

Il lavoro del Centro di Studio e Ricerche G. Devereux – Bologna Transcultural Psychiatric Team (BoTPT) con i rifugiati e i richiedenti asilo: per una memoria utile

Work of the Bologna Transcultural Psychiatric Team (BoTPT) with refugees and asylum seekers: when remembering helps

I. Tarricone^{1,2}, E. Mencacci^{1,3}, M. Braca¹, F. Salvatori¹, S. Di Marco¹, M. Nolet², V. Storbini¹, D. Berardi^{1,2}

¹ Sezione di psichiatria, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Alma Mater Studiorum, Università di Bologna; ² Centro di Salute Mentale Ovest, DSM – Ausl di Bologna; ³ Dipartimento di Scienze della Cognizione e della Formazione, Università di Trento

Summary

Introduction

Refugees and asylum seekers are a growing population in Western countries. The dramatic life situations from which they escape, and the difficulties of integration within host countries, are associated with the onset of trauma-related mental disorders (feelings of displacement, loss of identity) and major psychiatric disorders such as PTSD and Major Depressive Disorder.

Aims and methods

The increasing number of refugees referred by welcome centres, where they live, has led the Bologna BoTPT (Bologna Transcultural Psychiatric Team) Study and Research Centre to develop an operational plan aimed at improving care of these individuals. We chose to cooperate with social workers involved with integration projects to strengthen their listening skills and ability to recognize the needs expressed by asylum-seekers, and get them to compare their work experiences in a self-help/mutual-aid group guided by a mental health professional. Furthermore, we

created a setting that responds to patients' requests for help, focusing not only on traumatic events, but also on distress related to existential uncertainty that they experience when settling in.

Results and critical points

We found an improvement in social workers' ability to cope with the stress of relating to refugees and their needs. Our work also led us to reappraise the category of PTSD, which is often inadequate to describe the complex experience of these patients.

Conclusions

Our work has helped to identify ways of strengthening collaborative activities between the City Council, as it is the institution in charge of welcoming refugees and asylum seekers, and the Mental Health Centre.

Keys words

Refugees • Asylum seekers • Helping relations • Bologna Transcultural Psychiatric Team (BoTPT)

Introduzione

Le persone che devono lasciare le loro case e i loro paesi a causa di guerre e disastri e che chiedono protezione nel mondo occidentale sono in drammatico aumento (43.3 milioni di persone secondo il rapporto statistico annuale dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati, UNHCR). Un rifugiato su 10 soffre di Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) e il 5% soffre di depressione maggiore⁶; inoltre in un'elevata percentuale di casi i rifugiati presentano comorbidità per più disturbi psichici^{6,20}. Anche i rifugiati che non sviluppano disturbi mentali clinicamente conclamati sono spesso colpiti da sintomi di disagio psichico^{14,18,20}. Lo status di rifugiato è infatti connesso direttamente o indirettamente all'espe-

rienza del trauma. Oltre al trauma diretto dovuto a tortura o a altre forme di violenza fisica e psicologica a cui frequentemente sono stati sottoposti i richiedenti asilo, in ogni caso la condizione di profugo implica uno sradicamento, una perdita di status, di sicurezza e di identità, definita "trauma secondario", ovvero la situazione di vita che il rifugiato si trova ad affrontare nel paese ospite. Il trauma è un evento che ferisce o distrugge la capacità di una persona di adattarsi, si aggiunge ai pre-esistenti stressors quotidiani, generando crisi non solo nel soggetto che li vive direttamente, ma anche indirettamente in coloro che appartengono alla sua rete sociale. Come è noto sin dagli studi pionieristici di Freud e di Janet sul trauma, spesso l'esperienza traumatica non è incorporabile negli schemi mnemonici della persona e costituisce

Correspondence

Ilaria Tarricone, Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna, viale Pepoli 5, 40123 Bologna, Italy
• Tel. +39 051 6584111 • E-mail: ilaria.tarricone@unibo.it

un nucleo dissociativo che invade con immagini, incubi, flashbacks, la coscienza con caratteristiche intrusive automatiche. L'amnesia si configura come meccanismo di difesa al vissuto patogeno. Kirmayer⁸, parlando di dissociazione come sintomo ricorrente tra le vittime di traumi, fa notare che essa rappresenta sempre una lacerazione nella continuità della narrazione, e che può essere mantenuta e riprodotta (fino a diventare sintomo) o, al contrario, può essere superata se nei confronti di esperienze di trauma la società è solidale e la loro memoria può essere condivisa e accolta. In questo caso infatti la persona può raccontare gli eventi e ricostruire la continuità che essi hanno minacciato di spezzare, e mette in atto anche una sorta di antidoto allo sviluppo di sintomi propriamente dissociativi. In altri casi, il riserbo sui ricordi, associato al calore protettivo del gruppo, può essere sufficiente alla vittima per superare il dolore. Oltre ai sintomi cognitivi sono spesso presenti sintomi emotivi e affettivi, quali ansietà, fluttuazioni del tono dell'umore, disforia.

