

DISAGIO PSICHICO NELLE DONNE IMMIGRATE: LE ESPERIENZE DI DONNE LATINO-AMERICANE A TORINO

Dorys Contreras Betancourt

INTRODUZIONE

Questo studio si è proposto di affrontare il problema del disagio psichico nelle donne immigrate latino-americane a Torino e in particolare delle donne latino-americane: (a) afferite al Centro Fanon, a Torino, dall'aprile 1996 sino a gennaio 2001; (b) ricoverate nei reparti ospedalieri di Torino e della Regione Piemonte per disturbi psichici negli anni 1997, 1998 e 1999.

Il Centro Fanon, nato nella primavera del 1996 all'interno dell'Area di Educazione Sanitaria dell'A.S.L. 1 di Torino, è un centro che svolge servizio di *counselling*, psicoterapia e supporto psico-sociale per gli immigrati, i rifugiati e le loro famiglie. È stato il prof. Roberto Beneduce, responsabile scientifico del Centro Fanon, a propormi di frequentare il centro. Ho iniziato a frequentare il centro nell'autunno del 1998, con l'intenzione principale di conoscerne il funzionamento e successivamente di assistere ad alcuni dei colloqui svolti con le donne latino-americane.

La scelta di assumere questo campo di indagine è stata guidata dai risultati di una precedente ricerca sull'attività del Centro Fanon nell'assistenza psichiatrica agli immigrati (Beneduce *et al.*, 1999). In questa ricerca, che comprendeva il totale dei pazienti stranieri afferiti al centro dalla sua apertura (aprile 1996) sino a dicembre 1998, le donne peruviane erano state la categoria di pazienti più numerosa: il 20% dell'utenza complessiva del servizio. Si è deciso dunque di approfondire le caratteristiche, le problematiche e disturbi delle donne peruviane, ma anche delle altre donne latino-americane afferite, e ciò con lo scopo di evidenziare le eventuali somiglianze e differenze tra di loro e - quando possibile - confrontare i risultati della ricerca con quelli riportati nella letteratura italiana e internazionale.

Un altro elemento, tuttavia, ha sicuramente rafforzato tale scelta: io stessa sono una donna latino-americana (venezuelana) arrivata in Italia per motivi di studio. Le mie origini e anche il mio genere, hanno confermato la pertinenza di tale scelta e in qualche modo hanno anche segnato il percorso e l'elaborazione dello studio.

L'obiettivo della ricerca è stato quello di approfondire il problema del disagio psichico nelle immigrate latino-americane, esaminando le loro caratteristiche socio-demografiche, le loro problematiche psico-sociali e gli eventuali disturbi e sintomatologie da loro riportati. Si è cercato, in particolare, di valutare l'eventuale presenza di una specifica problematica psicologica in queste donne, esaminando le eventuali somiglianze e differenze tra i casi di identica provenienza nazionale e tra quelli di diversa provenienza, riguardo ai seguenti aspetti: le problematiche psico-sociali, i disturbi o le sintomatologie, i fattori di rischio, gli stili o idiomi di disagio (*idioms of distress*) e le categorie eziologiche e nosologiche tradizionali riportate.

Sulla base della letteratura esaminata sono state elaborate alcune ipotesi o *criteri guida* che hanno orientato lo studio:

-Ipotesi 1: riguardante le problematiche psico-sociali. Secondo quest'ipotesi le problematiche psico-sociali probabilmente riportate dalle donne latino-americane sarebbero state: (a) lo stress da transculturazione; (b) l'emarginazione socio-economica; (c) la segregazione in lavori altamente stressanti; (d) il conflitto di ruolo legato al genere; (e) i problemi di coppia (inclusi la separazione e il divorzio); (f) il dolore per la perdita del paese di origine e degli oggetti amati.

-Ipotesi 2: sui disturbi, le sintomatologie e i probabili fattori di rischio. I disturbi e le sintomatologie maggiormente riportati da queste donne, sarebbero stati: (a) i disturbi e le sintomatologie depressive; (b) i disturbi e le sintomatologie ansiose; (c) i disturbi e i sintomi somatici. I probabili fattori di rischio, in particolare per i disturbi e le sintomatologie depressive, sarebbero stati: (a) la non riuscita del proprio progetto migratorio; (b) un basso livello socio-economico e di scolarizzazione; (c) la disoccupazione; (d) un alto livello di isolamento sociale; (e) una percezione sminuita del proprio stato di salute; (f) l'avere una malattia fisica; (g) una sensazione di impotenza o di mancanza di controllo davanti alle esigenze della vita quotidiana; (f) l'aver esperito discriminazioni; (g) l'aver subito atti di violenza.

-Ipotesi 3: sugli idiomi di disagio. Secondo quest'ipotesi nell'espressione del disagio psichico, in particolare nel caso di depressione, le donne latino-americane si sarebbero focalizzate tendenzialmente sugli idiomi somatici. Ciò, tuttavia, non avrebbe implicato un'omissione degli aspetti affettivi da parte di queste donne, aspetti comunque espressi, bensì l'esistenza di un fattore "aggregato" di espressione del disagio.

-Ipotesi 4: sulle categorie nosologiche ed eziologiche tradizionali. Secondo quest'ipotesi in alcune donne latino-americane afferite al centro, il disagio espresso avrebbe potuto riflettere l'esperienza di categorie nosologiche ed eziologiche tradizionali, proprie della cultura d'origine, quali i *nervios* e gli *ataque de nervios* e il *susto*.

Nel primo capitolo, nel paragrafo 1.1.5, ho illustrato la metodologia della ricerca. Questa può essere considerata una ricerca sul campo, prevalentemente qualitativa e confermativa. *Qualitativa* perché si basa sullo studio di casi clinici che vengono analizzati attraverso una procedura informale di analisi dei dati (ci sono alcuni aspetti quantitativi nella ricerca, alcune rilevazioni numeriche, che però rimangono limitate ad alcune semplici operazioni descrittive riguardanti in particolare le frequenze di alcune proprietà studiate). *Confermativa* perché parte da alcune ipotesi precise, tuttavia queste ultime non possono essere considerate come vere e proprie ipotesi da convalidare: esse sono state elaborate da una disamina molto ampia della letteratura che però riguarda indagini prevalentemente svolte negli Stati Uniti, di conseguenza le popolazioni latino-americane a confronto potrebbero essere molto diverse. È per questo motivo che le ipotesi di questo studio devono essere considerate piuttosto come *criteri guida* dell'indagine, criteri che sono stati utili, tuttavia, per scoprire eventuali somiglianze e differenze rispetto alle problematiche psico-sociali e ai disturbi psichici riportati dalle immigrate latino-americane in due contesti socio-politici ed economici diversi: gli Stati Uniti e l'Italia.

Le principali fonti di dati per lo studio dei casi clinici del Centro Fanon sono state due: (a) le cartelle cliniche delle utenti latino-americane afferite al centro (conservate nell'archivio della struttura); e (b) le interviste svolte agli operatori sanitari del servizio. Per ottenere i dati epidemiologici sui ricoveri ospedalieri per disturbi psichici delle immigrate latino-americane, a Torino e in Piemonte, si è consultato l'archivio del Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS), che ha sede presso il Servizio di Epidemiologia della Regione Piemonte (SEPI). Per questa fonte è stato possibile disporre di dati attendibili solo dall'anno 1997; quindi gli anni presi in considerazione sono stati tre: 1997, 1998 e 1999. Infine, per comprendere meglio il contesto socio-economico di vita delle donne latino-americane, si è svolta un'intervista con un'operatrice sindacale e mediatrice culturale, di origine peruviana, dell'Ufficio Stranieri del Comune di Torino e della CGIL; questa mediatrice culturale, che opera nell'ambito dell'assistenza sociale agli immigrati da più di 10 anni, è stata una fonte preziosa di informazioni, data la sua condizione di testimone privilegiato delle condizioni di vita e dei problemi delle comunità latino-americane a Torino.

Data la complessità del problema di studio, la scelta degli strumenti concettuali da adottare nell'interpretazione e nella comprensione dei risultati, è stata fondamentale. È stato evidenziato che dalla particolare prospettiva teorica adottata per spiegare le forme e

il significato del disagio psicologico, derivi una certa "lettura" del problema e quindi, in buona parte, anche la costruzione di un certo modello di comprensione, che può essere più o meno adeguato nel far fronte ai bisogni portati dagli immigrati (Beneduce, 1994).

La definizione del progetto di ricerca è stata preceduta da un'ampia disamina della letteratura nazionale e internazionale sull'argomento. Tra gli studi e le ricerche disponibili in letteratura si sono privilegiati quelli appartenenti ai seguenti approcci: (a) l'approccio "culturale" in psichiatria e psicologia, con particolare riferimento agli studi di *etnopsichiatria*, campo disciplinare abbastanza recente (frutto della collaborazione tra antropologia e psichiatria), in cui lo studio del rapporto fra cultura, psicopatologia e terapia dei disturbi mentali è l'obiettivo fondamentale; e (b) l'approccio di "genere" in psichiatria e psicologia, che individua l'appartenenza ad un determinato genere come variabile fondamentale da considerare nello studio dell'eziologia, sintomatologia, evoluzione e terapia dei disturbi mentali. La scelta di questi approcci è stata fondamentale per il lavoro: essa mi ha permesso di elaborare una cornice teorica utile per la comprensione del problema e dei risultati, cornice che ha permeato le diverse fasi della ricerca.

Nel secondo capitolo, nei paragrafi 2.1 e 2.2, ho approfondito gli approcci teorici di riferimento. Nel paragrafo 2.1, dedicato all'*etnopsichiatria*, sono risalita alle origini storiche della disciplina e ho illustrato la nuova apertura epistemologica inaugurata da essa: l'*etnopsichiatria* rileva la necessità di interrogare la validità dei modelli psicologici e psichiatrici occidentali, ma anche la necessità di conoscere altre psicologie, altri saperi e rappresentazioni dell'uomo, assumendo che questi saperi e le categorie della psicologia "occidentale", definita come "scientifica", siano tutti, indistintamente, *culture-bound*, cioè legati o determinati dalla cultura:

Uno dei corollari di questo presupposto è che *non può essere accettato come assioma l'esistenza di uno Psicismo dalle leggi universali, di una Ragione globale e unica*. E se riconosciamo che la cultura, i simboli, i codici narrativi e le forme dell'interazione sociale intervengono sul pensiero in misura non meno vincolante di quanto facciano i fattori biologici, un corollario altrettanto evidente è l'impegno a prendere le distanze non solo dal riduzionismo della psicologia ma anche da quello ben più sottile della bio-medicina (Beneduce, 1999, p. 7).

