

La salute mentale della popolazione migrante Wolof e Lébou, fra transnazionalismo e mobilità

SINTESI DEI RISULTATI DI RICERCA

Questo contributo raccoglie e sintetizza i risultati emersi dallo studio sulla gestione del disturbo mentale in contesto di migrazione presso la popolazione senegalese Wolof e Lébou, realizzato nel corso del 2020 nell'ambito della borsa di ricerca MIGRICERCA (<https://www.fieri.it/2020/02/05/migricerca/>). Dopo una breve sintesi della letteratura di riferimento e delle domande di ricerca, sono presentati la metodologia e i soggetti partecipanti. Sono successivamente esposti i principali elementi che emergono dal lavoro sul campo in relazione ai comportamenti, alle strategie di cura e agli itinerari terapeutici adottati dalla popolazione Wolof e Lébou in risposta all'insorgenza di forme di fragilità e sofferenza psichica in contesto di migrazione. Sono inoltre discusse le tendenze più significative con riferimento alle pratiche di cura osservate presso le istituzioni sanitarie e le realtà associative attive nella tutela della salute mentale delle popolazioni in movimento. Infine, una breve riflessione sui principali risultati e sulle prospettive di ricerca conclude il presente contributo.

Un'introduzione necessaria

La letteratura sulla salute mentale dei gruppi umani in movimento ha largamente evidenziato la presenza di numerosi fattori di rischio che, operando in fasi diverse (pre-emigrazione, migrazione e post-migrazione), concorrono alla compromissione dello stato di salute della popolazione migrante, a cui si aggiungono le difficoltà riscontrate nell'accesso all'informazione, alle cure sanitarie e ai servizi dedicati (Aragona et al., 2013; Mazzetti, Geraci, 2019; Medici Senza Frontiere, 2016). Inoltre, se la letteratura ha sottolineato l'influenza che le dimensioni culturali esercitano tanto sull'interpretazione e sull'espressione del disagio quanto sui percorsi di cura delle popolazioni migranti (Kirmayer, Ryder, 2016), minore attenzione è stata invece dedicata alle prospettive emiche in relazione alle forme di gestione del disturbo mentale in contesto di migrazione (Kuittinen et al., 2015; Levesque, Rocque, 2015).

La popolazione migrante si confronta dunque con il ruolo che le matrici culturali esercitano nella percezione delle nozioni di salute, malattia e guarigione e, insieme, si relazionano con interventi di cura spesso poco attenti all'influenza delle dimensioni socio-culturali all'interno delle esperienze di sofferenza.

Con l'obiettivo di esplorare ciò che emerge dall'incontro tra interpretazioni culturali del disturbo mentale e bisogni di salute disattesi, la ricerca ha interrogato i comportamenti con cui la popolazione senegalese Wolof e Lébou si relaziona all'insorgere di forme di fragilità e sofferenza psichica in contesto di migrazione. In particolare, si è trattato di approfondire i codici interpretativi e i significati attribuiti ai fenomeni di patologia mentale e di esplorare le strategie di cura intraprese dalla popolazione migrante per rispondere alle necessità sociali e psicologiche dell'individuo sofferente. Nel fare ciò, i legami transnazionali e la mobilità hanno rappresentato l'oggetto di analisi privilegiato attraverso cui cogliere il ruolo e le funzioni delle risorse disponibili lungo il percorso terapeutico. Infine, la ricerca ha esplorato gli orientamenti più rilevanti che emergono dalle pratiche di cura promosse dalle istituzioni sanitarie e dalle realtà associative attive nella tutela della salute mentale dei migranti in relazione al tema del pluralismo medico e della cura transnazionale.

I soggetti coinvolti e la metodologia

La ricerca ha interessato la popolazione migrante senegalese – ancora oggi tra le presenze straniere più significative in termini di dimensione demografica e di radicamento sul territorio italiano – e, in particolare, le sue componenti Wolof e Lébou¹, che condividono un articolato sistema di credenze in materia di rappresentazione, interpretazione e gestione della sofferenza mentale (Zempléni, 1968; Zempléni, 1969).

