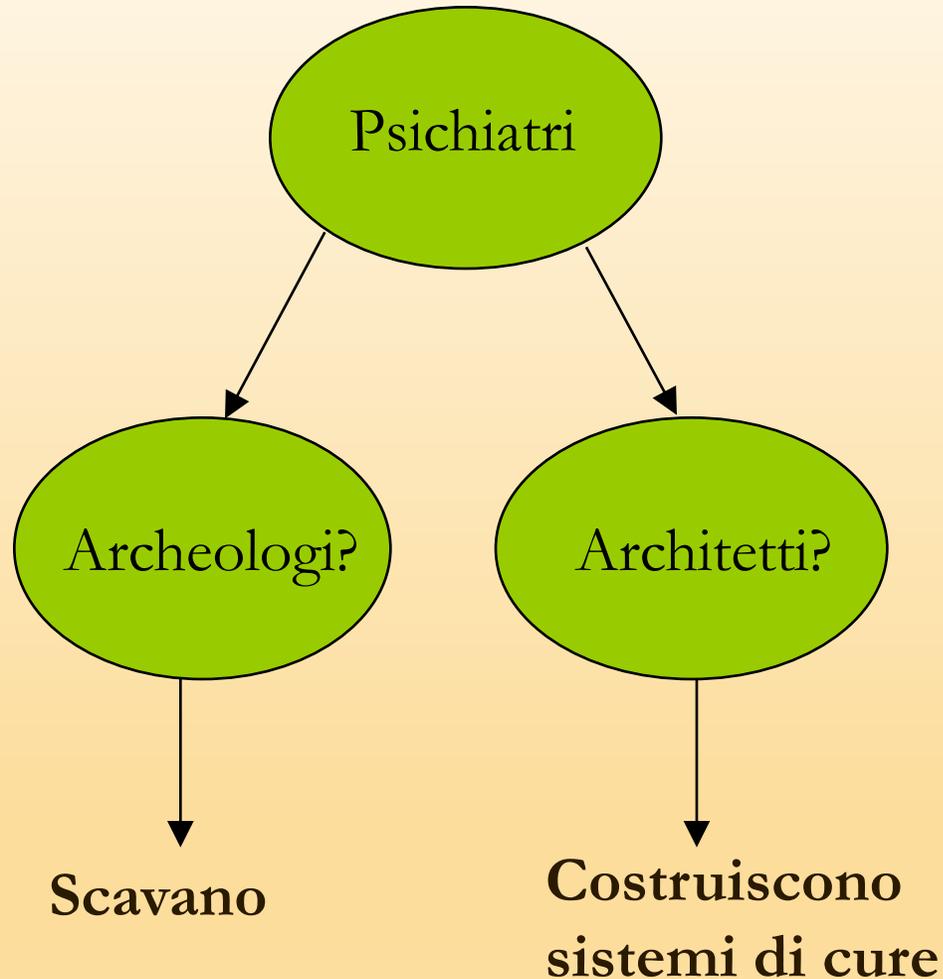
- **Varie pubblicazioni in questo campo hanno studiato la salute mentale e il benessere dei giovani con genitori privi di documenti.**
- **I risultati suggeriscono che lo stato non autorizzato dei genitori costituisce un ostacolo sostanziale allo sviluppo sano del bambino e perpetua le disuguaglianze di salute in questa popolazione. Gli studi hanno esaminato la salute mentale dei bambini privi di documenti, ma il ruolo della cittadinanza nella salute mentale di bambini e adolescenti ha ricevuto poca attenzione.**
- **Questo è un divario importante nella letteratura dato che oltre la metà delle popolazioni non-cittadine sono immigrati leciti.**
- **Altre domande importanti rimangono senza risposta, come il modo in cui i risultati della salute mentale si evolvono con un tempo più lungo trascorso negli Stati Uniti e se i risultati oggi differiscono da quelli osservati negli anni '90, quando la popolazione immigrata e la politica di immigrazione erano sostanzialmente diverse.**

**SOCIETÀ E PSICOPATOLOGIA:  
DALLA PSICHIATRIA TRANSCULTURALE  
UN MODELLO PER INTERPRETARE I  
DISTURBI DELL'UMORE**

**MG CARTA  
AL FLORIS  
MC HARDOY**

**TRIESTE 2007**

# PERCHÉ PARLARE DI MODELLI DELLA MENTE?



Non si costruiscono sistemi di cure se non in riferimento a modelli della mente e, di conseguenza a modelli interpretativi della sofferenza.

Il modello bio-psico-sociale rischia di essere, rispetto a quello biologico, un esercizio teorico cui non fa seguito nel concreto il suo utilizzo come chiave per capire e curare la sofferenza

# LA PSICHIATRIA TRANSCULTURALE

20 anni di ricerca transculturale mettono in luce le dimensioni diverse della sofferenza, e il ruolo dei fattori sociali che sfuggono alla pressione della omologazione della nostra epoca.



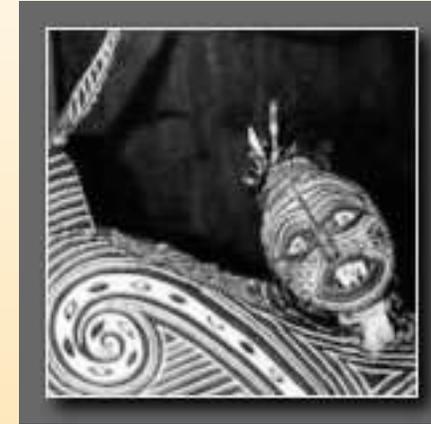
# STUDI DI MURPHY

- I nostri passi sono partiti dalle ipotesi di Brian Murphy che negli anni 70 condusse una analisi storica delle descrizioni della **sintomatologia depressiva** condotte in Europa lungo un periodo di alcuni secoli. Secondo il punto di vista di questo celebre ricercatore la sintomatologia a noi oggi nota della depressione, caratterizzata da **bassa autostima con auto-accuse e sentimenti di inaiutabilità**, sarebbe insorta in maniera “epidemica” in una precisa area dell’Inghilterra del 17esimo secolo.
- Il fenomeno era già noto all’epoca, la depressione veniva infatti definita il male inglese.
- Prima di allora le descrizioni (rare) della depressione erano incentrate in una sintomatologia psicosomatica con focale il sintomo della stanchezza.