È importante ricordare che interpretare la complessa sofferenza di rifugiati e richiedenti asilo esclusivamente attraverso quelle che Roberto Beneduce chiamerebbe *retoriche del trauma*³ rischia di rafforzare quel processo mediante cui l'esperienza di uomini e donne viene naturalizzata nella categoria di rifugiato. Rifugiati e richiedenti asilo vivono frequentemente stati che Ernesto De Martino⁴ chiamerebbe "crisi della presenza", un'incapacità provata dai soggetti subalterni di agire all'interno di un contesto percepito come estraneo e reificante. Esperienze soggettive diverse vengono ricondotte e lette all'interno di un processo assiomatico dove colui che richiede asilo deve necessariamente dimostrare di essere una vittima traumatizzata, in linea con gli immaginari che mass-mediaticamente concorrono alla reificazione dei vissuti di queste persone. La diagnosi di disturbo post-traumatico da stress (PTSD) diviene dunque strumentale alla dimostrazione della sofferenza passata, richiesta a questi soggetti per legittimare la loro presenza nel contesto migratorio. È in nome di una bio-cittadianza¹⁰ che gli apparati politici decidono *quali corpi far vivere e quali lasciar morire*, in relazione a un dolore vissuto che deve essere iscritto nei corpi e conseguentemente certificato. Per questo motivo gli operatori sociali che seguono questi soggetti nei loro percorsi verso il riconoscimento del diritto d'asilo intravedono nelle diagnosi certificate di disturbo post traumatico da stress una prova estremamente utile, in quanto dotata del particolare potere di cambiare il verdetto della commissione.

È quindi intuibile come tra richiedenti asilo e società di accoglienza si inneschi un pericoloso circolo vizioso. Se da un lato le problematiche emotivo-relazionali connesse al trauma e il loro mancato riconoscimento possono ritardare o complicare il processo di *resettlement* e di inserimento sociale del rifugiato nel paese d'accoglienza,

dall'altro la reificazione delle vite di questa persone nelle categorie del trauma può scatenare aspre contrapposizioni, talora vissuti persecutori. Le difficoltà relazionali dei rifugiati si riversano quindi in modo importante nella relazione di aiuto con gli operatori sociali, e ciò rende a loro volta questi professionisti vulnerabili a reazioni da stress a breve e a lungo termine che nel tempo possono configurarsi come disturbi psichiatrici minori, quali la sindrome da *burn-out* o la *vittimizzazione vicaria*²¹. A sua volta, la compromissione degli operatori può ostacolare il progetto di integrazione sociale dei rifugiati, perpetuando così un circolo vizioso che accresce isolamento, frustrazione e sofferenza.

Il confronto con i rifugiati richiede quindi agli operatori sociali specifiche competenze psicologico-relazionali per decodificarne i bisogni e individuare risposte efficaci e, allo stesso tempo, per far fronte allo stress e al carico emotivo derivante dal contenimento di tali storie traumatiche. Pertanto recenti *consensus conferences* internazionali raccomandano sia l'implementazione di programmi atti a proteggere la salute mentale dei rifugiati che attività di supervisione e training per tutelare gli operatori stessi dall'eccessivo carico emotivo e distress che possono condurre a conseguenze negative sulla loro stessa salute¹⁹⁻²¹. Nella nostra realtà locale, a Bologna, da circa 10 anni ci occupiamo della cura della sofferenza psichica di migranti e richiedenti asilo. A partire da alcune esperienze pilota condotte presso il Centro di Salute Mentale Ovest, infatti, abbiamo sviluppato il Centro di Studi e Ricerche G. Devereux - Bologna Transcultural Psychiatric Team (BoTPT), che svolge attività di consulenza, supporto psicosociale e presa in carico dei migranti, tra cui i rifugiati e i richiedenti asilo¹⁵⁻¹⁷. La formalizzazione del nostro rapporto di consulenza e formazione per gli operatori del Comune di Bologna che lavorano con i rifugiati è avvenuta nel 2006, quando ci è giunta la richiesta di un corso di formazione da parte degli Operatori sociali stessi, intenzionati a focalizzare quali fossero gli strumenti di lavoro più idonei a fronteggiare le frequenti difficoltà relazionali e di condivisione di programmi con i loro assistiti. Di seguito descriviamo in sintesi le esperienze del Centro di Studio e Ricerca G. Devereux – BoTPT di Bologna con rifugiati e richiedenti asilo e con gli operatori sociali che si occupano di loro e come, attraverso tali esperienze, siamo giunti a formulare il nostro modello di lavoro.

La consulenza psichiatrica ai rifugiati e ai richiedenti asilo

All'interno del Centro G. Devereux – BoTPT di Bologna, nel corso di questi ultimi anni si è andata sviluppando una riflessione su quali fossero le modalità di intervento più adeguate nel supporto e nella presa in carico di rifugiati e richiedenti asilo. Tale riflessione risponde a un

progressivo aumento degli invii e di richieste di consulenza da parte di un centro di accoglienza ubicato nel territorio bolognese, che ospita circa 40 persone in fuga dai luoghi del mondo più diversi e che approdano in tale struttura in cerca di protezione.