Fondata su un modello persecutorio, l'eziologia Wolof e Lébou si compone in particolare di quattro figure (Diop et al., 1964; Zempléni, 1968). I *dëmm* sono mangiatori di anime capaci di abbandonare la propria dimensione

¹ A questo proposito, a partire dall'analisi della letteratura sulla presenza senegalese in Italia Salis e Navarra sottolineano come questa si componga a forte maggioranza di individui di etnia wolof (Salis, Navarra, 2010).

corporea per dedicarsi ad attività antropofagiche cibandosi segretamente del *fit*, il principio vitale delle vittime. I *rab* e i *tuur* sono spiriti ancestrali erranti desiderosi di vivere con gli umani e pretendenti un culto specifico, il quale, se trascurato, si traduce nella provocazione di disturbi mentali. I *djinne* e i *seytaane* sono i pericolosi spiriti che hanno origine nella tradizione musulmana, a cui i marabutti² ricorrono nella pratica magica del *ligguéy* (Simon et al., 1969), più comunemente conosciuta con il nome di *maraboutage*, il cui scopo consiste nel nuocere, su richiesta di un rivale, a un'altra persona.

Come si mostrerà in seguito, alle rappresentazioni culturali tradizionali si accompagnano particolari dispositivi terapeutici, tra cui figurano la consultazione di *marabouts* e/o guaritori tradizionali e il ricorso a specifici rituali e percorsi di cura. La presenza di queste pratiche presso i migranti senegalesi è stata altresì sottolineata da numerose ricerche (Petit, 2018; Petit, Ly, Pizzolato, 2014; Thiam et al., 2007).

La ricerca etnografica si è svolta a Milano e nell'area metropolitana circostante, dove ho potuto beneficiare di un accesso privilegiato al campo grazie al mio vissuto personale³. Numerosi migranti Wolof e Lébou – di vecchio o recente insediamento, titolari di un permesso di soggiorno per lavoro o per motivi familiari, richiedenti asilo e irregolari – hanno raccolto l'invito a partecipare alla ricerca. Tra questi, alcuni hanno vissuto in prima persona forme di fragilità e sofferenza psichica in contesto di migrazione; altri sono invece familiari, membri dell'*entourage*⁴ e amici che hanno partecipato all'itinerario terapeutico dell'individuo sofferente. Complessivamente, dodici migranti hanno preso parte alla ricerca. Inoltre, anche diverse operatrici della salute mentale attive sul territorio milanese – nove psicologhe e due psichiatre – hanno accolto favorevolmente la proposta di partecipare al progetto.

La ricerca, servendosi dei principali metodi dell'analisi qualitativa, si è articolata attraverso confronti informali, interviste non direttive e semi-strutturate, a cui talvolta sono seguiti ulteriori momenti di discussione volti all'approfondimento di alcune dimensioni del vissuto di sofferenza. Tuttavia, l'etnografia è stata sensibilmente condizionata dai vincoli imposti dalla pandemia nel corso del 2020. Per questa ragione, accanto ai metodi etnografici tradizionali utilizzati per indagare i vissuti e le strategie dei migranti senegalesi, si è fatto ricorso a interviste e *focus groups* online per raccogliere la prospettiva di psicologhe e psichiatre.

Il lavoro sul campo con i migranti Wolof e Lébou: i legami transnazionali e la mobilità

Ciò che innanzitutto emerge dalle osservazioni etnografiche in relazione alle esperienze di sofferenza è la difficoltà percepita dai soggetti partecipanti nel rivolgersi ai servizi per la salute mentale. A questo proposito, nessuno dei migranti incontrati durante la ricerca sul campo ha mai fatto richiesta di accedervi. Alla paura di non essere compresi e alla diffidenza nei confronti delle pratiche di sostegno psicologico e/o psichiatrico, si somma la percezione dell'inadeguatezza degli strumenti di cura nella risoluzione del malessere. Lo scetticismo nei confronti dei percorsi psicologici e delle prese in carico psichiatriche contraddistingue in particolare quelle esperienze di sofferenza segnate da un'interpretazione culturalmente orientata del disturbo mentale.

La diffidenza espressa dai migranti partecipanti alla ricerca non interessa il Servizio Sanitario Nazionale nella sua globalità. Infatti, per quelle richieste di cura che escludono la sofferenza psichica, è emerso che molti dei soggetti intervistati si relazionano frequentemente con i presidi sanitari presenti sul territorio, rivolgendosi ai medici di base, sottoponendosi a visite specialistiche e accedendo al Pronto Soccorso. Questo dimostra come l'atteggiamento diffidente dei migranti sia per lo più circoscritto all'ambito della salute mentale.