# LA DEPRESSIONE IN AFRICA E GLI STUDI SULL'IMMIGRAZIONE



Numerose ricerche condotte in aree scarsamente occidentalizzate dell'Africa nera, negli anni 50 e 60, avevano confermato la presenza di una sintomatologia simile alla depressione. La depressione non era quindi un disturbo “occidentale”



Non è tuttavia ancora chiara l'importanza che riveste o rivestiva questa patologia nelle società africane tradizionali. Ad esempio è spesso sostenuto che i disturbi somatoformi, cioè la presenza di sintomi fisici non spiegabili su base organica e che insorgono spesso in relazione a stress psicologici identificabili, rappresentino l'elemento più caratteristico della psicopatologia africana.



# LA DEPRESSIONE SECONDO LA SCUOLA DI DAKAR

- A questo proposito un contributo importante fu portato da Henry Collomb colui che aveva trasformato l'ospedale psichiatrico di Fann a Dakar in una sorta di villaggio terapeutico, una Trieste africana.

Secondo la scuola di Dakar **la depressione veniva indicata come l'elemento più significativo della psicopatologia africana**, benché caratterizzata, sul piano clinico, da idee di riferimento, deliri di persecuzione e sintomi psicosomatici. Più rari i sintomi e segni comuni nei setting occidentali quali idee di colpa e di autosvalutazione e le condotte suicidarie.

# A PROTEZIONE DEL GRUPPO

E' stato osservato in emigrati senegalesi che gli elementi di coesione culturale quali le strutture associative delle confraternite islamiche costituiscono potenti fattori protettivi rispetto al rischio psicopatologico, in particolare depressivo.



*Se l'integrazione lavorativa, richiede un'allentarsi dei legami di aggregazione sociale formali e informali, ciò espone l'individuo a scompensi.*

# INTEGRAZIONE E COESIONE SOCIALE NEI GIOVANI SENEGALESI IMMIGRATI

- Un campione casuale di venditori ambulanti senegalesi in Sardegna, il cui lavoro permette una vita comunitaria, se confrontati con controlli sardi estrapolati da una banca dati di uno studio di popolazione, non dimostrano di essere a rischio di depressione. Inaspettatamente si rilevano elevate frequenze di disturbi ansiosi e depressivi nei pochi connazionali che si sono inseriti in lavori garantiti e regolarmente retribuiti. Un potente determinante associato all'insorgenza psicopatologica è, in questa seconda evenienza, la perdita dei contatti con i connazionali e l'abbandono dei legami della confraternita.
- L'affiliazione modula in conflitti anche di “fede”, l'obolo alla confraternita libera dal vincolo coranico di emigrare solo per scopi religiosi. Inoltre costruisce vincoli di auto-aiuto

# IL SUPPORTO SOCIALE COME FATTORE DI PROTEZIONE

- Rispetto ad una popolazione di emigrati marocchini impiegati in lavori analoghi, gli ambulanti senegalesi presentano un minor rischio di depressione ed una minor incidenza di episodi psicopatologici nei primi mesi successivi all'arrivo in Sardegna. Ciò in verosimile relazione ad un più attivo ruolo dei supporti sociali.



# RITI SUPPORTO E LEGAMI SOCIALI

Esistono delle profonde relazioni che vincolano il bisogno di unità con il gruppo, la necessità di emigrare ed il rischio psicopatologico fra le popolazioni dell'Africa Occidentale, in particolare gli Wolof del Senegal.

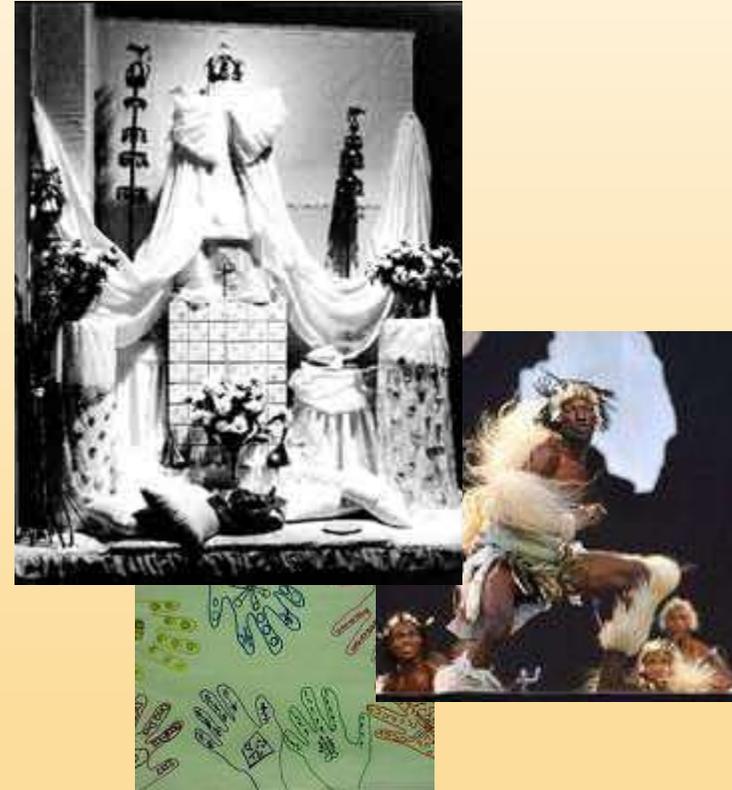
È da notare che la partenza per lavorare in una nazione straniera è preceduta da adeguati rituali magico religiosi (il “**Narval**” in lingua Wolof). Si crea così una sorta di legame che **sottopone l'individuo al controllo da parte**

**della madre o della sposa in patria** e che modula gli effetti di una esperienza fortemente centrifuga rispetto alla comunità.