Inizialmente, gli operatori del centro chiedevano l'intervento del servizio BoTPT intravedendo nel passato di queste persone e nei traumi da loro subiti la causa principale del malessere che gli ospiti presentavano, descrivendo la loro sofferenza attraverso un linguaggio sintomatologico, che comprendeva insonnia con incubi ricorrenti, amnesie, difficoltà di concentrazione, perdita dello slancio vitale, ritiro sociale alternato a frequenti attacchi di rabbia. I pazienti inviati al Servizio BoTPT venivano accolti da un'équipe multidisciplinare: il setting era per la maggior parte delle volte composto da una figura con formazione ed esperienza in ambito medico-psichiatrico e una figura con formazione antropologica. Componente fondamentale è risultata essere, inoltre, il personale infermieristico dedicato, capace d'intervenire sul piano dell'accoglienza e del supporto relazionale. Già nel corso delle prime consultazioni è stato riscontrato quanto i traumi venissero riconosciuti esclusivamente come una tra le molteplici concause alla base del malessere di queste persone. Il dolore che rimaneva sopito durante tutta la fase migratoria, grazie a quei meccanismi detti di resilienza, emergeva in seguito come un'onda d'urto, portandolo a esplodere nel momento in cui queste persone si sentivano contenute dalla sicurezza del centro di accoglienza, ma ancora non inserite all'interno di un percorso d'integrazione capace di dare loro la sensazione di essere approdate a una nuova vita con la sua ritmica e con il suo senso.

Rifugiati e richiedenti asilo ci parlano dunque di esistenze liminali, sospese. La fuga, spesso priva di ogni forma di progettualità, si svolge nell'arco di una notte, fungendo da cesura con la quotidianità del passato in cui i soggetti vivevano sicuramente all'interno di un contesto minaccioso, ma allo stesso tempo familiare, nel quale erano provvisti di orizzonti di senso. Di fronte all'impossibilità d'inserirsi in modo attivo nel presente migratorio, la mente di questi soggetti ritorna ossessivamente al passato della fuga, nel tentativo vano di trovare una ragione per ciò che è loro accaduto e di far visita a un mondo che nonostante tutto fa sentire la sua mancanza. Le persone che hanno portato il loro malessere al Centro BoTPT raccontavano spesso della fatica provata nel capire le dinamiche che regolano le politiche di accoglienza, del perché dovessero vivere mesi in una dimensione sospesa prima del riconoscimento del diritto d'asilo. È questa sospensione che crea stati d'impotenza e conseguenti vissuti depressivi e di frustrazione, spesso esperiti come rabbia verso i luoghi e le persone del presente "senza senso". Il non senso del presente risulta spesso più forte della violenza del passato.

TABELLA I.

La consulenza per la fragilità sociale: per una memoria utile. *The consultation on the social vulnerability: when remembering helps.*

Consulenza/ Prima visita (setting medico-psichiatrico/antropologico)
Monitoraggio presa in carico
Spazio narrativo
Interventi sull'équipe degli operatori del centro di accoglienza
Supervisione con gli operatori

È sulla base di queste analisi che è stato pensato e attuato, nel Centro BoTPT, il progetto "Per una memoria utile. Uno spazio volto al recupero e all'integrazione dell'identità soggettiva", una attività di consulenza sia ai rifugiati e richiedenti asilo che agli operatori sociali, finalizzata ad analizzare i meccanismi d'invio a opera dei centri di accoglienza e a dare spazio e voce anche alle istanze degli operatori, cercando di comprendere con loro quali possano essere i modi più efficaci per gestire il malessere manifestato dai loro assistiti (Tab. I).

La consulenza agli operatori sociali

Come detto, il rapporto di collaborazione tra il Centro BoTPT e gli operatori sociali del Comune di Bologna si è formalizzato per la prima volta nel 2006, quando è stato avviato il corso di formazione dedicato a tali operatori. Il corso ha seguito due metodologie: quella psicoeducativa, svolta tramite lezioni frontali e lavoro in piccoli gruppi, e quella dell'apprendimento dall'esperienza e del confronto attivo con i "pari", intrapresa mediante l'avvio di un gruppo di auto-mutuo-aiuto a cadenza settimanale. Le due modalità di intervento sono state integrate in un programma di lavoro della durata complessiva di 7 mesi. Oggetto degli incontri psicoeducativi sono stati i temi generali di principale rilievo nel lavoro psicosociale con i richiedenti asilo, quali la presa in carico del richiedente asilo e la formulazione di un piano di intervento efficace, il riconoscimento dei sintomi di allarme di disturbo mentale, il ruolo del trauma e della cultura sulla relazione e la comunicazione tra utente e operatore, la rete dei servizi socio-sanitari e le modalità di invio, le reazioni da stress nei *caregivers*. Il lavoro del gruppo di auto-mutuo-aiuto è stato, invece, impostato con il fine particolare della discussione sui problemi specifici incontrati dagli operatori nel gestire i singoli casi, tenendo in considerazione le dinamiche in un'ottica di mutuo-aiuto. Per mutuo aiuto intendiamo con Steinberg¹³ quel fenomeno per cui i membri di un gruppo, mentre riflettono su una data questione, si aiutano reciprocamente a trovare soluzio-

ni. In altre parole, le relazioni nel gruppo di mutuo-aiuto vengono improntate alla modalità supportiva, la stessa modalità relazionale che gli operatori sono incoraggiati a mettere in gioco anche con gli utenti. Il gruppo di mutuo-aiuto diviene quindi il luogo elettivo dove sperimentare e consolidare competenze relazionali e psicologiche.