Come anticipato poco sopra, nel momento in cui è presente una rappresentazione culturalmente orientata della sofferenza, emergono presso i migranti Wolof e Lébou strategie e percorsi di cura che possono differire sensibilmente rispetto a quelli sanitari classici.

² Nel contesto delle confraternite sufi, molto diffuse in Senegal, i *marabouts*, o marabutti, rappresentano le guide spirituali.

³ Per approfondimenti, si rimanda a Yassin Dia, "Percorsi ibridi e posizionamento sul campo: riflessioni a partire da un'etnografia", FIERI - Analisi e Commenti, <https://www.fieri.it/2020/11/06/percorsi-ibridi-e-posizionamento-sul-campo-riflessioni-a-partire-da-unetnografia/>

⁴ In questa sede il termine *entourage* indica i membri della famiglia allargata e le persone prossime (amici e figure di supporto).

Come riscontrabile anche in letteratura con riferimento ad altre popolazioni migranti (Tiilikainen, 2012; Tiilikainen, Kohen, 2011), dal lavoro sul campo risulta come la ricerca di cure culturalmente accettabili sia spesso segnata da una forte dimensione transnazionale. Quest'ultima si rivela in particolare attraverso forti legami intrattenuti con il paese di origine e molteplici forme di mobilità.

In primo luogo, allorché risulta necessario rispondere ai bisogni di salute mentale, i migranti Wolof e Lébou beneficiano frequentemente di un sostegno multidimensionale proveniente dal paese di origine e fornito dai membri della famiglia e dell'*entourage*, dai guaritori e dalle figure religiose, tra cui, in particolare, i *marabouts*. In questo contesto, sono i familiari che, mobilitandosi in prima persona, si adoperano per consultare gli specialisti tradizionali della salute, in grado di svelare l'origine della sofferenza che affligge il figlio, il fratello, il cugino o il parente prossimo impossibilitato a recarvisi di persona. Inoltre, essi si fanno carico del reperimento e della spedizione dei materiali terapeutici – erbe, polveri ricavate da foglie, cortecce e radici, versetti coranici, *gris-gris*⁵ e *safara*⁶ – generalmente confezionati dai guaritori e dai *marabouts*. Secondo le storie raccolte durante la ricerca sul campo, questi ultimi si impegnano, attraverso chiamate telefoniche, messaggi, video e scambi virtuali, in percorsi di comunicazione e sostegno a distanza, condividendo con i propri discepoli preghiere e parole di incoraggiamento.

La dimensione transnazionale si manifesta inoltre con forme di mobilità internazionale che non interessano soltanto i materiali terapeutici, ma anche i migranti stessi. Come si è visto, i materiali terapeutici viaggiano insieme ai saperi, alle informazioni e ai consigli di cura per raggiungere il migrante che affronta la sofferenza lontano dal proprio contesto di origine. Inoltre, dalle osservazioni etnografiche, emerge come anche l'individuo sofferente possa far rientro temporaneamente – o nello scenario peggiore anche definitivamente – in Senegal per sottoporsi a specifiche procedure terapeutiche non praticabili nel contesto di migrazione e per trovare soluzioni durevoli alla propria sofferenza.

Il ruolo che i legami transnazionali e la mobilità rivestono nelle strategie di cura emerge con estrema chiarezza nella storia di Tapha. Migrante Wolof, Tapha è afflitto da un profondo malessere dal giorno in cui è rimasto vittima di un incidente stradale. Nonostante le cure mediche ricevute, la salute fisica e mentale di Tapha si aggrava al tal punto da spingere gli amici residenti in Italia ad acquistare per lui un biglietto di rientro. In seguito alla diagnosi effettuata da un *marabout*, secondo cui sarebbe vittima di un *maraboutage*⁷, Tapha si sottopone al percorso terapeutico proposto, riacquistando così un buono stato di salute. L'estratto riportato di seguito illustra molti degli elementi sin qui discussi.