# WOTAL

Si crede infatti che l'emigrante senegalese possa essere richiamato grazie ad un cerimoniale chiamato **Wotal**, se non dovesse rispondere egli **perderebbe la salute mentale**. Grazie a questi vincoli la famiglia può disporre con certezza delle rimesse periodiche del congiunto emigrato, la distanza non rompe l'unità dell'individuo con il gruppo di appartenenza. **Le offerte in denaro alla confraternita ottengono inoltre l'esonero dal dovere di rimanere in patria per motivi religiosi**



# LA PERSECUZIONE DEL WOTAL

La quasi totalità degli immigrati senegalesi in scompenso psicotico osservati dal nostro gruppo sono convinti di essere stati oggetto di Wotal. I quadri clinici si caratterizzano in bouffées con deliri persecutori e confusione mentale e richiamano le descrizioni che Collomb a Dakar aveva interpretato come equivalenti depressivi, ma che sulla base di criteri clinici ed ex adjuvantibus potrebbero essere definiti degli stati misti bipolari.



# USCIRE DALLA DEPRESSIONE E TORNARE NEL CERCHIO

Nell'emigrato senegalese il sopraggiungere di un episodio che sulla base della nostra nomenclatura definiamo un disturbo dell'umore è percepito come una rottura del legame simbiotico col gruppo. Non sorprende quindi, sul piano terapeutico che al **rientro in Senegal, faccia seguito, da parte della famiglia e degli amici, la messa in atto di una serie di rituali tradizionali, atti a rompere gli effetti negativi del Wotal.**



# LA RICERCA A BANDIAGARA

- Le osservazioni sugli emigrati africani hanno trovato un interessante terreno di approfondimento in alcune ricerche condotte in Africa.
- Nell'altipiano di Bandiagara in Mali era stato costruito un centro di ricerca finanziato dalla cooperazione italiana allo sviluppo il Centre Régionale de Médecine Traditionnelle. Questo centro è stato da molti considerato il fiore all'occhiello della cooperazione. Fra l'altro è una delle poche istituzioni create dalla cooperazione internazionale, che ancora oggi sopravvive in salute una volta finiti i fondi esterni.

# IL RETROTERRA DELLA RICERCA A BANDIAGARA

- Fu indispensabile un lavoro di confronto della nosografia tradizionale con le classificazioni occidentali. Si doveva capire quale principio attivo poteva essere utile per quale malattia. Durante questo lavoro condotto con i guaritori locali emerse che **i disturbi depressivi non erano conosciuti e presi in carico.**
- O non esistevano sull'altipiano o erano considerati non di pertinenza del sistema di cure tradizionali
- Questo è il retroterra della indagine che conducemmo negli anni 80 Bandiagara. Tralascio in questa sede la disamina degli aspetti metodologici e la messa a punto dello strumento di indagine (si veda l'ampia letteratura pubblicata )
- Si tratta di una ricerca che utilizza criteri nosologici occidentali ma con un intento di confronto con le modalità interpretative proprie della cultura studiata secondo **un approccio che gli antropologi e la nuova psichiatria transculturale definirebbero dialettico fra "etico" ed emico"**, (Leff 1990, Littlewood 1990).

Mental disorders and health care seeking in Bandiagara:  
a community survey in the Dogon Plateau.

Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1997 May;32(4):222-9.

Carta MG, Coppo P, Carpiello B, Mounkuoro PP

Institute of Clinical Psychiatry, University of Cagliari, Italy.  
Centre Régionale de Médecine Traditionnelle, Bandiagara, Mali

**Abstract:** A two-level community study was carried out among the Peul and Dogon populations of the Bandiagara plateau (Mali). For the purpose of the study the Questionnaire pour le dépistage en sante mentale (QDSM), a 23-item screening questionnaire derived from the Self-Reporting Questionnaire (SRQ), was adapted and validated; internal consistency and accuracy were evaluated. In the first phase of the study, 466 subjects randomly selected on a residential basis were evaluated by means of the QDSM. In the second phase all subjects who were "positive" at the screening, as well as a sample who were "negative", were examined by means of a semistructured interview. When necessary, clinical and laboratory investigations were performed. The estimated prevalence of psychiatric cases was 6.4%. A significant risk was associated with age and education. Somatic diseases frequently associated with psychiatric disorders were genitourinary tract disorders, tuberculosis and disabling cardiopathies. The main factor determining the seeking of medical help either through traditional of conventional health systems was the presence of a somatic disorder. The presence of a true minor psychiatric disorder, however, was often associated with divining practices.