Gli incontri psicoeducativi

Gli incontri psicoeducativi avevano l'obiettivo di formare i partecipanti (tramite lezioni frontali, *role playing* e lavoro in piccoli gruppi) sui principali strumenti di lavoro e sulle competenze tecniche necessarie alla presa in carico sociale dei rifugiati e dei richiedenti asilo (Tab. II).

Lungo il percorso formativo è stato così possibile delineare, riassumendo le evidenze in tal senso disponibili^{9 18 20}, un modello di lavoro idoneo a favorire un efficace ascolto della richiesta di asilo e le successive fasi dell'intervento sociale. Sinteticamente il modello di lavoro proposto si articola in tre fasi: la fase dell'ascolto della domanda di asilo, la fase della risposta e la fase del follow-up. Si è innanzitutto illustrato ai professionisti come sia essenziale nella fase di ascolto partire dalla predisposizione di un setting sicuro, tranquillo e privato ove sia possibile ascoltare e al medesimo tempo fornire conforto e supporto, gli elementi iniziali necessari per sviluppare una relazione di aiuto basata sulla fiducia. Ascoltare efficacemente la richiesta di asilo significa infatti potere valutare e comprendere i bisogni dell'utente, sia pratici che emotivi, le sue competenze, le sue capacità di adattamento e comunicative. La comunicazione con una persona che ha vissuto un'esperienza traumatica e che al contempo proviene da una cultura altra impone una revisione critica delle abitudini professionali di chi, assumendo un ruolo di aiuto, dovrà farsi carico dell'ascolto di tali esperienze. Un primo livello di difficoltà è inerente la distanza espe-

rienziale e culturale tra utente e operatore. L'operatore che non abbia vissuto un'esperienza analoga si troverà di fronte a un duplice scacco comunicativo: l'impossibilità di comprendere completamente i vissuti del trauma e la difficoltà a trovare un linguaggio comune che renda il trauma dicibile e traducibile attraverso le culture⁹. La modalità di approccio al dolore e la raccolta delle notizie inerenti il trauma da parte degli operatori sociali deve quindi relazionarsi necessariamente alla particolare concezione culturale del trauma, ma anche della vita, della morte e delle relazioni dell'utente. In questi contesti, per fornire una prestazione professionale competente, è necessario operare all'interno di un team multidisciplinare che attenui i rischi legati all'ipercoinvolgimento e all'ansia dei caregivers: la mole delle problematiche portate e le difficoltà di decodifica dei bisogni espressi dall'utente possono sopraffare l'operatore che si trovi a doverne sopportare da solo il carico.

Un secondo nodo problematico deriva dalla difficoltà di conciliare le esigenze pratiche inerenti la richiesta di asilo politico e i bisogni derivanti dalle condizioni psichiche dell'utente. Il raccogliere la storia della fuga (il più delle volte traumatica) dal paese di origine, diventa presupposto fondamentale per avviare le pratiche di ottenimento dello status di rifugiato. Poiché i sintomi psichici legati al trauma possono inficiare seriamente la comunicazione e la relazione, la ricostruzione del vissuto traumatico deve essere fatta in setting appropriati e dopo che sia trascorso un ragionevole intervallo di tempo, in modo tale che lo sguardo del caregiver non sia vissuto come una ripetizione della violazione dell'intimità, ma che consenta invece la successiva ricostruzione di uno spazio privato, che permetta di sentire e pensare di nuovo segretamente⁷.

In questa fase della presa in carico, particolare attenzione deve essere posta dall'operatore nell'identificare possibili segni di allarme di disagio psichico di rilevanza clinica nell'utente. Gli operatori sociali dovranno quindi possedere anche le informazioni necessarie per decidere quando e come avvalersi della collaborazione con i servizi sanitari di base e specialistici.

Lavorare sui bisogni sociali dei rifugiati contribuisce in larga misura al processo di ricostruzione cognitiva ed emotiva delle capacità di adattamento della persona, oltre a ridurre i fattori esterni di stress tramite la messa in campo di risorse contingenti. La fase iniziale della presa in carico, infatti, prevede la raccolta della storia individuale e necessariamente la rivisitazione delle esperienze traumatiche. Per riconquistare una condizione di equilibrio e salute, l'esperienza traumatica deve essere reintegrata nell'esperienza individuale. Il trauma è infatti congelato in una dimensione atemporale e il rifugiato deve rielaborare il trauma all'interno di una narrativa esistenziale per rafforzare il senso di controllo sulle conseguenze del trauma e riattivare sentimenti di speranza

TABELLA II.