«Quando sono andato nel mio appartamento a Yoff⁸, pensavo di avere con me due valigie piene di soldi. Pensavo di avere due valigie piene di soldi! Ogni volta, quando i miei nipoti venivano a trovarmi, gli chiedevo: “Avete lavato le mie macchine?” Ma io non avevo alcuna macchina! Era la mia testa. Ero completamente folle [...]. Quando sono andato dal *marabout*, mi ha spiegato tutto. Quando ero in Senegal non potevo mangiare. Non potevo consumare né la colazione, né il pranzo, né la cena. Mi portavano del pollo, della buona carne ma...non avevo le forze per mangiare. [...]. Quando sono andato lì, [...] dal *marabout*, lui mi ha detto: “Ti do una bottiglia da un litro e mezzo, prendine un bicchiere la mattina e uno la sera. Se fai questo, potrai rimetterti in forze velocemente. [...]”. Quando ho iniziato a bere questi bicchieri, ho iniziato a consumare tutti i pasti. Ho cominciato ad avere delle forze. Mi ha anche detto che quando sarei tornato in Italia, [...] mi avrebbe mandato delle medicine tradizionali. [...]. Oggi mi manda dei messaggi con il Corano e delle parole di incoraggiamento. Con questo *marabout*, ho avuto la fortuna di curarmi. E' stato per lui. Se non avessi avuto la possibilità di tornare in Senegal e trovare la cura giusta, oggi non potrei essere qui a raccontarti la mia storia (T., luglio 2020)

Oltre a rendere evidente quanto possa essere doloroso un percorso migratorio, le parole di Tapha ben illustrano la strategia di cura intrapresa. I legami transnazionali, permettendo l'accesso ai materiali terapeutici e al sostegno proveniente dal contesto di origine, si rivelano preziosi per affrontare l'insorgenza di forme di fragilità e sofferenza. Inoltre, questi ultimi consentono, come nel caso riportato, la continuità di un percorso terapeutico che si realizza in

⁵ Si tratta di amuleti protettivi generalmente composti da diversi sacchetti in cuoio, all'interno dei quali vi sono versetti del Corano o erbe. Possono essere indossati (per esempio intorno alla vita), conservati in tasca o presso la propria abitazione.

⁶ Con questo termine si indica l'acqua benedetta. Al suo interno vengono spesso immersi versetti del Corano.

⁷ Si tratta di un atto magico compiuto dal *marabout* attraverso la manipolazione di oggetti e versetti coranici. Lo scopo consiste nel danneggiare, su richiesta di un rivale, la persona implicata. Tra gli effetti nefasti di questa azione offensiva, vi è anche la comparsa di disturbi psichici.

⁸ Un quartiere della città di Dakar.

contesto di migrazione. All'interno dei percorsi di cura dei migranti sofferenti, anche la mobilità rappresenta una risorsa fondamentale. La testimonianza di Tapha mostra infatti come il rientro in Senegal consenta di essere curati secondo i propri bisogni terapeutici.

Un ulteriore elemento che emerge dal lavoro sul campo riguarda la possibilità, per i migranti Wolof e Lébou, di fare ricorso contemporaneamente a diversi guaritori e/o *marabouts* e di utilizzare una molteplicità di materiali terapeutici. Ciò dimostra la flessibilità che il percorso di cura può assumere quando occorre trovare risposta ai bisogni di salute.

Occorre infine precisare che non tutti i migranti intervistati riconoscono legittimità alle teorie eziologiche tradizionali del disturbo mentale. Tra gli elementi che possono notevolmente influenzare l'interpretazione della sofferenza figurano la storia personale e l'appartenenza religiosa. Dal lavoro sul campo emerge infatti come, in alcuni casi, i migranti Wolof e Lébou possano considerare le categorie esplicative culturalmente orientate e, in particolare, le terapie tradizionali come non pertinenti e/o non ortodosse, dimostrando la tensione che esiste fra adesione individuale e rappresentazioni collettive (Retchman, 2000).