# IL FASCINO ANTICO DI BANDIAGARA



# **I PRINCIPALI RISULTATI DEL NOSTRO LAVORO**

**La prevalenza in un punto di disturbi ansiosi è 2,4%, quella dei disturbi depressivi al 3,9%  
più basse rispetto al confronto ricerche condotte in Europa con strumenti analoghi  
e in ricerche africane (ma sempre in setting occidentalizzati o in situazioni di guerra)  
ad eccezione dello studio di Robert Giel e coll. (1969) condotto in villaggi etiopici alla fine degli anni 60'.**

# I PRINCIPALI RISULTATI DEL NOSTRO LAVORO

- **Analizzando i bisogni di cure secondo criteri “operazionali”, definiti in collaborazione con medici maliani, si evidenzia come tutti i casi bisognosi di sole cure psichiatriche (in grande maggioranza disturbi depressivi) risultano scolarizzati, di conseguenza, gli scolarizzati presentano una frequenza di casi psichiatrici non in associazione con disturbi somatici, maggiore ad un livello statisticamente significativo rispetto a quella riscontrata fra gli analfabeti.**
- **La maggior parte di individui con disturbi mentali soffre anche di disturbi somatici, in particolare disturbi del tratto genito-urinario, tubercolosi e cardiopatie disabilitanti. I dati clinici e di laboratorio dimostrano che nella maggior parte dei casi si tratta di malattie gravi e invalidanti, manifestatesi prima dell’inizio del disturbo psichiatrico.**



# IL SIGNIFICATO DELLA DEPRESSIONE

- I risultati non sembrano quindi supportare l'assunzione spesso avanzata anche da organismi internazionali che la somatizzazione sia un problema sanitario importante nel contesto africano, benché sintomi somatoformi compaiano comunque frequentemente all'interno di quadri depressivi.
- La ricerca sembra invece confermare l'importanza dalle malattie somatiche quale fattore di rischio per la depressione, quando siano compromessi il ruolo riproduttivo (nel caso delle infezioni parassitarie dell'apparato riproduttivo), o il ruolo sociale e familiare (come nel caso delle cardiopatie e della tubercolosi). Il valore attribuito nelle società dell'Africa Occidentale alla capacità del maschio di essere sessualmente adeguato e della donna di avere figli, era stato sottolineato, fra gli altri anche da studi nigeriani.



# IL SIGNIFICATO DELLA DEPRESSIONE

- I disturbi psicopatologici, e la depressione in particolare, possono essere considerati sia come una reazione alla perdita della posizione del soggetto nel gruppo di appartenenza, sia come una reazione allo stress derivato da una situazione percepita come drammatica. Si può infatti supporre che un disturbo somatico serio possa essere percepito come una evenienza catastrofica in condizioni già pesantemente gravate da problemi economici, sociali e sanitari.
- In conclusione gli schemi comportamentali depressivi sembrano presentare, nelle società analizzate, una soglia di scatenamento sotto certi aspetti più elevata, ciò parrebbe giustificare la bassa prevalenza di questi quadri. Inoltre in accordo con quanto evidenziato da Patel in Zimbabwe, la depressione non è riconosciuta come malattia e non è considerata di pertinenza dei sistemi di cura convenzionali o tradizionali.



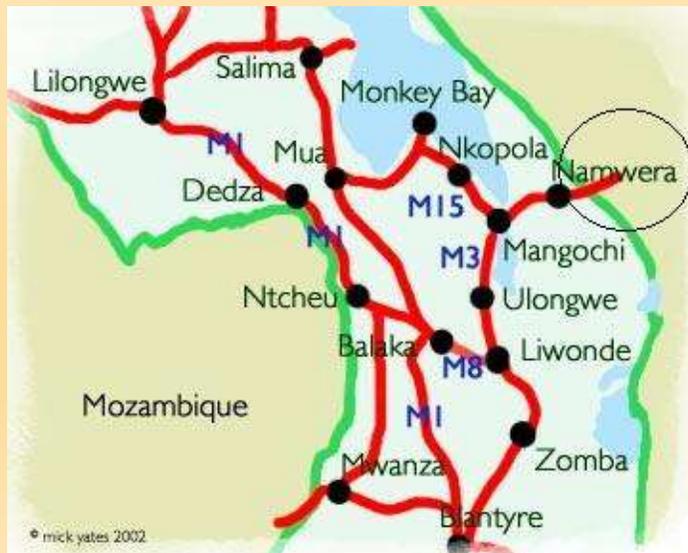


Lo studio di Bandiagara suggerisce che i fattori sociali possano influenzare le trasformazioni della fenomenologia melanconica e modulare il rischio di ammalare di depressione, ma non consente ipotesi esplicative.

I risultati di una indagine condotta nell'area di Namwera in Malawi, presentano qualche elemento di interesse in proposito.

Nella regione, popolata da etnie Yao e Chicewa, l'economia prevalente è l'agricola, solo recentemente sono emerse attività occupazionali diversificate.

## ← NAMWERA



■ Il Malawi è infatti l'unico stato africano che ha mantenuto sino agli anni 90' una struttura politica fortemente tradizionale, basata sul riconoscimento della figura del capo villaggio e nel quale l'urbanizzazione era stata fortemente contrastata dal potere centrale.

# MALAWI



- 10 millions inhabitants
- 15% HIV positive
- mean expectancy of life: 36 years
- 500.000 orphans



## NAMWERA

Al momento della realizzazione dello studio, tuttavia, il Malawi era interessato da profonde trasformazioni che riguardavano aspetti micro e macrosociali e che sfociarono, nella istituzione di una democrazia multipartitica, decretata da un referendum popolare . Queste modificazioni, in un mondo immutato da secoli, coinvolse in prima persona e con un forte impatto emotivo gran parte della popolazione.

# EPIDEMIA DI ISTERIA NEL MALAWI IN CAMBIAMENTO

- Nel periodo strettamente antecedente il referendum, erano state osservate e descritte da McLachlan vere epidemie di forme isteriche, in gruppi di giovani donne, secondo quelli che erano gli unici psicologi occidentali che vi assistettero, questi fenomeni erano da considerarsi in diretta relazione con l'ipercoinvolgimento causato dal conflitto nella scelta fra tradizione e innovazione, la insorgenza era sempre in relazione a eventi scatenanti legati al referendum ed alla scelta fra tradizione e innovazione (comizi, manifestazioni elettorali ecc).