Ogni cultura, trasmette modi "adeguati" per essere "malati" e per non sentirsi bene: lo stato di sofferenza è percepito e definito in base a costruzioni culturali complesse. Ed è in questo contesto che il problema del disagio psichico di cui sono portatori gli immigranti si rivela. L'orizzonte problematico aperto dall'incontro tra gli operatori sanitari occidentali e gli utenti immigrati è delimitato da interrogativi complessi, da problemi concettuali e da questioni pratiche riguardanti la presa in carico e l'intervento. C'è bisogno, quindi, di un approccio culturalmente sensibile da parte degli operatori, un approccio che permetta di superare le distanze - che in alcuni casi sembrano

insormontabili - tra il modello di malattia mentale del paziente immigrato e il modello di malattia mentale dell'operatore sanitario "occidentale".

Nel paragrafo 2.2, ho approfondito l'approccio di "genere", una prospettiva in cui l'esperienza umana e sociale dell'essere *uomo* e dell'essere *donna* sono considerate come caratterizzate da specificità che devono essere spiegate, in cui il problema «non è tanto quello di considerare il genere un costrutto psicologico grazie al quale si evidenziano differenze con un possibile significato sociale, ma come un fenomeno psico-sociale utilmente interpretabile attraverso le lenti e le categorie euristiche che la disciplina [la psicologia], nella sua connotazione più squisitamente sociale, ci ha fornito in questi ultimi anni» (Cavazza, 2000 p. 10). Le differenze di genere, quindi, vengono ad assumere lo statuto di variabile dipendente specifica. Il genere, inteso come «il significato sociale assunto dalle differenze sessuali» (Burr, p. 22), viene concettualizzato come un costrutto dinamico che può variare all'interno dei gruppi etnici e delle classi sociali, un fattore che gioca un «ruolo critico nell'etiologia, nella diagnosi, nel trattamento e nella prevenzione dei disturbi mentali» (Amaro & Felipe-Russo, 1987, p. 394), un ruolo che fino a poco tempo fa - forse meno di due decenni - non gli veniva riconosciuto.

In molti studi epidemiologici è stata evidenziata una marcata differenziazione di genere nella prevalenza e nell'incidenza di alcuni tipi di disturbo mentale, e in particolare nei disturbi dell'umore, quale la depressione. Nel paragrafo 2.2, ho illustrato alcuni di questi studi e ho affrontato il problema della concettualizzazione e della valutazione diagnostica della depressione nei contesti transculturali. In seguito, ho esaminato alcune delle ipotesi proposte per spiegare le differenze di genere nella depressione; per la comprensione di questo aspetto mi è stato molto utile l'importante lavoro, teorico e pratico, della *Task Force* su *Donna e Depressione* della *American Psychological Association* (APA) (McGrath *et al.* 1990), in cui sono stati identificati i principali fattori di rischio per la depressione nelle donne, e in particolar modo nelle donne appartenenti a categorie sociali svantaggiate, quali, le donne anziane, le donne lesbiche e le immigrate.

Il paragrafo 2.2.1 è dedicato all'analisi dei ruoli di genere tradizionali in America Latina, ruoli che ancora oggi, in molti casi, nonostante i grandi cambiamenti avvenuti nelle condizioni delle donne latino-americane, continuano ad essere distruttivi ed oppressivi per molte di esse. Un'attenzione particolare è stata data ai concetti di *machismo*, *marianismo* e *hembrismo* in America Latina, nozioni fondamentali per una reale comprensione del fenomeno.

Nel paragrafo 2.3 ho affrontato il problema del disagio psichico nell'esperienza migratoria. Dopo aver esposto le principali teorie proposte per spiegare il rapporto tra disagio psichico e immigrazione (la teoria dell'*aliéné migrateur* e quella dello "stress da transculturalizzazione"), ho esaminato il problema dei fattori di rischio e dello stress nell'esperienza migratoria e le possibili espressioni "culturali" del disagio riportate dagli immigrati latino-americani. Il paragrafo 2.3.2 è dedicato al disagio psichico nelle donne

immigrate. Alcuni studi hanno evidenziato il diverso impatto che il processo migratorio ha nei due generi (Espin, 1987). Le donne immigrate possono essere sottoposte a maggiori stress nel processo di acculturazione, rispetto agli uomini, soprattutto in quelle società dove i ruoli sessuali femminili sono più liberali di quelli originari (Salgado de Snyder, Cervantes & Padilla, 1990). Per comprendere le condizioni di vita e psicologiche delle donne immigrate in Italia, ho esaminato le ricerche svolte da Frighi e collaboratori (Frighi, 1990; Frighi, Mazzetti, Colosimo, 1995; Frighi, Mazzetti, Colosimo, 1996).

Diversi studi sul disagio psichico degli immigrati latino-americani sono considerati nel paragrafo 2.4. Sono studi per la maggior parte svolti negli Stati Uniti, dove i latino-americani costituiscono uno dei maggiori gruppi etnici e dove la loro continua crescita ha spinto alla nascita di una *Hispanic Psychology*, volta allo studio delle influenze culturali e linguistiche sul comportamento e sulla salute mentale della popolazione (Padilla, 1995); molti esponenti della *Hispanic Psychology* sono di origine latino-americana. In questo paragrafo ho esaminato sia studi affini ai canoni della psichiatria tradizionale occidentale sia studi vicini all'approccio culturale. Sono stati affrontati i problemi psico-sociali, i disturbi, gli idiomi di disagio psicologico e le "sindromi culturali" dei latino-americani. È stata anche esaminata la questione della cura e il ricorso ai sistemi di medicina tradizionale. Il paragrafo si conclude con un'analisi dei problemi di salute mentale nelle donne immigrate latino-americane. Una delle opere più complete al riguardo è stata pubblicata su *Psychology of Women Quarterly*, pubblicazione periodica della *American Psychological Association* (APA), che nel 1987 ha dedicato un intero volume all'argomento.

Nel terzo capitolo, nel paragrafo 3.1, ho esplorato le specificità del fenomeno migratorio femminile latino-americano in Europa e in Italia: sono state analizzate le loro motivazioni migratorie e le condizioni di lavoro e sono stati illustrati i dati ufficiali sulle loro presenze, sia in Italia che a Torino, esponendo le loro caratteristiche socio-demografiche principali. Il paragrafo 3.2 illustra le condizioni di vita a Torino delle latino-americane e affronta alcuni degli aspetti problematici sperimentati da esse, quali il lavoro, la casa, i ricongiungimenti familiari, la famiglia, la sessualità e il disagio; questi aspetti variano in relazioni al progetto migratorio prefissato dalle donne, progetto che, in genere, è correlato alla provenienza geografica.

Il capitolo quarto è dedicato ai risultati della ricerca. I risultati discussi nel paragrafo 4.1 sono derivati dall'analisi dell'insieme dei casi afferiti al Centro Fanon, dall'inizio della sua attività, nell'aprile 1996, fino a gennaio 2001, analisi volta ad indagare i tassi di accesso al servizio e a fare confronti tra i diversi gruppi di utenti afferiti al centro (disaggregati per sesso e provenienza). Nel paragrafo 4.2 si analizzano i casi di ricovero ospedaliero per disturbi psichici di donne latino-americane avvenuti a Torino e in Piemonte. I dati ottenuti hanno in particolare riguardato: (a) i ricoveri ospedalieri per disturbi psichici di soggetti stranieri avvenuti a Torino e in Piemonte negli anni 1999; (b) i ricoveri ospedalieri per disturbi psichici di soggetti latino-americani avvenuti a Torino e

in Piemonte negli anni 1997, 1998 e 1999; (c) un confronto, per provenienza, dei ricoveri per disturbi psichici di cittadini italiani, latino-americani e stranieri, avvenuti in Piemonte nell'anno 1999. Per i ricoveri è stato possibile accedere ad informazioni sulla cittadinanza, sul sesso, sull'età e sulla diagnosi principale di ciascun caso. Infine, nel paragrafo 4.3 ho discusso i risultati ottenuti dall'analisi delle problematiche e dei disturbi di un campione di casi scelto all'interno del gruppo di donne latino-americane afferite al Centro Fanon. Nel paragrafo 4.3.1 si approfondiscono le informazioni riguardanti i dati socio-anagrafici e anamnestici ed anche le informazioni concernenti l'intervento svolto; il paragrafo 4.3.2 è invece dedicato alle problematiche, ai disturbi e alle sintomatologie. Il capitolo quarto termina con una raccolta di casi clinici significativi, che vengono approfonditi per esemplificare il tipo di lavoro svolto al Centro Fanon.

Si spera che questo studio, pur con le sue limitazioni, possa offrire degli spunti interessanti.

CONCLUSIONI

Data la quantità degli spunti emersi nella ricerca, vorrei qui sintetizzare alcuni degli aspetti che ritengo più interessanti e meritevoli di ulteriori approfondimenti.

Da una visione generale del lavoro emerge che le immigrate latino-americane a Torino costituiscono un gruppo eterogeneo: esse differiscono in molti elementi (in quanto a nazionalità - il che implica differenze storiche, politiche, economiche, razziali e culturali - età, background socio-culturale, livello d'istruzione, grado di acculturazione alla società ospite, ecc.), e queste differenze si riflettono nel loro stato di salute mentale. Ci sono comunque degli aspetti che le accomunano durante l'esperienza migratoria. Innanzitutto, le condizioni di vita per molte di queste donne non sono facili: esse devono affrontare tutta una serie di problemi e di ostacoli riguardanti aspetti "materiali" fondamentali (quali il lavoro, la casa e il permesso di soggiorno), e altri aspetti più "personali" (concernenti la vita relazionale, il rapporto con i figli e il partner, e l'identità etnico-culturale e di genere); tutto ciò in una società nuova, i cui valori possono non essere completamente condivisi o condivisibili per ragioni personali, culturali o economiche¹.