Il lavoro sul campo con psicologhe e psichiatre: le risposte al pluralismo medico e alla cura transnazionale

La ricerca ha coinvolto anche alcune psicologhe e psichiatre attive sul territorio di Milano presso servizi diversi per statuto e programmi di intervento. Questi ultimi includono strutture sanitarie pubbliche, cooperative, organizzazioni non governative e associazioni di volontariato⁹. Altrettanto diversificati sono i profili delle operatrici della salute mentale, differenti per esperienza sul campo e orientamento clinico. Nonostante tale diversità, le operatrici sanitarie convergono nel sottolineare la scarsa frequenza con cui i migranti senegalesi si rivolgono alle strutture dedicate alla tutela della salute mentale. Tale refrattarietà viene ricondotta a una pluralità di fattori, sia culturali che sociali, che agiscono prima e dopo la migrazione: la diffidenza nei confronti della pratica clinica si somma alla possibilità di beneficiare, nel contesto di destinazione, di reti comunitarie di sostegno e di forti legami con il paese di provenienza. Elementi, questi ultimi, che, secondo le operatrici intervistate, favoriscono il ricorso a risorse interne alla comunità di connazionali.

Dalle interviste condotte con le operatrici attive da più tempo, emerge come i migranti senegalesi che si rivolgono ai servizi per la salute mentale tra la fine degli anni Novanta e l'inizio degli anni Duemila portino all'interno dell'incontro clinico le difficoltà di adattamento nel paese di arrivo e le fatiche del percorso migratorio. La sofferenza del migrante emerge dunque per via dell'indebolimento, della rottura e della perdita dei legami familiari, della condizione di isolamento di cui fa esperienza, dei conflitti di coppia o delle problematiche legate alla genitorialità in contesto di migrazione.

Secondo le intervistate, dalle esperienze di sofferenza dei migranti senegalesi emerge sovente il ruolo che le matrici culturali esercitano sull'interpretazione del disagio. Le eziologie tradizionali trovano ampio spazio anche all'interno del *setting* clinico, soprattutto se di impostazione etnopsichiatrica o transculturale. Il riferimento alle interpretazioni autoctone della sofferenza può essere fatto non solo dal paziente, ma anche dalle stesse operatrici. Laddove intravedono una possibile rappresentazione tradizionale del malessere, esse non esitano a nominare per prime l'eziologia e le procedure terapeutiche, chiedendo al paziente ciò che è stato detto e/o fatto nel paese di provenienza in relazione all'insorgenza della sofferenza.

Se l'interpretazione tradizionale è avanzata in prima battuta, o comunque accolta dal paziente, può aprirsi un percorso di cura dato dalla complementarietà delle impostazioni terapeutiche. Il ricorso alle risorse provenienti dal paese di origine – materiali terapeutici, consultazioni a distanza e consigli di cura – e il compimento di viaggi di rientro sono considerati da alcune delle operatrici come strumenti attraverso cui armonizzare i legami tra “qui” e “là”. Allo stesso tempo, le operatrici evidenziano come le connessioni transnazionali siano accompagnate da una forte ambivalenza. Come nota una delle psicologhe intervistate, queste «ti fanno ammalare e ti salvano insieme». Se da una parte i soggetti intervistati individuano dunque nei legami transnazionali una fonte di stress e sofferenza

⁹ E' opportuno sottolineare che le realtà prese in considerazione promuovono interventi prevalentemente rivolti all'utenza migrante. Esse hanno quindi maturato nel corso della propria esperienza una forte attenzione nei confronti dell'alterità e della diversità culturale.

per il migrante – spesso investito di aspettative familiari di tipo finanziario, sociale, materiale e affettivo – dall'altra ne evidenziano il valore protettivo in termini di resilienza. Così, i legami transazionali entrano nel *setting* clinico non solo come materia dolorosa, ma anche come possibile strumento attraverso cui accedere a una molteplicità di risorse che, come si è visto, si rivelano preziose per lo svolgimento del percorso terapeutico.

In conclusione, le riflessioni avanzate dalle operatrici convergono sulla necessità di potenziare l'attenzione nei confronti della salute mentale delle popolazioni in movimento. In particolare, esse evidenziano la precarietà che spesso accompagna i progetti dedicati alla salute mentale dei migranti, spesso impossibilitati a offrire programmi di intervento continuativi a causa della limitatezza dei fondi a disposizione. Emergono inoltre la frammentarietà dei presidi attivi nella tutela della salute mentale dei migranti e l'esigenza di una maggiore omogeneità territoriale, considerata necessaria per garantire a questa particolare utenza il diritto alla salute e alle prestazioni sanitarie.