Temi degli incontri psicoeducativi. *Topics of psychoeducational meetings.*

Disturbi mentali potenzialmente riscontrabili tra i rifugiati: disturbo post traumatico da stress, disturbo depressivo maggiore, disturbi d'ansia e disturbi psicotici

Tecniche di colloquio, di *problem solving*

Ruolo patoplastico della cultura sull'espressività del disagio

Prospettive culturali sul trauma, gli effetti del trauma sull'apparato psichico e le conseguenti difficoltà relazionali

Strumenti del gruppo per far fronte al disagio psichico degli utenti e al *distress* degli operatori

Gestione interdisciplinare e interistituzionale delle problematiche psicosociali dei rifugiati (invii e reti di collaborazione con i servizi sanitari di base e specialistici)

nel futuro. Il punto di partenza è fornire una condizione di sicurezza materiale ed emotiva nella quale dare una validazione all'accaduto e consentire un counselling sul trauma stesso¹². Questo difficile percorso di rielaborazione delle esperienze traumatiche richiede interventi di supporto psicologico e assistenza sociale finalizzati a rafforzare nel soggetto competenze adattative e a riattivare i pre-esistenti livelli di autonomia. Ogni intervento psicosociale dovrebbe infatti tener conto che il rifugiato è una persona dotata di una forte determinazione a sopravvivere e di elevati livelli di autonomia pre-esistenti.

La seconda fase del percorso di presa in carico del richiedente asilo, che abbiamo definito della risposta, consiste nell'accurata valutazione delle risorse disponibili, quali le risorse legali (percorsi di ottenimento dello status di rifugiato, documenti e permesso di soggiorno), economiche (buoni pasto, biglietti dell'autobus, sussidi), formative (corsi di lingua italiana, corsi di formazione al lavoro), abitative (case del comune, strutture ANCI, dormitori, strutture di accoglienza religiose), lavorative (borse lavoro, percorsi di inserimento in agenzie di lavoro autonomo). La formulazione delle risposte, data la complessità delle problematiche portate, si può giovare dell'applicazione della tecnica di *problem solving*. Tale tecnica permette di identificare i problemi su cui è prioritario lavorare e di sviluppare un piano di intervento adeguato a trovare una risposta efficace. È necessario, inoltre, prevedere come la soluzione proposta possa essere compresa dall'utente e quanto possa soddisfare le sue richieste e i suoi bisogni, impliciti ed espliciti. A tal fine una successiva discussione nel gruppo degli operatori, in assenza dell'utente, permette, tramite il confronto del punto di vista di tutti i partecipanti, di ampliare le capacità di previsione dei possibili limiti e punti di forza della soluzione proposta e del relativo piano di attuazione. La terza fase è mirata infine al follow-up dell'intervento con l'utente e in particolare a migliorare la comunicazione e la collaborazione tra utente e operatore. Anche durante questa fase, l'operatore si avvarrà della valutazione di tutto il gruppo di lavoro, oltre che del confronto periodico con l'utente, per valutare l'andamento dell'intervento sociale. In caso di difficoltà, infatti, l'operatore potrà fare appello alle risorse del gruppo per rivedere l'appropriatezza del percorso proposto, come questo percorso è stato compreso e accettato dall'utente e in che misura si integri e quindi sia conciliabile con le aspettative dell'utente stesso.

Gli incontri di gruppo di mutuo-aiuto

Mediante i settimanali incontri nel gruppo ristretto di operatori sociali, è stato possibile affiancare agli incontri psicoeducativi un vero e proprio percorso di apprendimento dall'esperienza e di avviare la costituzione del gruppo di mutuo-aiuto, che avrebbe dovuto continuare a

TABELLA III.

Obiettivi degli incontri del gruppo di auto-mutuo-aiuto. *Aims of self-help/mutual-aid group meeting.*

1. Valorizzare le risorse e i "punti di forza" degli operatori;
2. Formare il "senso di noi", di "identità collettiva" e di leadership condivisa;
3. Facilitare la condivisione delle esperienze professionali e personali;
4. Favorire la mediazione dei propri interessi individuali e la formulazione e il perseguimento di uno scopo comune.

sussistere anche dopo il termine del corso di formazione. L'obiettivo generale degli incontri era quindi di potenziare la capacità di lavorare in gruppo, di creare un vero e proprio gruppo di lavoro nell'ottica del mutuo-aiuto, e quindi di migliorare il fronteggiamento dello stress¹³ (Tab. III).

Nella preparazione del nostro intervento di gruppo ci siamo riferiti a due modelli teorici principali: "La Concezione e la Tecnica Operativa di Gruppo", elaborate da Bauleo e Rivièr e il "Mutuo-Aiuto" nella particolare concezione di Steinberg¹³. La Concezione Operativa di Gruppo nasce intorno agli anni Cinquanta e inaugura un nuovo modo di concepire il Gruppo: a differenza di altre tendenze che considerano il Gruppo come uno spazio nel quale osservare l'individuo, nella Concezione Operativa di Gruppo il gruppo è un oggetto in sé, una struttura a se stante, uno strumento di conoscenza e di lavoro che permette di operare in ambito terapeutico, nella formazione sociale e istituzionale^{12 11}. L'approccio dell'auto-mutuo-aiuto si fonda sulla convinzione che il gruppo racchiuda in sé la potenzialità di promuovere dinamiche di aiuto reciproco fra i suoi membri. Le radici teoriche di questo approccio al lavoro con i gruppi affondano nella tradizione del lavoro sociale professionale, anche se il mutuo-aiuto si presta a essere applicato a qualsiasi contesto di gruppo che si ponga un obiettivo di "bene comune" (équipe professionali, comitati direttivi, coalizioni politiche etc.). Il modello dell'auto-mutuo-aiuto di Steinberg identifica 9 principali dinamiche che devono caratterizzare il lavoro di gruppo perché questo risulti efficace:

- a. la condivisione delle informazioni: il gruppo come *forum di informazioni* condivise dai partecipanti attraverso lo scambio e l'integrazione di idee;
- b. la dialettica interna: il clima all'interno del gruppo deve facilitare la libera espressione di pareri anche contrastanti;
- c. discutere i tabù: il clima del gruppo deve essere aperto e sincero per consentire l'esplicitarsi di tematiche conflittuali o difficilmente trattabili;
- d. "tutti nella stessa barca": si deve rafforzare il conforto e il sostegno reciproco valorizzando l'interdipenden-

za dei partecipanti rispetto a uno scopo condiviso e aiutandoli a individuare uno alla volta le proprie abilità e risorse;

- e. il sostegno emotivo reciproco: che si realizza tramite la creazione di rapporti di sostegno, affetto, empatia a favore delle persone che vi prendono parte, in un *continuum* di coinvolgimento emotivo;
- f. le richieste reciproche: attraverso l'esplicitazione dei problemi, i partecipanti dovrebbero trovare nel gruppo una soluzione ai propri problemi lavorando in modo cooperativo;
- g. il fronteggiamento dei problemi individuali: nell'ottica del *problem solving* i problemi apparentemente individuali verranno trasformati in un prezioso stimolo per la conversazione e la riflessione di tutti membri del gruppo;
- h. fare le prove: una volta che il gruppo è diventato un luogo sicuro per mettersi in gioco, i partecipanti potranno sperimentare nuovi modi di fare e di essere anche mediante l'utilizzo del *role playing*;
- i. la forza del numero: Ogni volta che i componenti del gruppo percepiscono di trarre beneficio dalla loro appartenenza al gruppo, ossia dal non essere soli, si realizza quell'identità collettiva che è alla base del mutuo aiuto.

Abbiamo scelto di caratterizzare il gruppo degli operatori sociali di Bologna come un gruppo *chiuso*, ossia costituito da un numero fisso di partecipanti^{12 13} reclutati in base alla volontarietà e alla motivazione personale. Tutti i partecipanti al gruppo di discussione lavoravano presso enti dedicati all'erogazione di servizi per rifugiati e richiedenti asilo sul territorio (Servizi per Immigrati del Comune di Bologna; Servizio Sociale Adulti; Caritas e l'Associazione "Integrarsi"), tuttavia differivano fra loro per esperienza lavorativa in quel settore, tipo di formazione e attuale profilo professionale; provenivano inoltre da paesi di cultura diversa (Moldavia, Romania, Bosnia, Marocco, Bangladesh, Somalia, Albania, Italia). Il setting prevedeva che gli incontri avessero una durata di un'ora e mezza e si svolgessero con una frequenza settimanale sempre nello stesso luogo, all'interno di uno degli enti. Era sempre presente il conduttore, uno psichiatra psicoterapeuta, e uno o più osservatori, psichiatri psicoterapeuti o specialisti in formazione.

Gli incontri con gli operatori sociali erano svolti in un gruppo *eterocentrato*, cioè impostato con il fine particolare della discussione sui problemi incontrati dagli operatori nello svolgimento del proprio lavoro con i rifugiati e non su problematiche personali. Nel gruppo si lavorava sul contenuto *manifesto*, razionale ed emotivo legato al tema di discussione, che veniva scelto ogni volta dai partecipanti. Contemporaneamente, il coordinatore e gli osservatori ponevano attenzione anche ai contenuti *latenti*, cioè riflettevano sui rapporti interpersonali e gli

affetti messi in gioco dall'informazione. L'analisi del *controtransfert* e del contenuto *latente* aveva luogo esclusivamente nella discussione tra conduttore e osservatori, spesso supportate da supervisioni di esperti e non si davano interpretazioni dinamiche di gruppo. L'osservatore, durante l'incontro di gruppo, annotava e osservava quello che accadeva.

Riflessioni conclusive: dai nodi problematici del lavoro sociale con i rifugiati allo sviluppo del modello di lavoro del Centro Devereux-BoTPT