Dalle interviste con i diversi operatori e dall'analisi dei casi emerge che la maggioranza delle peruviane è emigrata da sola: donne single, coniugate (di solito con bambini) o separate. La loro migrazione si caratterizza per essere prevalentemente autonoma e

¹ Nel 1999, l'America era rappresentata a Torino da 4.142 individui provenienti da 28 paesi diversi: il 95 per cento di essi (3.951 unità) erano latino-americani. I paesi latino-americani con maggior numero di donne erano: Perù (1.544 unità), Brasile (511), Cuba (104), Repubblica Dominicana (94), Colombia (87), Ecuador (65), Argentina (57), ed El Salvador (44). Tutti i paesi latino-americani con più di 50 presenze a Torino erano a prevalenza femminile (Città di Torino/Prefettura di Torino, 2000).

indipendente; essa è originata da un intreccio di fattori economici e personali, che sono spesso correlati alle dinamiche di ruolo di genere interagenti nella coppia². Per molte di queste donne la migrazione in Italia rappresenta un secondo processo migratorio; un primo spostamento era già avvenuto in Perù, spesso dalla zona della *Sierra* verso Lima. Le dominicane, cubane, e alcune brasiliane, invece, sono spesso sposate con uomini italiani e hanno progetti migratori diversi; alcune di queste donne non lavorano. Alcune di esse, soprattutto quelle non sposate, lavorano come ballerine e animatrici nelle discoteche e nei *night clubs*, un lavoro che non è comune tra le donne peruviane, che si dedicano invece ai lavori di cura (colf, assistenza anziani, infermiere, ecc.). Le ecuadoriane, le colombiane e alcune brasiliane, assomigliano in alcuni aspetti alle peruviane: spesso la loro migrazione si configura come autonoma ed economica (non dovuta a matrimonio con un italiano) e di solito svolgono lavori di cura. In altri aspetti tuttavia si differenziano dalle peruviane, innanzitutto perché per le ecuadoriane e per le brasiliane (e fino a poco tempo fa anche per le colombiane) l'ingresso in Italia è più facile (non hanno bisogno del visto di ingresso, a differenza delle peruviane, quindi possono entrare come turiste da qualsiasi aeroporto nazionale) e di conseguenza anche il problema del "debito", del trauma del viaggio e della clandestinità non si pone nelle stesse dimensioni rispetto alle prime. Un'altra differenza, che però caratterizza le peruviane rispetto a tutte le altre donne, riguarda il loro *reticolo per l'inserimento*: le peruviane hanno una rete di solidarietà informale (parentale e amicale) e istituzionale (religiosa) che le altre donne latino-americane non hanno; questa rete di solidarietà ha avuto un ruolo fondamentale nel loro processo di inserimento, poiché ha garantito loro i bisogni primordiali di vitto e alloggio e ha facilitato il loro ingresso nel mondo del lavoro.

Nel paragrafo 4.1 si sono discussi i risultati dell'analisi effettuata sull'insieme dei casi afferiti al Centro Fanon, dall'inizio della sua attività, nell'aprile 1996, fino a gennaio 2001. Da tale analisi è emerso che le donne peruviane erano il gruppo di utenti (considerando sia il sesso che la provenienza) più numeroso del servizio: con 72 casi, esse rappresentavano il 18 per cento sul totale degli utenti afferiti³. Le altre donne latino-americane afferite erano: 9 ecuadoriane, 7 brasiliane, 3 colombiane, 2 argentine, 1 dominicana, 1 boliviana, 1 costaricana, 1 cubana, e 1 messicana. A parte le peruviane, le

2 La decisione di migrare in alcuni casi è presa di mutuo accordo con il partner; in altri è presa solo dalla donna, spesso perché c'erano conflitti interni alla coppia: in questo caso il migrare costituisce un modo per fuggire da una situazione non più sopportabile. Nelle migrazioni peruviane è stata fondamentale la donna, e non l'uomo, che ha cominciato a mettere in discussione le proprie condizioni di vita e che ha convinto altre donne a venire. La questione della gestione e del benessere familiare, assieme al problema dell'*immagine* da proporre agli altri, è molto importante per le donne peruviane; questo aspetto le distingue dai loro compagni - più interessati a mantenere il potere attribuito dalla tradizione che alle difficoltà economiche della famiglia - e rispecchia i conflitti di valori in relazione al benessere familiare esistente nella coppia peruviana.

³ In 4 anni e 9 mesi di servizio al Centro Fanon sono afferiti 401 utenti stranieri originari da 51 provenienze diverse. L'utenza afferita è stata in prevalenza femminile: con 225 casi, le donne rappresentavano il 56,1 per cento dell'utenza totale.

altre utenti latino-americane afferite sono state poche; questo andamento, tuttavia, rispecchiava la distribuzione generale delle presenze femminili latino-americane a Torino di quegli anni.

Nel paragrafo 4.2, si sono analizzati i dati ottenuti al Centro di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS). La ricerca è stata svolta sui casi di ricovero per disturbi psichici (secondo l'ICD-9-CM) di soggetti stranieri, avvenuti nei reparti ospedalieri di Torino e della Regione Piemonte, negli anni 1997, 1998 e 1999. Una prima osservazione da fare su questi dati è che il numero di donne latino-americane ricoverate, a Torino o in Piemonte, in qualsiasi degli anni presi in considerazione, era molto basso. Nel 1999 a Torino, ad esempio, i ricoveri per disturbi psichici di cittadini stranieri sono stati 100: di questi 100 ricoveri solo 8 hanno riguardato cittadini latino-americani (2 peruviane e 1 peruviano, 2 brasiliane e 1 brasiliano, 1 ecuadoriano e 1 salvadoregna). Confrontando questi dati sui ricoveri, con quelli del Centro Fanon per lo stesso anno, si è osservato che la distribuzione dei casi rispetto alla provenienza si configurava in modo diverso nelle due fonti: alcuni paesi avevano un numero di ricoveri leggermente inferiore o superiore al numero di afferenze riportate al Centro Fanon (Albania, Ecuador, Brasile, Nigeria, e Senegal), e altri paesi presentavano, invece, delle differenze molto marcate (Marocco, Romania, Perù). Erano soprattutto i peruviani, *le peruviane* in realtà, ad avere una maggiore discrepanza: solo due ricoveri di donne peruviane per disturbi psichici in confronto a 20 casi di peruviane afferite al centro. Un dato che diventava ancora più interessante se confrontato con quello del Marocco, che a differenza del Perù, aveva un numero di ricoveri addirittura superiore rispetto alle afferenze al servizio. Non è stato possibile trarre delle conclusioni sui possibili fattori determinanti tale fenomeno, che richiederebbe ulteriori approfondimenti.

Un altro aspetto d'interesse dell'analisi sui ricoveri riguarda i tipi di disturbo diagnosticati alle donne latino-americane. Dall'analisi dei casi di ricovero avvenuti in Piemonte negli anni 1997, 1998 e 1999⁴ è emerso che i disturbi nevrotici e quelli inclusi nel gruppo delle psicosi, erano stati quelli più diagnosticati. Su 36 ricoveri 10 si erano verificati per disturbi nevrotici e 12 per disturbi psicotici. Un terzo gruppo di disturbi riguardava la dipendenza o l'abuso da alcool; le diagnosi restanti erano in qualche modo relazionate a quadri depressivi o a manifestazioni somatiche del disagio.

Nel paragrafo 4.3 si sono discussi i risultati ottenuti dall'analisi dei dati riguardanti i casi di studio prescelti: un campione scelto dall'insieme dei casi di donne latino-americane afferite al Centro Fanon. I casi presi in considerazione sono stati 68: 49 peruviane, 6 brasiliane, 5 ecuadoriane, 2 argentine, 1 boliviana, 1 colombiana, 1 costaricana, 1 cubana, 1 dominicana e 1 messicana. Con il ristretto numero di casi disponibili non è stato possibile ottenere risultati statisticamente rilevanti per la verifica

⁴ I ricoveri di cittadine latino-americane in questo periodo sono stati 36.

delle ipotesi o *criteri guida*; tuttavia i risultati sono stati rilevanti da un punto di vista clinico ed ontologico.

Una prima considerazione da tenere presente è che solo per il gruppo delle peruviane si è potuto fare un discorso più generale. Per le altre provenienze i numeri limitati di casi hanno permesso di trarre solo delle considerazioni sui singoli soggetti, per cui dei veri e propri confronti tra i gruppi di provenienza non sono stati possibili.

Dagli studi disponibili in letteratura emerge che gli immigrati al di sopra dei 30 anni hanno più probabilità di presentare disturbi psichici. L'età media di queste donne era di 33,4 anni (le peruviane avevano un'età media un po' inferiore: 32,7 anni), una media coincidente con quella riportata dal gruppo più ampio di donne latino-americane residenti a Torino, che dunque rientravano nella fascia di età più a rischio di disagio psichico. Per quanto riguarda il tipo di sistemazione abitativa, più della metà delle utenti (55,8%) abitava con la famiglia, le donne che abitavano con il datore di lavoro (11 casi sui 68 casi totali) erano esclusivamente peruviane: questa situazione è coerente con ciò che si è detto in precedenza, cioè che le peruviane svolgono fondamentalmente lavori di assistenza residenziale agli anziani.

Le occupazioni nei paesi di origine erano abbastanza diversificate. Tuttavia in Italia (soprattutto per le peruviane e le ecuadoriane), esse diventavano fondamentalmente due: l'assistenza agli anziani e il lavoro di colf. La percentuale di donne disoccupate era inoltre significativo. In particolare, nel gruppo delle ecuadoriane, erano le donne disoccupate a prevalere. Le uniche a svolgere lavori più qualificati erano le argentine. I livelli di scolarizzazione erano complessivamente medio-alti. Un maggiore "impatto" e maggiori problemi di adattamento, sono stati riscontrati nelle donne immigrate professioniste più anziane: queste donne, con più di 40-45 anni, non riuscivano a sopportare per molto tempo il forte declassamento vissuto. Le più giovani invece, resistevano di più, ma dovevano faticare molto per raggiungere le loro mete e riuscire finalmente ad emergere dal lavoro ghetizzante dell'assistenza domiciliare. L'enorme spreco di risorse umane è evidente: il mercato di lavoro italiano - come d'altronde quello europeo - non tiene assolutamente conto delle esperienze formative e lavorative di queste donne. Inoltre, chi lavora come domestico raramente riesce a cambiare collocazione⁵.