Riflessioni conclusive e prospettive di ricerca

Di fronte alla difficoltà di accedere ai servizi sanitari presenti sul territorio e alla diffidenza nei confronti dei percorsi psicologici e delle prese in carico psichiatriche, gli approcci terapeutici e le strategie di cura esistenti presso i migranti Wolof e Lébou si contraddistinguono per compiersi spesso al di fuori del sistema sanitario istituzionale.

I comportamenti, le strategie di cura e gli itinerari intrapresi esprimono innanzitutto la prospettiva transnazionale attraverso cui i migranti Wolof e Lébou si relazionano alla sofferenza, talvolta approcciata attraverso le teorie eziologiche tradizionali. Il mantenimento di forti relazioni con il paese di origine e la partecipazione multiforme di familiari, membri dell'*entourage* e figure religiose al percorso terapeutico permette di collocare i legami transazionali tra le risorse preziose a cui ricorrere nel momento in cui si rivela necessario far fronte all'insorgenza di forme di fragilità e sofferenza psichica in contesto di migrazione. Le connessioni transazionali, producendo forme di supporto tangibili e/o immateriali (Villa-Torres et al., 2017), rappresentano dunque una fonte di resilienza importante per rispondere alle necessità sociali e psicologiche dell'individuo sofferente. La dimensione transnazionale che accompagna le strategie di cura della popolazione migrante Wolof e Lébou si mostra inoltre attraverso forme di mobilità internazionale che coinvolgono tanto i materiali terapeutici quanto gli individui sofferenti: i primi viaggiano in direzione del paese di destinazione, i secondi si spostano alla ricerca di soluzioni verso il contesto di origine.

Il tema delle risorse comunitarie e del loro utilizzo in materia di salute mentale è estremamente presente anche all'interno dell'incontro clinico. Sebbene le operatrici della salute mentale intervistate mostrino una profonda attenzione nei confronti dei comportamenti attraverso cui la popolazione migrante si relaziona all'insorgere di forme di fragilità e sofferenza e promuovano interventi di cura rispettosi delle relative specificità socio-culturali, l'immagine restituita è quella di un sistema sanitario bisognoso di strumenti di intervento più adeguati per rispondere al multiculturalismo e alla diversificazione della domanda.

Al fine di stimolare una riflessione sulla salute mentale delle popolazioni in movimento alla luce del cambiamento qualitativo dei flussi migratori – che oggi si manifestano più spesso nella forma dell'esodo di profughi e richiedenti asilo – sarebbe interessante articolare un confronto più strutturato tra migranti di vecchio insediamento e ricongiunti da una parte, e migranti arrivati in epoca più recente come richiedenti protezione internazionale dall'altra. Se i primi emigrano prevalentemente per motivi economici seguendo contatti e reti sociali e immaginano un soggiorno temporalmente definito (Riccio, 2007), i secondi portano con sé un carico di avvenimenti traumatizzanti che includono non solo le esperienze antecedenti la migrazione, la fuga ed il viaggio, ma anche quelle post-migratorie. Come rilevato da un'operatrice della salute mentale, presso questi ultimi emergono, più che quelle culturali, le matrici universali della sofferenza, dettate *in primis* dalla negazione della dignità umana. A ciò si somma la condizione di vulnerabilità protratta dovuta all'attesa e all'incertezza della definizione dello status giuridico, che rappresenta un ulteriore fattore di rischio per la stabilità psicologica.

Inoltre, lo status giuridico accordato al migrante influisce sulla natura della relazione con il contesto di accoglienza, sulla capacità di quest'ultimo di farsi carico della domanda di salute e sulle possibilità di mobilità intra-nazionale e inter-nazionale, che rappresentano, come si è visto, importanti risorse per rispondere ai bisogni di salute. Sarebbe dunque pertinente chiedersi se il limitato accesso alla mobilità determini una riconfigurazione delle pratiche di

cura. Più precisamente, si tratta di esplorare se la riduzione delle possibilità di mobilità comporti un rafforzamento dei legami transnazionali, l'emergenza di pratiche terapeutiche ibride nel contesto di migrazione e/o stimoli, al contrario, un maggior utilizzo dei servizi sanitari presenti sul territorio. In conclusione, prestando attenzione alle modalità con cui i percorsi di cura interagiscono con le strutture di potere (Langwick et al., 2012), sarebbe auspicabile approfondire le modalità con cui il contesto della migrazione e le risposte istituzionali influiscono sulle esperienze di sofferenza psichica e sulle strategie adottate per farvi fronte.