L'esperienza del Centro BoTPT di Bologna ha permesso di mettere in luce alcune *questioni cruciali* rintracciabili a vari livelli nel lavoro con i rifugiati. Il primo livello è quello della relazione con l'utente: accanto agli ostacoli linguistico-culturali sono state evidenziate *specifiche difficoltà nel decifrare i bisogni dell'assistito*, le cui richieste possono, a volte, risultare deformate da aspettative irrealistiche imputabili ad atteggiamenti regressivi e di dipendenza. Un ulteriore fattore che ostacola lo stabilirsi di una relazione efficace riguarda le problematiche psicologiche conseguenti al trauma che inducono *movimenti difensivi* sia nell'utente che nell'operatore. Nel rifugiato, il riserbo riguardo ai ricordi traumatici è un presupposto alla salvaguardia della propria integrità psichica, ma allo stesso tempo produce un vuoto narrativo e relazionale. Nell'operatore non adeguatamente preparato, il contatto con tali vissuti dolorosi suscita pericolosi movimenti identificatori che tolgono lucidità all'intervento e stabilità emotiva all'operatore stesso; in alcuni casi egli tenderà ad assumere stili relazionali improntati alla freddezza e al distacco per difendersi da sentimenti controtransferali carichi di angoscia. In altre situazioni l'ipercoinvolgimento può portare a irrealistiche fantasie di onnipotenza, per cui l'operatore si sentirà investito di una responsabilità totalizzante e si metterà a rischio di frustrazioni subentranti nel tentativo di soddisfare tutte le molteplici richieste e bisogni del rifugiato. Dalle discussioni nel gruppo di lavoro è emerso che tali atteggiamenti scaturivano alternativamente da vissuti di colpa legati al confronto con storie ricche di similitudini con quelle degli operatori stessi (alcuni dei quali migranti per motivi politici) e/o dalla percezione di trovarsi soli ad affrontare individualmente le problematiche dell'utente.

Un secondo livello di interferenza con la costruzione di un piano di intervento efficace riguarda la relazione tra gli operatori, la capacità cioè di collaborare per il perseguimento di uno scopo comune. Il *background* formativo ed esperienziale degli operatori sociali differisce significativamente all'interno del gruppo, il che porta, come è facile intuire, a una frammentarietà dell'intervento, alla possibilità di fraintendimenti, sovrapposizioni e divergenze nell'intervento.

Quando abbiamo dato inizio all'esperienza di collaborazione con gli operatori sociali dei servizi di Bologna, le risorse e l'organizzazione dei servizi costituivano un punto critico: è apparsa cruciale la mancanza di tempo e di spazi adeguati alla costruzione di una relazione di aiuto con l'utente. Il lavorare spesso in termini di urgenza, il sovraffollamento delle sale d'attesa e la mancanza di uno spazio privato in cui poter dare ascolto alla dimensione più intima delle storie dei rifugiati sono barriere logistiche importanti che accrescono i livelli di incomunicabilità e compromettono la possibilità di metter in atto programmi di intervento ottimali nei servizi sociali. Nel tempo tali servizi hanno sviluppato la capacità di offrire sempre più stabilmente una struttura organizzativa capace di prevedere spazi per l'ascolto e attività di formazione e supervisione.

Dalle esperienze svolte e dall'analisi delle problematiche socio-relazionali nel lavoro con richiedenti asilo e rifugiati è quindi scaturita la formulazione del modello di lavoro del Centro Devereux-BoTPT con rifugiati, richiedenti asilo e i loro carers. Parte centrale del nostro modello di lavoro è la consultazione per gli operatori, che si articola in due momenti fondamentali: la consulenza per specifiche situazioni di disagio relative a particolari utenti; la supervisione in gruppo sulle dinamiche relazionali e vissuti controtransferali a cadenza mensile. È inoltre in fase di implementazione uno spazio narrativo dedicato a rifugiati e richiedenti asilo dove si cercherà, attraverso un approccio antropo-fenomenologico, di dare ascolto all'esperienza di questi attori, nel tentativo di leggere il loro disagio sia come problema individuale, che contestuale all'interno di un più ampio panorama politico e sociale. L'intenzione è quella di far dialogare il passato della provenienza con il presente migratorio, cercando oltremodo di compiere un'opera di empowerment su queste persone de-vittimizzandole. La narrazione viene vista secondo il suo potenziale semantico, co-costruendo le ragioni e il senso del percorso migratorio attraverso il recupero del sé. Per la documentazione ai fini di ricerca, viene utilizzata una intervista semistrutturata, la *Bologna Migration History and Social Integration* (Bo-MH), che raccoglie e sintetizza, oltre alla storia clinica del paziente, la storia migratoria della persona, le sue aspettative e la loro soddisfazione nell'incontro con la realtà attuale, la percezione del livello di integrazione sociale. La MH, tradotta in molte lingue dal consorzio di ricerca europeo EU-GEI (*European network of national schizophrenia networks studying Gene-Environment Interactions*)⁵, è liberamente richiedibile al Centro BoTPT.

Il lavoro con gli operatori sociali, in particolare attraverso le forme del gruppo di mutuo aiuto e quello di supervisione, si è configurato quindi come un "luogo e uno spazio per pensare", svincolato dall'urgenza del lavoro quotidiano, per riponderare i programmi assistenziali in

base all'osservazione dialettica degli esiti. Nel gruppo di mutuo-aiuto il gruppo degli operatori ha appreso a riconoscere e a gestire alcune dinamiche tipiche della relazione d'aiuto tra operatore e rifugiato, quali i movimenti regressivi da parte dell'utente e controtransferali fantasie di onnipotenza, l'identificazione e l'identificazione proiettiva: dal gioco di rispecchiamento tra operatore e assistito deriva la percezione dell'operatore di non aver dato abbastanza in risposta alle aspettative dell'utente e la tendenza ad agire comportamenti riparativi, spesso inefficaci e causa di depauperamento di risorse emotive e materiali.