# LA SARTORIA INDUSTRIALE DI NAMWERA (MALAWI)

In questo contesto, a partire dal 1988, era stata istituita nel villaggio di Namwera una sartoria industriale, programmata e finanziata dalla cooperazione italiana. Il progetto prevedeva che le donne, concluso un periodo di formazione, potessero acquistare con facilitazioni apparecchiature sufficienti ad intraprendere nei villaggi di origine una attività autonoma di sartoria.



# LA SARTORIA INDUSTRIALE DI NAMWERA (MALAWI).

- Considerata la particolare condizione della donna nelle culture Yao e Chicewa, **il passaggio brusco da un ruolo femminile tradizionale ad uno in qualche modo imprenditoriale, é sembrato un terreno particolarmente adatto allo studio degli aspetti concernenti la relazione fra trasformazione del sé e modificazioni psicopatologiche.**



Namwera, Malawi

Depressive symptoms and occupational role among female groups: a research in a south-east African village.

Psychopathology. 2000 Sep-Oct;33(5):240-5

Carta MG, Carpinello B, Dazzan P, Reda MA.  
Institute of Clinical Psychiatry, University of Cagliari, Italy

**BACKGROUND:** Although the relationships between social and cultural factors and African psychopathology have largely been considered from a theoretical point of view, empirical studies are still few and far between. This paper reports the results of a mental health survey conducted in the village of Namwera (Malawi, South-East Africa) to explore the link between social conditions, in particular occupational role, and psychopathology. **METHODS:** A modified version of the Self-Reporting Questionnaire translated into Chichewa language was administered to 161 women (23 dressmakers, 46 nurses, 92 housewives). A Socio-Anamnestic Questionnaire and a Clinical Interview were also applied. **RESULTS:** Dressmakers and housewives appeared more at risk of psychological suffering than nurses. Psychosomatic symptoms are more frequent among housewives, while dressmakers show more typical depressive symptoms, including suicidal thoughts and self-blame. **CONCLUSIONS:** Data confirm that also in an African context, some social factors are related to depression among female groups.

Copyright 2000 S. Karger AG, Basel.

# La ricerca a Namwera (Malawi)

L'indagine ha riguardato tre campioni di donne appaiati per età: la totalità delle sarte, un campione di lavoratrici impegnate in ruoli tradizionali (contadine/casalinghe) ed un campione di infermiere e ostetriche.

E' stata indagata la storia di sviluppo, la presenza di eventi stressanti e altri di fattori di rischio; la presenza di eventuali sintomi psicopatologici e disturbi psichiatrici conclamati, e sono state definite le interpretazioni sulla causalità dell'eventuale malessere .



# ABBANDONO DEL RUOLO TRADIZIONALE E BISOGNI ECONOMICI

- La scelta lavorativa delle giovani non è stata casuale rispetto alla storia personale. Coloro che si erano impegnate in occupazioni innovative (sarte e infermiere) avevano subito l'abbandono da parte del padre in età giovanile (80% nei due campioni) più frequentemente delle casalinghe.
- In Malawi il matrimonio è matrilocale: l'uomo si trasferisce presso la famiglia della moglie, **ma talvolta, e meno infrequentemente negli ultimi anni, forse in relazione alle trasformazioni sociali, può accadere che abbandoni la famiglia, lasciandola in gravi condizioni di precarietà economica.**



NELLE GIOVANI SARTE E INFERMIERE LA RICERCA DI UN LAVORO INNOVATIVO RISPETTO ALLE TRADIZIONI È STATA DETTATA DA NECESSITÀ ECONOMICHE E DI SOPRAVVIVENZA.

Bisogna considerare che le famiglie di provenienza sono risultate numerose e, verosimilmente, sulla decisione individuale di farsi carico dei problemi del gruppo hanno giocato anche delle attitudini personologiche peculiari.



# LAVORO, BISOGNI ECONOMICI E CONFLITTI SOCIALI

- La soddisfazione lavorativa è maggiore nelle donne che hanno scelto occupazioni innovative (sarte e infermiere) ma le sole sarte (non le infermiere) manifestano e dichiarano

una serie di conflitti sociali correlati **al nuovo ruolo** quali difficoltà a trovare compagni stabili e frequenti abbandoni da parte dei coniugi con una dichiarata non accettazione da parte di questi del lavoro delle mogli, il che è sorprendente, considerato la stabilità economica che il nuovo lavoro poteva offrire.



# DISTURBI NEI GRUPPI E FATTORI DI RISCHIO

Le sarte e le casalinghe appaiono più spesso sofferenti delle infermiere. Presentano un numero di sintomi psicopatologici maggiore, e, fra esse, il numero di casi depressivi diagnosticati sulla base del DSM-III-R (APA 1987), risulta più elevato.

Fattori di rischio: abbandono della famiglia da parte del padre (sarte e infermiere), separazione coniugale (sarte), assenza di supporto finanziario da parte del marito (sarte e casalinghe), perdita della madre prima dell'età di 11 anni (casalinghe).





# MEDIAZIONE FRA NUOVI BISOGNI EMERGENTI E IDENTITÀ

Il lavoro di infermiera sembra permettere alla donna di Namwera di mantenere un ruolo socialmente accettabile e che viene percepito, come più vicino a quello femminile “tradizionale”, soprattutto per quanto riguarda la cura e il supporto all’individuo debole. Non è quindi sorprendente che le infermiere risultino il gruppo emozionalmente più stabile, avendo esse raggiunto una situazione economica soddisfacente, che permette l’indipendenza e l’autonomia, ma attraverso un ruolo individualmente e socialmente accettabile, ancorché innovativo.