Per quanto riguarda gli anni di permanenza in Italia, alla data del primo contatto con il centro, si è osservato che la maggioranza di queste donne erano arrivate da pochi anni. Più di un terzo delle peruviane era in Italia da meno di 2 anni. Nel paragrafo 2.3.1 si è visto che uno dei fattori di rischio *specifico* per la salute psichica degli immigrati è proprio

⁵ Il lavoro domestico è un tipo di lavoro che, soprattutto se viene svolto in modo residenziale, espone ad un gran numero di limitazioni e stress. Anche se in un primo tempo può essere persino vantaggioso (perché risolve il problema della casa e non richiede particolari abilità professionali), in un secondo tempo può rappresentare una fonte di stress e di disagio: per l'isolamento sociale al quale confina, per la pesantezza dei ritmi di lavoro svolti, per i costi emotivi implicati (si pensi al rapporto emotivo che può instaurarsi con un anziano o con un malato terminale), per le limitazioni imposte alla propria vita privata (questo tipo di lavoro impedisce di avere una vita familiare indipendente).

il *tempo di permanenza* nel paese ospite: gli indicatori di disagio psichico sono di solito molto elevati nei primi 7 mesi di arrivo, oppure dopo i 2 anni di permanenza. È difficile interpretare i dati delle peruviane e trarre delle considerazioni: probabilmente nei primi mesi esse sperimentano grandi disagi e difficoltà, che, nel trascorso di un anno, possono diventare “insopportabili”. Per quanto riguarda le altre donne i tempi di permanenza variavano a seconda della provenienza: le ecuadoriane erano le immigrate più recenti, le argentine quelle più “anziane”.

La conoscenza dell'italiano era buona per più della metà delle pazienti. Il problema della lingua è fondamentale, dato che la sua scarsa padronanza può incrementare il rischio di disagio psichico negli immigrati (Salgado de Snyder, 1987). In alcune peruviane si è riscontrato un certo “rifiuto” a parlare in spagnolo durante i colloqui: molte di queste parlavano una specie di *patois* tra l'italiano e lo spagnolo (*l'itañol*). L'uso continuo di questo “dialetto” tra i peruviani e l'impossibilità o il rifiuto di parlare uno spagnolo “pulito” è stato correlato a problemi riguardanti l'identità culturale e il processo di transculturalizzazione.

Per quanto riguarda la condizione giuridica delle utenti, si è riscontrata, rispetto alle stime percentuali di regolarità per ciascuna provenienza, una sovrarappresentazione della condizione di irregolarità nelle peruviane, nelle brasiliane e nelle ecuadoriane.

Riguardo alle modalità di accesso e di conoscenza del Centro Fanon, si è osservato che un numero significativo di peruviane (più di un terzo), era stato inviato al servizio dai Centri ISI⁶. Si è discusso anche sul possibile ruolo svolto dalla *rete di supporto informale* delle peruviane, nella determinazione dei comportamenti di ricerca della cura e nella scelta dei servizi sanitari.

Le donne latino-americane privilegiano (a differenza di altri gruppi di provenienza seguiti al centro), modalità individuali di svolgimento dei colloqui. Le ragioni che possono portare queste donne (e in particolare le donne peruviane) a preferire i rapporti individuali con un solo terapeuta sono diverse: una maggiore familiarità con il modello di cura occidentale, ampiamente diffuso nei loro paesi di origine; delle difficoltà legate alla natura del problema di cui si vuole parlare, per cui non è immaginabile (secondo i propri valori culturali e personali) che un terzo o un gruppo possano esserne testimoni; il timore che la propria storia personale venga resa di pubblico dominio (timore che si riversa soprattutto nei confronti dei mediatori culturali della propria appartenenza); altre cause che sono correlate al tipo di disturbo psichico di cui si soffre (nei casi di psicosi di tipo paranoide, ad esempio).

Gli interventi svolti tendevano ad essere molto brevi: nel caso delle peruviane circa il 40 per cento degli interventi terapeutici non superava i 4 incontri. Dalle interviste con gli operatori del servizio è emersa la tendenza di molte peruviane (soprattutto le più

⁶ I Centri ISI (Informazione Salute Immigrati) si trovano presso le Aziende Sanitarie Locali, e hanno il compito di erogare prestazioni di assistenza sanitaria agli stranieri irregolari.

giovani) ad utilizzare il servizio come un “contenitore d’ascolto” e di sfogo, dopo il quale non ci sarebbero state le *premesse* necessarie per un lavoro più profondo. Le ragioni che hanno determinato ciò rimangono comunque di difficile interpretazione. L’alta “dispersione” potrebbe anche essere dovuta a difficoltà “materiali”, legate, ad esempio, all’orario di lavoro svolto o alla lontananza geografica dal servizio. Altre ipotesi potrebbero essere correlate a motivi personali quali l’incapacità o la paura di affrontare certi aspetti di sé e della propria vita che emergono nei primi colloqui, ma che sarebbero troppo difficili da gestire, oppure ancora il non sentirsi a proprio agio o soddisfatti con il tipo di lavoro terapeutico svolto nella struttura.

Il tipo di intervento prevalente, svolto quasi nella metà dei casi, era il “sostegno psicologico”. La “farmacoterapia combinata alla psicoterapia o ad un intervento di sostegno”, e il “*counselling*” coprivano quasi interamente la restante metà. La “psicoterapia senza farmacoterapia” era l’intervento meno praticato in assoluto. Le ragioni che possono aver determinato un ricorso così basso alla psicoterapia potrebbero essere correlate, da una parte, ai tipi di problemi riportati, e dall’altra, alle modalità di “utilizzo” del servizio messe in atto dalle utenti latino-americane, a cui si è accennato in precedenza.

Prima di considerare i risultati è opportuno precisare che una reale comprensione dei casi può avvenire solo attraverso l’esame dei casi singoli. Nel contesto clinico, ogni individuo è diverso dagli altri, ogni soggetto ha una storia unica che modula e definisce i parametri del suo problema specifico. Nel caso delle donne immigrate, le storie individuali sono influenzate dall’esperienza della migrazione e dalle circostanze che ruotano intorno ad essa, così come dalle vicissitudini della propria storia personale e familiare. Le specifiche circostanze socio-politiche, economiche e storiche che motivano la migrazione incidono sullo sviluppo psicologico individuale e influiscono sul processo terapeutico (Espin, 1987).

Per quanto riguarda le peruviane, la problematica psico-sociale riscontrata con maggiore frequenza riguardava i conflitti con il partner. Altre problematiche prevalenti sono: i conflitti genitori-figli, il lavoro stressante, la precarietà socio-economica, i conflitti tra parenti, la separazione o il divorzio dal coniuge, la disoccupazione, e la violenza domestica. La presenza di tutte queste problematiche (tranne quella relativa ai conflitti tra parenti) era stata da me ipotizzata precedentemente. In un numero minore di casi sono state riscontrate altre problematiche ipotizzate, quali: la nostalgia; il conflitto di ruolo di genere; la non riuscita del progetto migratorio; la scarsa integrazione e l’isolamento sociale; l’aver una malattia fisica; lo stress da transculturalizzazione. I conflitti di ruolo di genere sono stati riscontrati in un numero di casi minore del previsto, in contraddizione con i dati riportati in letteratura secondo i quali i conflitti legati al ruolo sono tra i primi ad emergere nell’esperienza delle donne immigrate. In realtà, questo tipo di problema era considerato dagli operatori del centro come uno dei

principali tra le donne latino-americane; è possibile, quindi, che nel momento della compilazione delle cartelle questo aspetto sia stato *inglobato* nei problemi riguardanti i conflitti con il partner, che con molta probabilità possono derivare da problemi inerenti i ruoli di genere e i rapporti di potere nella coppia. Due sono state le problematiche non riscontrate in questo gruppo: la discriminazione e la prostituzione.

Riguardo alle altre latino-americane, i numeri di casi limitati non hanno consentito di trarre delle considerazioni definitive. Tuttavia, sui risultati del gruppo delle ecuadoriane vale la pena soffermarsi brevemente: in tutte le 5 ecuadoriane prese in considerazione è stato riscontrato il problema della non realizzazione del progetto migratorio; in 4 casi, inoltre, era presente uno stato di precarietà socio-economica e di disoccupazione; 2 casi, infine, riportavano problemi legati alla presenza di malattie gravi. Questi dati sembrano confermare le osservazioni raccolte nell'intervista con l'operatrice peruviana dell'Ufficio Stranieri del Comune, che evidenziava l'estrema precarietà e il rischio di disagio per le donne ecuadoriane a Torino: queste donne riescono ad entrare con facilità in Italia, però oramai nel nuovo paese si trovano ad affrontare tutta una serie di difficoltà e di ostacoli (senza nessun tipo di supporto formale o informale), che impediscono loro la realizzazione dei progetti migratori. L'appartenenza a questo gruppo nazionale sembra configurarsi come un vero e proprio *co-fattore* di rischio, in grado di influenzare la riuscita del progetto migratorio; inoltre per questo gruppo appare discutibile l'ipotesi dell'*effetto migrante sano*, che caratterizza la maggior parte degli immigrati arrivati per lavoro in Italia.

Non ci sono, quindi, delle problematiche psico-sociali che accomunano tutte le donne latino-americane. Per le donne peruviane, emigrate da sole per motivi fondamentalmente economici, si segnalano tuttavia alcuni problemi ricorrenti: l'allontanamento da casa, la solitudine, il lavoro stressante e ghettizzante, i conflitti di identità, i conflitti legati ai cambiamenti di ruolo di genere, i difficili rapporti con i figli e con il partner (siano essi in Perù o in Italia), la difficile ricostruzione del rapporto con il compagno, la violenza domestica, la separazione, le possibili relazioni con nuovi partner e i tradimenti.

Le problematiche riportate dalle donne peruviane afferite al Centro Fanon sono molto simili a quelle segnalate da Espin (1987) per le donne latino-americane che migrano da sole negli Stati Uniti: problemi legati alla solitudine, a conflitti riguardanti il ruolo di genere, a sentimenti di vergogna e di colpa nei confronti di quelli che sono rimasti nel paese di origine. Coincidono anche - in alcuni elementi - con le scoperte di Frighi e collaboratori (Frighi, 1990; Frighi, Mazzetti, Colosimo, 1995; Frighi, Mazzetti, Colosimo, 1996) sui possibili fattori di rischio di disagio psichico per le immigrate in Italia: la marcata instabilità abitativa e l'eccessivo affollamento delle abitazioni; l'elevato tasso di disoccupazione; il forte divario tra il tipo di lavoro svolto e il livello di scolarizzazione posseduto; gli evidenti problemi di sostentamento; le difficili condizioni familiari

(soprattutto per le donne emigrate da sole, spesso preoccupate per i figli lontani e per i rapporti che riescono ad avere con loro).