Il lavoro con gli operatori sociali nei gruppi di supervisione degli operatori, formulato in un primo tempo seguendo il modello medico della malattia, recuperava poi uno spessore e una qualità esistenziale, fermando nella memoria di tutti noi l'esperienza che là dove un'eccessiva medicalizzazione del malessere del richiedente asilo provocava un pericoloso "ristagno" delle potenzialità di riscatto della persona e di ripresa, l'ascolto non medicalizzante favoriva la ripresa di una vita possibile. In base a questa riflessione è emerso quanto spesso le categorie diagnostiche psichiatriche risultino inadeguate, oltre che fortemente etnocentriche, in quanto presuppongono la datità dell'universo psichico come luogo in cui si iscrive una sofferenza, che in realtà ci parla non solo di una ferita della mente, ma della dissoluzione di un mondo sociale provocata da processi provvisti di una precisa valenza politica. Ricondurre la complessità del disagio di rifugiati e richiedenti asilo a una circoscritta diagnosi psichiatrica rischia di provocare un occultamento di tutti quei meccanismi sociali e politici che producono tale condizione di malessere, portandoci a prendere in considerazione solo i loro effetti e non permettendo di porre sotto analisi le cause. Formare all'ascolto e sostenere la relazione di aiuto "de medicalizzata" è una via per avvicinarci alla comprensione delle ragioni del dolore e portare sollievo alla sofferenza di queste persone.

Ringraziamenti

Siamo particolarmente grati agli operatori dei Servizi Sociali del Comune di Bologna e delle associazioni di volontariato di Bologna per il loro attivo contributo alla formulazione del modello di lavoro discusso in questo articolo. Un ringraziamento speciale alle persone che ci hanno ricordato che la storia è quella che si racconta a chi sa ascoltare. Così può nascere un ricordo, che talvolta aiuta.

Bibliografia

- 1 Bauleo A. *Psicoanàlisis y grupalidad. Reflexiones acerca de los nuevos objetos del psicoanàlisis*. Buenos Aires, Barcelona, Mexico: Paidós 1997.
- 2 Bauleo A, Monserrat A, Suarez F. *Psicoanàlisis operativo. A proposito del a grupalidad*. Buenos Aires: Atuel 2004.

- 3 Beneduce R, Taliani S. *Politiche della memoria e retoriche del trauma*. I Fogli di Oriss 1999;11/12:101-22.
- 4 De Martino E. *Storia e metastoria. I fondamenti di una teoria del sacro*. Lecce: Argo 1995.
- 5 HEALTH-F2-2010-24-1909: European Network of National Schizophrenia Networks Studying Gene-Environment Interactions (EU-GEI). www.eu-gei.eu
- 6 Fazel M, Wheeler J, Danesh J. *Prevalence of serious mental disorder in 7.000 refugees resettled in western countries: a systematic review*. Lancet 2005;365:1309-14.
- 7 Gomez-Mango E. *De la torture et du secret*. L'information psychiatrique 1988;64:311-9.
- 8 Kirmayer L. *Landscapes of memory. Trauma, Narrative of Dissociation*. In: Anze P, Lambek, M, Tense Past. *Cultural Essays in Trauma and Memory*. New York, London: Routledge 1996, pp. 173-98.
- 9 Moiraghi F, ed. *Storie silenziose. Percorsi con richiedenti asilo e vittime di tortura*. Milano: Harmattan 2004.
- 10 Pandolfi M. *Sovranità mobile e derive umanitarie: emergenza, urgenza, ingerenza*. In: Malighetti R, ed. *Oltre lo sviluppo. Le prospettive dell'antropologia*. Roma: Meltemi 2005, pp. 151-86.
- 11 Rivière EP. *Il processo grupale. Dalla psicoanalisi alla psicologia sociale*. Loreto: Ed. Laurentana 1985.
- 12 Sironi F. *Persecutori e vittime. Strategie di violenza*. Milano: Feltrinelli 2001.
- 13 Steinberg D. *The mutual-aid approach to working with groups: helping people help each other*. Northvale, NJ: Ed. Jason Aronson inc 1997.
- 14 Summerfield D. *War and mental health: a brief overview*. BMJ 2000;321:232-5.
- 15 Tarricone I, Atti AR, Braca M, et al. *Migrants referring to the Bologna Transcultural Psychiatric Team: reasons for drop-out*. Int J Soc Psychiatry 2011;57:627-30.
- 16 Tarricone I, Mimmi S, Paparelli A, et al. *First-episode psychosis at the West Bologna Community Mental Health Centre: results of an 8-year prospective study*. Psychol Med 2012:1-10.
- 17 Tarricone I, Stivanello E, Ferrari S, et al. *Migrant pathways to community mental health centres in Italy*. Int J Soc Psychiatry 2012;58:505-11.
- 18 United Nations High Commissioner for Refugees, Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati. *I rifugiati in Italia: domande e risposte*, 2005.
- 19 WHO. *Department of Mental health and Substance Dependence. Mental health in emergencies*. Geneva 2003.
- 20 WHO. *Mental health of refugees*. Geneva: 1996.
- 21 Young MA. *The community crisis response team training manual*. Washington, DC: National Organization for Victim Assistance 2004.