# IL TRIONFO DELLO STILE DEPRESSIVO NELLE SOCIETÀ IN CAMBIAMENTO

- Secondo questa chiave di lettura i nuovi ruoli capaci allo stesso tempo di offrire prospettive di sussistenza e di leadership ma anche di indurre scompensi in termini “individualistici” prima sconosciuti, possono essere concepiti come la base per lo sviluppo, in individui predisposti, di un tipico stile depressivo di organizzazione del Sé.
- E' lo stile tipico, nella nostra società, secondo i costruttivisti di chi ha sofferto perdite o è stato responsabilizzato ad esempio perché aveva un familiare malato. Questa visione pessimistica di sé del mondo e del futuro renderebbe questi individui tenaci e determinati ma particolarmente vulnerabili alla depressione



# LA “NUOVA” DEPRESSIONE E LE MODIFICAZIONI DEL SÉ E DELLA SOCIETÀ

- Le interpretazioni adottate permettono di chiarire le modalità di espressione sintomatologica emerse fra le sarte, apparentemente più simili alla depressione “occidentale” che alla fenomenologia depressiva tipica dell’Africa che ancora si manifesta fra le casalinghe. Le componenti di questo gruppo, sembrano mantenere anche una lettura più tradizionale delle relazioni interpersonali.
- Secondo **Natan (1996)**, le società africane tradizionali sarebbero caratterizzate da una profonda enfasi sulla **realtà invisibile oltre che dalla citata importanza rivestita dal gruppo piuttosto che dall’individuo**.
- Non sorprende quindi che la malattia potesse essere interpretata da queste donne come **causata da qualcosa di esterno, da una rottura degli equilibri per l’intervento di persone o forze negative (e gli spunti persecutori rappresentano la rottura e il senso di dislocazione dal gruppo)**.
- La sofferenza psichica in questi soggetti è anche espressa più frequentemente in **termini psicosomatici**, mai con sentimenti di autosvalutazione o di inutilità, che presupporrebbero una evoluzione individualistica del sé.

# LO “STILE DEPRESSIVO” OFFRE VANTAGGI ADATTATIVI?

- Il modello potrebbe spiegare anche l'ipotetico aumento della depressione nella società occidentale.
- La spinta all'individualismo e alla competizione potrebbe essere la base per il crearsi di un substrato sociale che privilegia atteggiamenti da “l'iperresponsabilizzazione compulsiva” ma allo stesso tempo espone allo scompenso
- L'aumento della depressione per chi crede in ipotesi biologico-genetiche “ingenue” è infatti un assurdo se non interpretato in una chiave sociobiologia complessa.
- Se la spiegazione della depressione fosse semplicemente sulla base della vulnerabilità genetica non si comprenderebbe come una condizione che affligge persone che vivono meno (l'aspettativa di vita di un depresso è molto inferiore a quella di una persona non depressa), che si riproducono meno (il che è dimostrato ma è anche logico visto il diminuito drive sessuale), non solo non scompare ma secondo alcuni sia in continuo aumento.

# LA MIGRAZIONE “INTEROCCIDENTALE”: PUÒ ESSERE INTERESSANTE PER STUDIARE IL RAPPORTO FRA DEPRESSIONE E MODIFICAZIONI SOCIALI

- Come abbiamo già notato nei senegalesi non tutti i migranti sono a rischio psicopatologico, secondo alcuni sociologi **il porsi obiettivi “bassi” può essere protettivo dal “goal striving stress” (stress da mete eccessive)**
- Abbiamo condotto una ricerca sugli immigrati sardi, di prima e seconda generazione, a Parigi nei primi anni 80’.
- La maggior parte di queste persone provenivano da una area pastorale della Sardegna povera e con scarse opportunità

# Psychiatric disorders in Sardinian immigrants to Paris: a comparison with Parisians and Sardinians resident in Sardinia.

Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2002 Mar;37(3):112-7.

Carta MG, Kovess V, Hardoy MC, Morosini P, Murgia S, Carpiello B.

Department of Public Health, University of Cagliari, Italy.

**BACKGROUND:** The aim of the present study was to compare the prevalence of ICD-10 psychiatric disorders in a community sample of subjects of Sardinian origin resident in Paris (here "immigrants"), of the general Parisian population ("Parisians") and of Sardinians resident in Sardinia ("Sardinians"). **METHODS:** The sample of immigrants was obtained by contacting a fifth of all households with a Sardinian surname in Paris telephone directories. The other samples have already been partially described in previous studies. All subjects were interviewed using the CIDIS, a shortened version of the structured WHO interview CIDI. **RESULTS:** High or very high response rates were achieved in all studies. The final sample sizes were: 153 immigrants, 2,260 Parisians and 1,040 Sardinians. Immigrants showed high rates of depressive disorders, as did Parisians, and high rates of anxiety disorders, as did Sardinians. The immigrants' offspring (second-generation immigrants) seemed to be particularly at risk for depression, drug-abuse and bulimia. Elderly Sardinians who had returned to Sardinia after a long period of emigration showed an increased risk of dysthymia. The presence of a confidential relationship had a protective effect. **CONCLUSIONS:** The results are consistent with previous findings which suggest a greater risk of anxiety disorders in Southern Europe and of depression in Northern European countries. Immigrants in this study seem to present a particularly unfavourable pattern of mental disorders compared to both origin and host populations. The role of social support, use of mental health services and social conditions of second-generation immigrants should be analysed in greater depth.