Una particolare attenzione deve essere data alle problematiche familiari: i rapporti conflittuali con il partner, l'ansia e la preoccupazione per i figli sono i problemi maggiormente riscontrati nelle donne peruviane. Quando la famiglia si ricongiunge i conflitti di ruolo interni tendono a manifestarsi: essi sono dovuti fondamentalmente ai conflitti generazionali o ai conflitti di genere⁷. I conflitti di ruolo si sviluppano perché la migrazione comporta dei cambiamenti: la scoperta di nuovi modelli di ruolo femminile e il maggiore accesso ad impieghi salariati aprono nuove possibilità economiche, sociali, ed emozionali per le donne, dando origine a sbilanciamenti nella struttura di potere tradizionale della famiglia. Le maggiori opportunità della donna immigrata di trovare lavoro (anche se scarsamente qualificato) rispetto all'uomo, e la perdita di status e di autorità che ne può conseguire per quest'ultimo, possono essere fonti di crisi e di conflitti all'interno della coppia.

Anche se è stato segnalato che la coscienza di genere è poco diffusa tra le donne immigrate (Picciolini, 1991), è tuttavia innegabile che un qualche progetto di emancipazione stia all'origine della scelta di emigrare e che in qualche modo durante l'esperienza migratoria esso trovi spazio per realizzarsi. L'esperienza migratoria spinge e obbliga queste donne ad affrontare, in prima persona, problemi che al paese di origine sarebbero stati in molti casi affrontati facendo ricorso al sostegno di altre persone. Le condizioni di vita mutano, anche in relazione alla famiglia di origine, ai parenti maschi e al compagno. Ma l'emancipazione raggiunta in questo modo è sicuramente un'*emancipazione a rischio* che comporta per le donne un carico e un costo decisamente molto elevato: «molto spesso infatti la donna migrante "emancipata" è una donna che ha imparato ad assumere maggiori capacità decisionali, a farsi carico per sé e per gli altri di responsabilità nuove e necessarie, ma a cui non è consentito di abdicare alle vecchie responsabilità, che non può (e forse nemmeno vuole) mettere in discussione fino in fondo l'immagine di sé che il suo ambiente le continua a proiettare addosso» (Picciolini, 1991, p. 89).

Una situazione molto diversa è invece vissuta da quelle donne che sono arrivate in Italia, o che sono riuscite a rimanerci, attraverso i rapporti sentimentali o il matrimonio con un italiano (come nel caso di alcune dominicane, brasiliane e cubane). Sembra che in molti di questi casi, in cui la speranza di compiere un percorso che assicuri una certa ascesa individuale si concretizza attraverso il matrimonio (che è sempre stato uno dei più forti veicoli di mobilità sociale), il rapporto con il partner spesso diventi un rapporto di dipendenza e sottomissione.

⁷ E' una comune osservazione clinica che i genitori tendano ad essere disagiati dalla più rapida acculturazione dei figli o che i mariti tendano ad essere risentiti per la nuova apparente indipendenza delle mogli e per le sfide alla loro autorità patriarcale (Comas-Díaz, 1987).

L'esame dei disturbi e delle sintomatologie riportate dalle utenti latino-americane è stata una delle parti più difficile e complesse da svolgere del lavoro. Nel gruppo delle peruviane, i disturbi o sintomi più riscontrati sono stati quelli depressivi (47%); seguono i disturbi o sintomi d'ansia (35%), i sintomi somatici (33%), i disturbi del sonno (25%), i disturbi alimentari (16%), l'apatia (16%). I disturbi meno riscontrati sono stati i disturbi di personalità, gli episodi o disturbi psicotici, le fobie e l'abuso o la dipendenza da alcool. Un'attenzione particolare deve essere prestata ai problemi connessi all'abuso o alla dipendenza da alcool: secondo le mediatrici culturali peruviane l'assunzione di alcool costituisce un comportamento ricorrente in alcune donne peruviane; tale comportamento si manifesta soprattutto nei momenti di aggregazione e di festa e costituisce una novità rispetto ai costumi tradizionali. Nel gruppo delle brasiliane i disturbi più riscontrati sono stati i disturbi depressivi e i disturbi del sonno. Nelle ecuadoriane sono i disturbi del sonno a prevalere; altri disturbi rilevati sono stati: i disturbi d'ansia, la sintomatologia depressiva, i disturbi alimentari e i sintomi somatici. La vulnerabilità psicologica delle donne latino-americane, dunque, in particolare nei confronti dell'ansia e della depressione, sembrerebbero molto alte.

Le categorie eziologiche o nosologiche tradizionali sono state osservate solo nelle donne peruviane, in 6 casi in particolare. In 4 casi si è fatto riferimento alla categoria dei *nervios* e in 2 casi al *susto*. Rispetto ai casi di *nervios* la mia impressione è che non fossero in realtà delle vere e proprie sindromi di *ataque de nervios*, quale quella riferita da Oquendo (1995) e da Guarnaccia (1997), ma che semplicemente le pazienti riferissero di avere i “*nervios*” per esprimere la propria esperienza soggettiva di ansia e di agitazione. Sul *susto* invece, si è potuto fare un discorso più approfondito. Dall'intervista con la mediatrice culturale è emerso che molte donne peruviane negano di credere al “malocchio” e ai valori della medicina tradizionale andina, ma che in realtà ne fanno uso: quindi, il riferimento alla medicina tradizionale c'è in molte di queste donne, ma non è apertamente dichiarato; esso, tuttavia, può emergere con il passare del tempo⁸. Dunque, dato che da parte di queste donne c'è una forte diffidenza a parlare di questi aspetti e dato che la maggioranza di esse ha degli interventi brevi, che non superano i 3-4 incontri, le problematiche come il *susto* possono non avere il tempo di manifestarsi. Sulle sindromi tradizionali sarebbero necessarie ulteriori indagini mirate, anche perché, come è stato detto da diversi autori (Fabrega, 1995; Oquendo, 1995; Guarnaccia, 1997), il riconoscimento di queste sindromi è fondamentale nel lavoro clinico transculturale,

⁸ In questo studio, così come in altri studi svolti sulla salute degli immigrati in Italia (Massignan, 1999; Cravero, 2000) emerge il ricorso, da parte dei peruviani, ad un sistema di salute *ibrido*. L'idea di salute espressa e le strategie di ricerca della cura messe in atto da questo gruppo, comprendono sia credenze tradizionali sia accezioni della medicina occidentali: nell'individuazione della malattia si distinguono patologie dalle cause naturali e patologie appartenenti alla sfera del sovrannaturale. L'attribuire una causa eziologica sovrannaturale piuttosto che una naturale alle malattie, appare tuttavia come una pratica molto diversificata, che si struttura in rapporto all'età del soggetto e alla sua città o regione di provenienza: i giovani tendono a sottolineare soprattutto i fattori naturali; le persone più anziane, soprattutto

giacché permette di evitare pericolose confusioni che potrebbero portare a ricoveri o alla prescrizione di farmaci non necessari.

Rispetto alle ipotesi elaborate in partenza è stato possibile trarre qualche considerazione solo per le peruviane: in questo gruppo i tipi di disturbo maggiormente riscontrati erano proprio quelli ipotizzati (disturbi o sintomi depressivi, d'ansia, o somatici). Per l'ipotesi di una possibile presenza di categorie eziologiche e nosologiche tradizionali, quali i *nervios* o gli *ataques de nervios*, e il *susto*, si può dire innanzitutto che esso è limitato a pochissimi casi, ma che anche in quei casi l'attribuzione di tali categorie non è scevra di complicazioni: nei casi di *nervios*, come si è già detto in precedenza, più che di una sintomatologia vera e propria, l'impressione è che si facesse riferimento a tale termine per esprimere semplicemente la propria ansia; inoltre, in uno dei due casi ipotizzati di *susto*, la comunicazione al paziente - da parte dell'operatore sanitario - dell'attribuzione diagnostica della categoria, aveva originato la successiva chiusura e diffidenza del paziente. Infine, riguardo all'ipotesi dell'espressione del disagio attraverso idiomi somatici, qualche spunto di interesse lo si è ottenuto dalle interviste: l'espressione somatica sembra manifestarsi assieme e non in contrapposizione all'espressione psicologica, come era stato ipotizzato.

I *sensi di colpa* sembrano avere un ruolo fondamentale nella definizione e strutturazione del disagio psichico nelle donne peruviane (soprattutto in quelle arrivate da sole per motivi economici): donne che, grazie alla nuova indipendenza economica ottenuta e ai cambiamenti personali avvenuti, sviluppano un senso di *sé* e di potere (soprattutto economico) molto "forte" all'origine di grandi soddisfazioni (*narcisistiche*), ma che in realtà sono ad alto rischio di disagio, perché i cambiamenti rapidamente avvenuti (la nuova autonomia e libertà, il nuovo potere economico e contrattuale, le possibilità di instaurare nuove relazioni) sembrano avere il potere di sopraffare un *sé* che, in poco tempo, non è riuscito a *riadattarsi*, a *ristrutturarsi*. I sensi di colpa e le contraddizioni vissute da queste donne, ci riportano alle "*femmes exposées*" di Yahyaoui (1997), che ha usato questo termine per descrivere il complesso e contraddittorio sentimento di onnipotenza che s'intreccia alla perdita dei punti di riferimento nelle donne immigrate, il che determina una particolare fragilità in esse e rispecchia il loro desiderio interno di cambiamento.