# EMIGRATI SARDI A PARIGI

- Lo studio ha confrontato la frequenza di disturbi psicopatologici in un campione di sardi residenti in Sardegna, in un campione di sardi residenti a Parigi e in un campione di parigini. In totale circa 4.000 intervistati.
- I sardi di Sardegna risultavano più frequentemente ansiosi, i parigini più frequentemente depressi.
- Gli emigrati maschi di II generazione risultavano stare peggio di tutti, erano ansiosi come i sardi di Sardegna ma avevano più depressione.
- Gli anziani emigrati che avevano mete “basse” stavano meglio
- **Il passaggio da una società statica e priva di opportunità ad una società con grandi opportunità causava rischio in chi aveva assunto obiettivi ambiziosi**

# PSICOSI E MIGRAZIONE

- La letteratura di settore ha ormai ampiamente evidenziato come i fattori di rischio per lo sviluppo di psicosi non sono solo individuali, ma anche di area, di neighbourhood, come, ad esempio, il **vivere in aree urbane** |
- 3. La genesi dei disturbi dello spettro psicotico percorre molteplici vie in cui il manifestarsi di sintomi conclamati di psicosi sarebbe il risultato **dell'accumularsi durante il corso delle vita di stressor socio-ambientali** che andrebbero a slatentizzare una preesistente vulnerabilità neuropsicologica |
- 4. Secondo il modello del sociosviluppo di Morgan, infatti, **l'esposizione a traumi o ad avversità** durante il corso della vita interagirebbe con una specifica suscettibilità genetica ed inciderebbe sullo sviluppo cerebrale nonché sulla sensibilità personale allo stress, generando uno stato di persistente vulnerabilità alla psicosi .
- Risulta pertanto evidente come **la migrazione** rappresenti un'esperienza che si dipana nel corso della vita di un individuo in grado di assemblare e condensare vari fattori di rischio ambientali (**isolamento sociale, stile di vita, capacità di relazionarsi, ambienti lavorativi ristretti, ecc.**) responsabili di una pressione e di uno stress tali da poter condizionare in maniera significativa lo sviluppo di psicosi.
- **lo status di migrante sia associato ad un aumentato rischio di disturbi mentali gravi**, come le psicosi, rispetto allo status di nativo; in proposito la letteratura ha evidenziato un rischio di psicosi più di due volte superiore nei migranti, sia di prima che di seconda generazione, rispetto ai nativi | 6. Poiché nei paesi di origine dei migranti non si è riscontrato un aumento dell'incidenza delle psicosi, e quindi sarebbe da escludere che vi sia un maggior rischio geneticamente determinato nelle persone che provengono da tali paesi di sviluppare un disturbo psicotico, particolare attenzione è stata posta ai **fattori ambientali nella genesi di tale disturbo**

# PSICOSI E MIGRAZIONE

Numerosi studi, condotti soprattutto in ambiente nord europeo e anglosassone, hanno rilevato come i più importanti fattori causali siano collocati nella fase post-migratoria e, in particolare, risiedano **nella difficoltà di integrazione nella società ospite, a causa dello svantaggio sociale, della discriminazione, del “mismatch” tra aspettative e realizzazione.**

Pertanto, gli studi negli ultimi 20 anni si sono concentrati sui fattori ambientali che possono essere responsabili di tale “eccesso di psicosi”. Tali fattori ambientali possono agire sia a livello individuale, che sociale e

**si possono schematicamente collocare nelle 3 fasi del processo migratorio:**

durante la fase pre-migratoria (complicanze ostetriche dovute alle cattive condizioni igienico-sanitarie del paese di origine, fattori infettivi, deficit di vitamina D, ecc.);

durante la fase migratoria (trauma del viaggio, scarsa preparazione della migrazione, ecc.),

durante la fase post-migratoria (discriminazione, disoccupazione, basso status socio-economico, razzismo, isolamento, “urbanizzazione” e densità etnica).

Tali studi, condotti soprattutto in ambiente nord europeo e anglosassone, hanno rilevato come i più importanti fattori causali siano collocati nella fase post-migratoria ed, in particolare, **risiedano nelle difficoltà di integrazione nella società ospite.**

Harrison G., Holton A., Neilson D., Owens D., Boot D., Cooper J., “Severe mental disorder in Afro-Caribbean patients: some social, demographic and service factors”, *Psychological Medicine*, 19(3), 1989, pp. 683-696; CantorGraee E., Seltzer JP., “Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review”, *American Journal of Psychiatry*, 162, 2005, pp. 12-24; Morgan C., Charalambides M., Hutchinson G., Murray RM., “Migration, ethnicity, and psychosis: toward a socio developmental model”, *Schizophrenia Bulletin* 36, 4, 2010, pp. 655-664; Tarricone I., Atti A.R., Salvatori F., Braca M., Ferrari S., Malmusi D., Berardi D., “Psychotic symptoms and general health in a socially disadvantaged migrant community in Bologna”, *International Journal of Social Psychiatry*, 55, 2009, pp. 203-213; Tarricone I., Stivanello E., Ferrari S., Colombini N., Bolla E., Braca M., Giubbarelli C., Costantini C., Cazzamalli S., Mimmi S., Tedesco D., Menchetti M., Rigatelli M., Maso E., Balestrieri M., Vender S., Berardi D., “Migrant pathways to community mental health centres in Italy”, *International Journal of Social Psychiatry*, 58, 2012, pp. 505-511.