Nei sei casi approfonditi nel paragrafo 4.4 emerge con evidenza il ruolo *destabilizzante* dell'esperienza migratoria, che aggiunge molteplici effetti stressanti. Le storie di queste donne sono difficili e complesse, tuttavia, in alcune di queste donne è possibile intravedere una grande capacità umana di recupero e di lotta contro le avversità. Ciascuna di queste storie *peruviane* è particolare ed unica. Ci sono tuttavia alcuni aspetti che le accomunano: il motivo della scelta migratoria (che è per tutti i casi economica),

se provenienti dalle regioni del nord (dalla *Sierra*) e dalla zona amazzonica del Perù, sono quelle a seguire maggiormente le terapie sovranaturali.

alcuni tipi di problemi vissuti (il problema del lavoro, i problemi di coppia e i conflitti di ruolo, i problemi con i figli, la solitudine e la nostalgia, il rapporto con la sessualità e con l'affacciarsi di nuove relazioni amorose) e alcuni modi di espressione del disagio e di disturbo (sintomatologia depressiva e d'ansia, disturbi somatici e somatomorfi, insonnia, calo di peso, vertigini, astenia, crisi di pianto, sudorazione). Le ultime due storie, inoltre, sono molto interessanti perché evidenziano la complessità insita nel lavoro clinico transculturale, in cui l'uso delle categorie eziologiche e nosografiche tradizionali non è privo di incognite.

Estratto tesi di laurea Anno Accademico 2000/2001

BIBLIOGRAFIA

AA.VV., 1994, *La salute straniera. Epidemiologia Culture Diritti*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli.

ALARCÓN R. D., 1983, "A Latin American Perspective on DSM-III", *American Journal of Psychiatry*, 140, pp. 102-105,

AL-ISSA I., 1997a, "Ethnicity, Immigration, and Psychopathology", in AL-ISSA I., TOUSIGNANT M. (a cura di), *Ethnicity, Immigration, and Psychopathology*, Plenum Press, New York.

AL-ISSA I., 1997b, "The Psychology of Prejudice and Discrimination", in AL-ISSA I., TOUSIGNANT M. (a cura di), *Ethnicity, Immigration, and Psychopathology*, Plenum Press, New York.

AL-ISSA I., 1997c, "General Issues and Research Problems", in AL-ISSA I., TOUSIGNANT M. (a cura di), *Ethnicity, Immigration, and Psychopathology*, Plenum Press, New York.

AL-ISSA I., TOUSIGNANT M. (a cura di), 1997, *Ethnicity, Immigration, and Psychopathology*, Plenum Press, New York.

ALARCÓN R. D., s.d., "Depresión y factores culturales en la población hispana", *Médico Interamericano*.

AMARO H., FELIPE RUSSO N., 1987, "Hispanic Women and Mental Health. An Overview of Contemporary Issues in Research and Practice", *Psychology of Women Quarterly*, 11, pp. 393-407.

ANDERSON B., 1997, "Servants and Slaves: Europe's Domestic Workers", *Race Class*, 39, 1, pp. 37-50.

ANDREANI F., 1998, *Vida cotidiana y malestar de las mujeres*, Faces/UCV, Caracas.

ANGEL R., GUARNACCIA P. J., 1989, Mind, Body , and Culture: Somatization among Hispanics", *Social Science and Medicine*, 28, pp. 1229-1238.

AUGÈ M., HERLIZCH C (a cura di), 1986, *Il senso del male*, Il Saggiatore, Milano.

BELLE D., DILL D., LONGFELLOW C., MAKOSKY V., 1988, *Poverty and Depression*, relazione presentata all'incontro annuale della American Psychological Association, Atlanta.

BELL KOOKS, 1998, *Elogio del margine*, Feltrinelli, Milano.

BENEDUCE R., 1994, "In mezzo al guado. Sistemi di riferimento e disagio psichico negli immigrati", in AA.VV., *La salute straniera. Epidemiologia Culture Diritti*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli.

BENEDUCE R., 1998a, *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Franco Angeli, Milano.

BENEDUCE R., 1998b, "Etnopsichiatria. Modelli teorici e strategie cliniche, in Lanternari, V. e Ciminelli, M. L. (a cura di), *Medicina, magia, religione, valori. Dall'antropologia all'etnopsichiatria*, vol. 2, Liguori, Napoli.

BENEDUCE R. (a cura di), 1999, *Mente, persona, cultura. Materiali di etnopsichiatria*, L'Harmattan Italia, Torino.

BENEDUCE R., FRIGESSI D., TALIANI S., VACCHIANO F., 1999, *L'attività del Centro Frantz Fanon nell'assistenza psichiatrica agli immigrati*, testo non pubblicato.

BOIDI, M., 1995, "Austria: y entonces porque vienen?", *ALAI: Latinoamericanas en Europa*, 3, pp. 18-19.

BONIFAZI C., FERRUZZA A., 1995, "Latin American Women in Italy: New Reality of International Migration System", relazione presentata al seminario *La mujer latinoamericana en la migración internacional*, Madrid, 5-8 ottobre.

BROWN G., HARRIS T., 1978, *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*, Free Press, New York.

BUENO J., 1995, "Situación de las latinoamericanas inmigrantes en Suiza", relazione presentata al seminario *La mujer latinoamericana en la migración internacional*, Madrid, 5-8 ottobre.

BURR V., 2000, *Psicologia delle differenze di genere*, Il Mulino, Bologna; ed. orig. *Gender and Social Psychology*, Routledge, London 1998

CAMPANI G., 1994, "Amiche e sorelle", in VICARELLI G. (a cura di), *Le mani invisibili. La vita e il lavoro delle donne immigrate*, Ediesse, Roma.

CANINO G. J., BIRD, H., RUBIO-STIPEC M., WOODBURY A., RIBERA J., HUERTAS S., SESMAN M., 1987, "Reliability of Child Diagnosis in a Hispanic Sample", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(4), pp. 560-565.

CANINO, G., RUBIO-STIPEC M., SHROUT P., BRAVO M., STOLBERG R., BIRD H., 1987, "Sex Differences and Depression in Puerto Rico", *Psychology of Women Quarterly*, 11, pp. 443-459.

CARITAS, 1996, *Immigrazione. Dossier Statistico 1996*, Anterem, Roma.

CARITAS, 1997, *Immigrazione. Dossier Statistico 1997*, Anterem, Roma.

CARITAS, 1998, *Immigrazione. Dossier Statistico 1998*, Anterem, Roma.

CARITAS, 1999, *Immigrazione. Dossier Statistico 1999*, Anterem, Roma.

CARITAS, 2000, *Immigrazione. Dossier Statistico 2000*, Anterem, Roma.

CASTLES S., MILLER M. J., 1993, *The Age of Migration. International Population Movements in the Modern World*, MacMillan, Hong Kong.

CAVAZZA N., 2000, "Introduzione" in BURR V., *Psicologia delle differenze di genere*, Il Mulino, Bologna.

CIAFALONI F., RICUCCI R., 2000, "Un contributo ad una lettura complessiva dei dati", in CITTÀ DI TORINO/PREFETTURA DI TORINO (a cura di), *Osservatorio Interistituzionale sugli Stranieri in Provincia di Torino. Rapporto 1999*, Città di Torino, Torino.

CIAFALONI F., RICUCCI R., 2001, "osservatorio 2001", in CITTÀ DI TORINO/PREFETTURA DI TORINO (a cura di), *Osservatorio Interistituzionale sugli Stranieri in Provincia di Torino. Rapporto 2000*, Città di Torino, Torino.

CIOSL-ORIT, 1989, *Mujeres, trabajo y sindicalismo en America Latina y el Caribe*, CIOSL, México.

CITTÀ DI TORINO/PREFETTURA DI TORINO (a cura di), 2000, *Osservatorio Interistituzionale sugli Stranieri in Provincia di Torino. Rapporto 1999*, Città di Torino, Torino.

CITTÀ DI TORINO/PREFETTURA DI TORINO (a cura di), 2001, *Osservatorio Interistituzionale sugli Stranieri in Provincia di Torino. Rapporto 2000*, Città di Torino, Torino.

COMAS-DIAZ, L., 1987, "Feminist Therapy with Mainland Puerto Rican Women", *Psychology of Women Quarterly*, 11, pp. 461-474.

CONTRERAS BETANCOURT D., 2000, "Agenzie immobiliari e discriminazione verso gli stranieri nel mercato della locazione", in AA. VV., *Casa, lavoro e istruzione: azioni per l'uguaglianza. Rapporto finale del Comitato "Oltre il razzismo"*, Comitato "Oltre il razzismo", Torino.

CULBERTSON F. M., 1997, "Depression and Gender. And International Review", *American Psychologist*, 52, 1, pp. 25-31:

DE LOS RÍOS R., 1993, "Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción", in GÓMEZ E. (a cura di), *Género, mujer y salud en las Américas*, OPS, Washington.

ESCOBAR J. I., 1987, "Cross Cultural Aspects of the Somatization Trait", *Hospital Community Psychiatry*, 38, pp. 174-180.

ESCOBAR J. I., BURNHAM M., KARNO M., FORSYTHE A., GOULDING J., 1987, "Somatization in the Community", *Archives of General Psychiatry*, 44, pp. 713-718.

ESCOBAR J. I., RANDOLPH E. T., HILL M., 1986, "Symptoms of Schizophrenia in Hispanic and Anglo Veterans", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 10, pp. 259-276.

ESPIN O., 1982, *Language Issues in Psychotherapy with Fluent Bilinguals*, relazione presentata al seminario clinico del Wellesley College Stone Center, Wellesley.

ESPIN O., 1987, "Psychological Impact of Migration on Latinas. Implications for Psychotherapeutic Practice", *Psychology of Women Quarterly*, 11, pp. 489-503.

EVANGELISTI G., s.d., *Donne nel mondo*, MLAL, Roma.

DE MICCO V., 1993, "Passaggi di confine. Percorsi migratori, sofferenza psichica, strumenti antropologici", in DE MICCO V., MARTELLI P., *Passaggi di confine. Etnopsichiatria e migrazioni*, Liguori, Napoli.

DEVEREUX G., 1985, *Ethnopsychanalyse complémentaire*, Flammarion, Parigi.

DION K., 1986, "Responses to Perceived Discrimination and Relative Deprivation", in OLSON J., HERMAN C., ZANNA M. (a cura di), *Relative Deprivation and Social Comparison*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale.

DRAGUNS J., 1996, "Multicultural and Cross-Cultural Assessment", in IMPARA J., SODOWSKY G. (a cura di), *Multicultural Assessment in Counseling and Clinical Psychology*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale.

FABREGA H. JR., 1986, "Necessità di una scienza etnomedica", *Sanità, Scienza e Storia*, 1.

FABREGA H. JR., 1995, "Hispanic Mental Health Research. A case for Cultural Psychiatry", in PADILLA A. M. (a cura di), *Hispanic Psychology: Critical Issues in Theory and Research*, Sage Publications, California.

FAVARO G., 1990, "Le donne migranti tra continuità e mutamento", in AA.VV., *Lontano da dove. La nuova immigrazione e le sue culture*, Franco Angeli, Milano.

FAVARO G., TOGNETTI BORDOGNA M., 1990, "Donne straniere a Milano: tipologie migratorie e uso dei servizi socio-sanitari", in COCCHI G. (a cura di), *Stranieri in Italia*, Misure/Materiali di ricerca dell'Istituto Cattaneo, Bologna.

FAVARO G., TOGNETTI BORDOGNA M., 1991, *Donne dal mondo. Strategie migratorie al femminile*, Guerini, Milano.

FAVRETTO A. R., 1994, "Interlocutrici privilegiate", in AA.VV., *La salute straniera. Epidemiologia Culture Diritti*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli.

FELIPE RUSSO N., AMARO H., WINTER M., 1987, "The Use of Inpatient Mental Health Services by Hispanic Women", *Psychology of Women Quarterly*, 11, pp. 427-441.

FRIGHI L., 1990, *Argomenti di Igiene Mentale*, Bulzoni, Roma.

FRIGHI L., MAZZETTI M., COLOSIMO F., 1995, "La salute mentale di donne e minori immigrati: ricerca sui probabili fattori di rischio psicopatologico in nuclei familiari d'immigrazione", *AWR Bulletin*, 33, 4, pp. 166-170.

FRIGHI L., MAZZETTI M., COLOSIMO F., 1996, "Donne immigrate e igiene mentale: indagine sui possibili fattori di rischio patologico", *Rivista Sperimentale di Freniatria*, in corso di stampa.

GARCIA I., GOMARIZ E., 1989, "Las mujeres ante la crisis de los años ochenta", in *Mujeres centroamericanas ante la crisis, la guerra y el proceso de paz*, San José.

GERACI S., 1999, "Accesso ai servizi sanitari", in CARITAS, *Immigrazione. Dossier Statistico 1999*, Anterem, Roma.

GOLDING J., 1988, "Gender Differences in Depressive Symptoms: Statistical Considerations", *Psychology of Women Quarterly*, 12, pp. 61-74.

GRINBERG L., GRINBERG R., 1984, *Psiconanálisis de la migración y del exilio*, Alianza, Madrid.

GUARNACCIA P. J., 1997, "Social Stress and Psychological Distress among Latino in the United States", in AL-ISSA I., TOUSIGNANT M. (a cura di), *Ethnicity, Immigration, and Psychopathology*, Plenum Press, New York.

GUARNACCIA P. J., CANINO G., RUBIO-STIPEC M., BRAVO M., 1993, "The Prevalence of Ataques de Nervios in the Puerto Rican Disaster Study", *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 181, pp. 157-165.

GUARNACCIA P. J., RUBIO-STIPEC M., CANINO G., 1989, "Ataques de Nervios in the Puerto Rican Diagnostic Interview Schedule: The Impact of Cultural Categories on Psychiatric Epidemiology", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 13, pp. 275-295.

HENRY P., 1995, "Il dopo manicomio. Ambulatorio psichiatrico o servizio di salute mentale?", in CASTELFRANCHI C., HENRY P., PIRELLA A., *L'invenzione collettiva. Per una psicologia della riabilitazione nella crisi della psichiatria istituzionale*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.

HEREDIA DE SALVATIERRA I., 1992, "Nivel de vida, pobreza crítica y mujer", in COMISIÓN FEMENINA DE LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, *II Congreso Venezolano de la Mujer*, Caracas.

HERRANZ Y., 1993, "Breve historia en la migración latinoamericana en Madrid. Perspectiva histórica e inserción en el mercado laboral", relazione presentata al seminario *La mujer latinoamericana en la migración internacional*, Madrid, 5-8 ottobre.

JENKINS J. H., 1988, "Conceptions of Schizophrenia as a Problem of Nerves: A Cross-cultural Comparison of Mexican-Americans and Anglo-Americans", *Social Science and Medicine*, 26, pp. 1233-1243.

JENKINS J. H., KLEINMAN A., GOOD B. J., 1991, "Cross-Cultural Aspects of Depression", in BECKER J., KLEINMAN A. (a cura di), *Advances in Affective Disorders: Theory and Research, Psychosocial Aspects*, Erlbaum Press, Hillsdale.

JONGKIND F., 1992, "Ethnic Identity, Societal Integration and Migrants' Alienation: State Policy and Academic Research in The Netherlands", *Ethnic and Racial Studies*, 15, 3, pp. 365-381.

KAPLAN A. G., 1984, *Female or Male Psychotherapists for Women: New Formulations*, Wellesley College, Wellesley.

KAPLAN A. G., ROBERTS R., CAMACHO T., COYNE J., 1987, Psychosocial Predictors of Depression: Prospective Evidence from the Human Population Laboratory Studies, *American Journal of Epidemiology*, 125, pp. 206-220.

KESSLER R., MCGONAGLE K., ZHAO S., 1994, "Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey", *Archives of General Psychiatry*, 51, pp. 8-19.

KIRMAYER L., YOUNG A., 1998, "Culture and Somatization: Clinical, Epidemiological, and Ethnographic Perspectives", *Psychosomatic Medicine*, 60, pp. 420-430.

KLEINMAN A., 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture*, University of California Press, Berkeley.

KLEINMAN A., GOOD B., 1985, *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*, University of California Press, Berkeley.

KOSS J. 1990, "Somatization and Somatic Complaint Syndromes", *Transcultural Psychiatric Research Review*, 27, pp. 5-29.

KLERMAN, WEISSMAN, 1989, "Increasing Rates of Depression, *Journal of the American Medical Association*, 261, pp. 2229-2235.

LAGARDE, M., 1997, *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, Dirección General de Estudios de Posgrado y la Facultad de Filosofía y Letras, México.

LANTERNARI V., 1998, "Dall'antropologia simbolica all'etnopsichiatria", in LANTERNARI V., CIMINELLI M. L. (a cura di), *Medicina, magia, religione, valori. Dall'antropologia all'etnopsichiatria*, Liguori, Napoli.

LAPLANTINE F., 1988, *Antropologia della malattia*, Sansoni, Firenze.

LAURELL A. C., 1992; "Proyectos políticos y opciones de salud en América Latina", in ASOCIACIÓN LATINOAMERICA DE MEDICINA SOCIAL; *V Congreso*

Latinoamericano del Medicina Social, Ediciones del Rectorado de la Universidad Central de Venezuela, Caracas.

LAVRIN A. (a cura di), 1985, *Las mujeres latinoamericanas. Perspectivas históricas*, Tierra Firme, México.

LEFF J., 1973, "Culture and the Differentiation of Emotional States", *British Journal of Psychiatry*, 243, pp. 299-306.

LEFF J., 1992, *Psichiatria e culture*, Sonda, Milano; ed. orig. *Psychiatry Around the Globe. A Transcultural View*, Gaskell, Londra 1988.

LOW S. 1981, "The Meaning of Nervios: A Sociocultural Analysis of Symptom Presentation in San Jose, Costa Rica", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5, pp. 25-47.

LUCIANO A., 1994, "Una presenza che ci interroga", in VICARELLI G. (a cura di), *Le mani invisibili. La vita e il lavoro delle donne immigrate*, Ediesse, Roma.

MACIOTI M. I., PUGLIESE E., 1991, *Gli immigrati in Italia*, Laterza, Bari.

MASSEY D. S., 1990, "Economic Development and International Migration in Comparative Perspectives", *Population and Development Review*, 14, 3.

MASSIGNAN P., 1999, "Salute e migrazione. La comunità peruviana a Torino, in AA.VV., *Il progetto migratorio tra aspettative collettive e libertà individuali*, L'Harmattan Italia, Torino.

MAYNARD M., PURVIS J., 1996, *New Frontiers in Women's Studies: Knowledge, Identity and Nationalism*, Taylor & Francis, London.

MAZZETTI M., 1996, *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e uomini che migrano*, L'Harmattan Italia, Torino.

MEZZICH J. E., 1989, "International Diagnostic Systems and Latin-American Contributions and Issues", *British Journal of Psychiatry*, 154, pp. 84-90.

McGRATH E., PURYEAR KEITA G., STRICLAND B., FELIPE RUSSO N. (a cura di), 1990, *Women and Depression: Risk Factors and Treatment Issues: Final Report of the*

American Psychological Association Task Force on Women and Depression, American Psychological Association, Washington.

MOISSEFF M., 1997, "Subversive Science, Subversive Practice", *Transcultural Psychiatry*, 34, 1 pp. 95-107.

MURPHY H- B. M., 1987, "Migration, Culture and Our Perception of the Stranger", in CORIN E. (a cura di) *Regards anthropologiques en psychiatrie*, Editions du GIRAME; Montréal.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, 1985, *Plan and Operation of the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey 1982-1984*, Government Printing Office, Washington.,

NOLEN-KOEKSEMA S., 1990, *Sex Differences in Depression*, Stanford University Press, Stanford.

ØDEGAARD Ø., 1932, Emigration and Insanity, *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica*, suppl. 4, 7, p. 206.

ONGARO BASAGLIA F., 1977, "Un commento", in CHESLER P., 1977, *Le donne e la pazzia*, Einaudi , Torino; ed. orig. *Women and Madness*, Doubleday & Company, New York 1972.

OQUENDO M., 1994, "Differential Diagnosis of Ataque de Nervios", *American Journal of Orthopsychiatry*, 65(1), pp. 60-64.

OQUENDO M., HORWATH E., MARTINEZ A., 1992, "Ataques de Nervios: Proposed Diagnostic Criteria for a Culture-Specific Syndrome", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16, pp. 367-376.

ORTEGA R., 1996, "Los latinos y el dolor", *Médico Interamericano*, ottobre.

PADILLA A. M. (a cura di), 1995, *Hispanic Psychology: Critical Issues in Theory and Research*, Sage Publications, California.

PIA M., GUERRA M., 2000, "L'attività del Settore stranieri e nomadi nel 2000", in PREFETTURA DI TORINO (a cura di), *Osservatorio Interistituzionale sugli Stranieri in Provincia di Torino. Rapporto 1999*, Città di Torino - Ufficio di Statistica, Torino.

PICCIOLINI A., 1991, "La donna migrante", in SERGI N., CARCHEDI F. (a cura di), *L'immigrazione straniera in Italia. Il tempo dell'integrazione*, Edizioni Lavoro/ISCOS, Roma.