# GRUPPI CRITICI

- **3.1 Migrazione e prostituzione.** Da molti anni ci occupiamo di "donne vittime della tratta": provenienti per lo più dall'Est dell'Europa o dalla Nigeria, ma anche dal altri paese dell'Africa sub-sahariana e dall'America Latina. Avviate ad un programma di integrazione sociale in accordo al cosiddetto "Articolo 18", **molte di queste donne stentano a trovare un lavoro, l'impossibilità di inviare denaro alla famiglia accresce dissidi e conflitti:** dal paese, la richiesta di inviare denaro non cessa, anche quando informati delle difficoltà e delle vicende cliniche delle loro figlie e sorelle, quella richiesta continua ostinata, indice di una "violenza strutturale" (Farmer) che non conosce eccezione. **In questo orizzonte di incertezza e di solitudine, la sintomatologia può assumere forme minacciose e nuovamente farsi "incomprensibile".** Nelle donne nigeriane i riferimenti **alle pratiche di culti di possessione, o ai vincoli rituali con coloro che ne hanno permesso l'immigrazione clandestina e continuano spesso a sfruttarle minacciando la famiglia rimasta nel paese d'origine, evocano figure che sembravano relegate nell'etnologia esotica, e che ricompaiono con straordinaria frequenza a Torino come ad Amsterdam** (Beneduce e Taliani, 2006; van Dijk, 2001). Riferimenti a complesse tradizioni e ad *economie occulte* (Jane e John Comaroff) chiedono agli operatori una **competenza storico-antropologica per poter decifrare allusioni, metafore, sintomi: spesso, nell'assenza di una comprensione soddisfacente di questi riferimenti, di queste esperienze, le pazienti si tacciono, nascondono le vere ragioni delle proprie angosce, tali da richiedere spesso ospedalizzazioni ripetute, C'è qui un problema preciso che bisogna identificare subito: una diagnosi accurata, che non ripeta il monotono ritornello della "psicosi reattiva", deve poter essere fondata su questo tipo di conoscenze**
- Ciò che mi preme sottolineare è un altro aspetto, che contribuisce ad amplificare i problemi ora evocati ma in qualche misura autonomo. Queste donne intrattengono con la sfera della sessualità dell'affettività, relazioni particolarmente difficili e ambivalenti. L'ambiguità che queste donne riproducono nei confronti dei propri partner è la testimonianza per eccellenza di che cosa esprime il concetto di "corpo-capitale" (Wacquant): un corpo diventato mezzo di produzione, scarsamente sensibile a messaggi di prevenzione o a codici morali. **Segnate da una violenza psicologica e fisica, simbolica e materiale, esse rimangono catturate all'interno di un orizzonte morale che mette alla prova la capacità degli operatori:** spesso in difficoltà nel costruire interventi nei quali sia consapevolmente riconosciuto e governato il ruolo dei propri modelli etici o religiosi. Faccio qui riferimento non solo a psichiatri e psicoterapeuti ma all'insieme della rete assistenziale: educatori, operatori socio-assistenziali, ecc. **In questo orizzonte si radica una vulnerabilità tutta particolare di queste donne, ma anche buona parte di errori nella "partita" che caratterizza l'intervento assistenziale:** non penso qui tanto al personale dei servizi di salute mentale, sebbene credo che quest'ultimi siano nella posizione migliore per prevenirli *orientando opportunamente coloro con i quali collaborano* (non ultimi gli operatori del cosiddetto volontariato, laico e religioso).

# GRUPPI CRITICI

- **3.2. Minori stranieri e violenza.** La sofferenza psichica dei minori stranieri si esprime secondo forme peculiari. Nei più piccoli **l'incidenza di disturbi del linguaggio**, che possono assumere anche la forma estrema di sindromi artistiche, è considerevole; spesso però intorno a questa diagnosi **s'ingaggia un vero e proprio braccio di ferro tra le famiglie e i servizi**. Il rapporto con gli operatori rischia così di fallire fra malintesi e conflitti. I primi accusano i genitori di scarsa collaborazione, di reticenza, le seconde si sentono scrutate, diffidano dell'ingresso nel loro mondo privato di figure professionali ad essi poco.
- Ma è un problema particolare a suonare particolarmente minaccioso, quello della **violenza, tanto familiare ("domestica", e rivolta soprattutto verso i minori), quanto quella di cui si fanno protagonisti gli adolescenti**, soprattutto coloro che appartengono alla categoria dei **"minori non accompagnati"**, spesso partecipi di attività illegali o criminali. I loro disturbi s'intrecciano così a delicatissimi problemi di gestione sociale: **comportamenti dissociativi, crisi di aggressività, "stati mentali di guerra" (Mbembe), attitudini intimidatorie, atti illegali, periodi di detenzione si susseguono secondo una spirale drammatica. E la violenza che ne è alla base spesso viene da essi stessa brandita come un legittimo mezzo di asserzione identitaria**, secondo quanto è stato descritto anche in altri contesti (Beneduce, 2007a).

# GRUPPI CRITICI

- **3.3. Rifugiati e vittime di tortura.** . L'esperienza della migrazione ha con le dimensioni della violenza, della perdita e della morte, del lutto, un rapporto "strutturale" (Beneduce, 2006, Taliani, 2006). Gli esperti della salute mentale sanno di doversi confrontare sistematicamente **con i temi della violenza, politica, morale e sociale**, all'origine di non pochi disturbi mentali nella popolazione di rifugiati: anche in Italia le vittime di tortura giungono numerose da paesi come Nigeria, Repubblica Democratica del Congo, Repubblica del Congo, Uganda, Afghanistan, Iraq, Eritrea, Tunisia ecc.

Ancora una volta la competenza degli operatori relativa alle vicende geo-politiche rappresenta una variabile spesso decisiva nel determinare il destino della relazione terapeutica, non meno di quanto faccia il grado di **competenza nell'accogliere storie di violenza e umiliazione: storie che spesso vengono solo alluse, non si dicono "coerentemente", e dove contraddizioni e persino "bugie" hanno spinto alcuni autori a parlare di paesaggi narrativi "frammentari" o "rotti" (Kirmayer, 1996)**, dove infine è propriamente frantumato il senso comune dell'esperienza ordinaria. Sono racconti ricchi di silenzi e cesure, e come tali materiali critici, come è noto, nella costruzione di relazioni mediche da utilizzare nella richiesta d'asilo (Kirmayer, 2003).





GRAZIE PER  
L'ATTENZIONE

Dott. Davide Amendola  
responsabile SPDC ASL-SA