POLIA M., 1998, "Le "sindromi culturali" da perdita della *sombra* nel curanderismo andino del Perù settentrionale", in Lanternari, V. e Ciminelli, M. L. (a cura di), *Medicina, magia, religione, valori. Dall'antropologia all'etnopsichiatria*, vol. 2, Liguori, Napoli.

RADLOFF L., 1975, "Sex Differences in Depression. The Effects of Occupation and Marital Status", *Sex Roles*, 1, pp. 249-265.

RAMÍREZ BAUTISTA E., 1997, "Mujeres latinoamericanas en Europa: la feminización de la pobreza", *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, Vol. 2, N° 4, pp. 52-70.

REGIER D., MYERS J., KRAMER M., ROBINS L., BLAZER D., HOUGH R., EATON W., LOCKE B., 1984, "The NIHM Epidemiologic Catchment Area Program", *Archives of General Psychiatry*, 41, pp. 934-941.

RIESSMAN C., 1987, "When Gender is not Enough: Women Interviewing Women", *Gender and Society*, 1(2), pp. 172-207.

RIVERA ARZOLA M., RAMOS GRENIER J., 1997, "Anger, ataques de nervios, and la mujer portorriqueña: Sociocultural Considerations and Treatment Implications", in GARCIA J., ZEA M., (a cura di), *Psychological Interventions and Research with Latino Populations*, Allyn & Bacon, Boston.

ROSENFELD S., 1987, "Sex Differences in Depression: Do Women Always Have Higher Rates?", *Journal of Health and Social Behavior*, 21, pp. 33-42.

SALAZAR J., 1992, "Dos acercamientos a la identidad latinoamericana", *AVEPSO*, 15, pp. 75-86.

SÁENZ O., 1992, "Impacto de la crisis económica y las políticas neoliberales sobre la salud colectiva en América Latina", in ASOCIACIÓN LATINOAMERICA DE MEDICINA SOCIAL, *V Congreso Latinoamericano del Medicina Social*, Ediciones del Rectorado de la Universidad Central de Venezuela, Caracas.

SALGADO DE SNYDER N., 1987, "Factors Associated with Acculturative Stress and Depressive Symptomatology among Married Mexican Immigrant Women", *Psychology of Women Quarterly*, 11, pp. 475-488.

SALGADO DE SNYDER N., CERVANTES R., PADILLA A., 1990, "Gender and Ethnic Differences in Psychosocial Stress and Generalized Distress among Hispanics", *Sex Roles*, 22, pp. 441-453.

SALVI E., 1999, *Peruviani a Torino: un'indagine antropologico-sociale*, Tesi di Laurea, Corso di Laurea in Lettere Moderne, Università degli Studi di Torino.

SOSA M., 1995, "Inmigración de mujeres e industria sexual: el ejemplo de Frankfurt, en Alemania", *ALAI: Latinoamericanas en Europa*, 3, pp. 10-13.

SUSI F., 1990, *I bisogni formativi e culturali degli immigrati stranieri. La ricerca-azione come metodologia educativa*, Franco Angeli, Milano.

TOUSIGNANT M., 1984, "Pena in the Ecuadorian Sierra: A Psychoanthropological Analysis of Sadness", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 8, pp. 381-398.

VAZQUEZ-NUTTALL E., ROMERO-GARCIA I., DE LEON B., 1987, "Sex roles and Perceptions of Femininity and Masculinity of Hispanic Women. A review of the Literature", *Psychology of Women Quarterly*, 11, pp. 409-425.

VICARELLI G., 1994, "Immigrazioni al femminile", in VICARELLI G. (a cura di), *Le mani invisibili. La vita e il lavoro delle donne immigrate*, Ediesse, Roma.

VITALE L., 1981, *Historia y sociología de la mujer latinoamericana*, Fontamara, Barcelona.

WEBER L., 1998, "A Conceptual Framework for Understanding Race, Class, Gender, and Sexuality", *Psychology of Women Quarterly*, 22, pp. 13-32.

WEISSMAN M. M., 1987, "Advance in Psychiatry Epidemiology: Rates and Risks for Major Depression", *American Journal of Public Health*, 77, pp. 445-451.

WEISSMAN M. M., 1994, "Preventive Health Care and Screening of Latin American Immigrants in the United States", *Journal American Board of Family Practice*, 7(4), pp. 310-323.

WEISSMAN M. M., KLIERMAN G. L., 1977, "Sex Differences and the Epidemiology of Depression", *Archives of General Psychiatry*, 34, pp. 98-111.

WILKINSON D., 1980, "Minority Women: Socio-cultural Issues", in BRODSKY A., HARE-MUSTIN R., *Women and Psychotherapy*, Guilford Press, New York.

WEISSMAN M. M., PAYKEL E. S. M., 1974, *The Depressed Woman: A Study of Social Relationships*, University of Chicago Press, Chicago.

WORELL J., JOHNSON N., 1997, *Shaping the Future of Feminist Psychology: Education, Research, and Practice*, American Psychological Association, Washington.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993, *Psychosocial and Mental Health Aspects of Women's Health*, WHO, Ginevra.

YAHYAOUÏ A., 1997, *De la place du père. Entre mythe familial et idéologie institutionnelle*, La Pensée Sauvage, Grenoble.

INDICE

della tesi di laurea

ELENCO DELLE TABELLE	1
RINGRAZIAMENTI.....	7
INTRODUZIONE	8
CAPITOLO PRIMO - IL PERCORSO DELLA RICERCA.....	16
1.1 LA RICERCA SUL CAMPO.....	16
1.1.1 I PERCHÉ DI UNA SCELTA	16
1.1.2 COME SI È SVOLTA LA RICERCA	19
1.1.3 OBIETTIVO	20
1.1.4 IPOTESI (CRITERI GUIDA)	21
1.1.5 METODOLOGIA, STRUMENTI, E FONTI DELLA RICERCA	22
1.1.5.1 <i>Cartelle cliniche e banca dati del Centro Fanon</i>	23
1.1.5.2 <i>Interviste agli operatori sanitari e mediatori culturali del Centro Fanon e dell'Ufficio Stranieri del Comune di Torino</i>	27
1.1.5.3 <i>Banca dati del Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS)</i>	28
1.2 LA RICERCA BIBLIOGRAFICA.....	32
CAPITOLO SECONDO - DISAMINA DELLA LETTERATURA	34
2.1. L'APPROCCIO CULTURALE.....	34
2.2 L'APPROCCIO DI GENERE	38
2.2.1 RUOLI DI GENERE IN AMERICA LATINA: TRADIZIONE E CAMBIAMENTO NELL'IDENTITÀ FEMMINILE LATINO-AMERICANA	48
2.3 DISAGIO PSICHICO E IMMIGRAZIONE	53
2.3.1 FATTORI DI RISCHIO E STRESS	55
2.3.2 DISAGIO PSICHICO NELLE DONNE IMMIGRATE	62
2.4 STUDI SUI LATINO-AMERICANI.....	64
2.4.1 DISAGIO PSICHICO NELLE DONNE IMMIGRATE LATINO-AMERICANE	78

**CAPITOLO TERZO - LE DONNE LATINO-AMERICANE
SPECIFICITÀ DEL FENOMENO MIGRATORIO E CONDIZIONI DI
VITA A TORINO.....88**

**3.1 SPECIFICITÀ DEL FENOMENO MIGRATORIO FEMMINILE
LATINO-AMERICANO88**

3.1.1 LA SITUAZIONE ATTUALE DELLE MIGRAZIONI INTERNAZIONALI 88

3.1.2 LE DONNE LATINO-AMERICANE IN EUROPA: LA FEMMINILIZZAZIONE
DELL'IMMIGRAZIONE91

3.1.2.1 Perché emigrano 92

3.1.2.2 Le condizioni di lavoro 95

3.1.3 L'IMMIGRAZIONE LATINO-AMERICANA IN ITALIA E A TORINO: DATI SULLE
PRESENZE 100

3.1.3.1 Latino-americani In Italia 101

3.1.3.2 Latino-americani in Piemonte e a Torino 104

3.1.3.3 Presenza femminile dell'immigrazione latino-americana in Italia e a Torino 106

**3.2 CONDIZIONI DI VITA E PROBLEMATICHE DELLE DONNE
LATINO-AMERICANE A TORINO..... 109**

3.2.1 ASPETTI PROBLEMATICI 110

3.2.1.1 Background, progetti migratori e reti di sostegno 111

3.2.1.2 Il lavoro 117

3.2.1.3 La casa e i ricongiungimenti familiari 121

3.2.1.4 La famiglia e i ruoli di genere 123

3.2.1.5 Sessualità e maternità 126

3.2.1.6 L'emancipazione precaria e il disagio 127

CAPITOLO QUARTO - RISULTATI DELLA RICERCA 130

4.1 CENTRO FANON: UTENZA AFFERITA 130

**4.2 RICOVERI OSPEDALIERI PER DISTURBI PSICHICI A TORINO E
IN PIEMONTE (BANCA DATI DEL DORS)..... 135**

**4.3 CENTRO FANON: PROBLEMATICHE E DISTURBI NEL
CAMPIONE DI STUDIO 142**

4.3.1 RISULTATI CAMPIONE CENTRO FANON: DATI SOCIO-ANAGRAFICI,
ANAMNESTICI E SULL'INTERVENTO 144

4.3.1.1 Dati socio-anagrafici 144

4.3.1.2 Dati anamnestici 148

4.3.1.3 Dati sull'intervento 149

4.3.2 RISULTATI CAMPIONE CENTRO FANON: PROBLEMATICHE PSICO-SOCIALI, DISTURBI E SINTOMATOLOGIE	157
---	-----

4.3.2.1 <i>Problematiche psico-sociali</i>	158
--	-----

4.3.2.2 <i>Disturbi e sintomatologie (incluse categorie nosologiche ed eziologiche tradizionali)</i>	163
--	-----

4.4 CENTRO FANON: APPROFONDIMENTO DI CASI CLINICI	168
--	------------

CONCLUSIONI	173
--------------------------	------------

APPENDICE.....	186
-----------------------	------------

APPENDICE A	187
-------------	-----

APPENDICE B	188
-------------	-----

APPENDICE C	189
-------------	-----

BIBLIOGRAFIA	235
---------------------------	------------