Riferimenti bibliografici

Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S., "Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study", in *Ann. Ist. Super. Sanità*, 2013, Vol. 49, n°2, pp. 169-175.

Diop M., Zempléni A., Martino P., Collomb H., "Signification et valeur de la persécution dans les cultures africaines", *Extrait des Comptes Rendus du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française – LXII Session*, Marseille, 7-12 septembre 1964.

Kirmayer L., Ryder A.G., "Culture and Psychopathology", in *Current Opinion in Psychology*, 2016, 8, pp.143-148.

Kuittinen S., Mölsä M., Punamäki R.L., Tiilikainen M., Honkasalo M., "Causal attributions of mental health problems and depressive symptoms among older Somali refugees in Finland", in *Transcultural Psychiatry*, 54(2), 2017, pp. 211-238.

Langwick S. A., Dilger H., Kane A., "Introduction", in (edited by Dilger H., Kane A., Langwick S.A.) *Medicine, Mobility, and Power in Global Africa. Transnational Health and Healing*, Indiana University Press, 2012.

Levesque A., Rocque R., "Représentations culturelles des troubles de santé mentale chez les immigrants et réfugiés de l'Afrique francophone subsaharienne au Canada », in *Alterstice. Revue Internationale de la Recherche Interculturelle*, 5(1), pp. 69-82.

Mazzetti M., Geraci S., "Immigrazione e salute mentale. Violenza, psicotraumatologia, politiche per la salute e tutela assistenziale", in Perocco F. (a cura di), *Tortura e Migrazioni*, Edizioni Ca' Foscari, 2019, pp. 382-402.

Medici Senza Frontiere, *Traumi ignorati. Richiedenti asilo in Italia: un'indagine sul disagio mentale e l'accesso ai servizi sanitari territoriali*, 2016.

Petit V., "Retours contraints de migrants internationaux au Sénégal : dilemmes familiaux face à la maladie mentale", in *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 34, 2018/2, pp. 131-158.

Petit V., Ly M.A., Pizzolato G., "La migration internationale face à la santé mentale au Sénégal : récits, discours et imaginaires", in (sous la direction de C. Canut et C. Mazauric), *La migration prise aux mots*, Éditions Le Cavalier Bleu, 2014.

Rechtman R., "De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries", in *Hommes et Migrations*, n°1225, 2000, pp. 46-61.

Riccio B., "Toubab" e "Vu cumprà". *Transnazionalismo e rappresentazioni nelle migrazioni senegalesi in Italia*, Collana di Antropologia, CLEUP, 2007.

Salis E., Navarra C., "Una comunità di Associazioni. Rassegna della letteratura sull'associazionismo senegalese in Italia", FIERI, Working paper, 2010.

Simon M.J.N., Collomb H., Bartoli D., "Action psychiatrique en Afrique. Considérations générales", in *Concours Médical*, 1969, 91, 38, pp. 6527-6532.

Thiam M.H., Faye P.L., Karfo K., Sy A., Bâ I., Sylla O., Gueye M., "Particularités de la perturbation de l'identité chez les émigrés sénégalais. À propos de trois cas", in *Perspective Psy*, vol. 46, 2007, pp. 165- 172.

Tiilikainen M., "It's just like the Internet: Transnational Healing Practices between Somaliland and the Somali Diaspora", in (edited by Dilger H., Kane A., Langwick S.A.) *Medicine, Mobility, and Power in Global Africa. Transnational Health and Healing*, Indiana University Press, 2012.

Tiilikainen M., Kohen P.H., “Transforming the Boundaries of Health Care: Insights from Somali Migrants”, in *Medical Anthropology*, 30(5), 2011, pp. 518-544.

Villa-Torres L., et al., « Transnationalism and health : A systematic literature review on the use of transnationalism in the study of health practices and behaviors of migrants », *Social Science and Medicine*, 2017.

Zempléni A., “La thérapie traditionnelle des troubles mentaux chez les Wolof et les Lébou (Sénégal) ”, in *Social Science & Medicine*, 1969, vol. 3, pp. 191-205.

Zempléni A., “L’interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lébou (Sénégal)”, Thèse de 3e cycle, Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Paris, 1968.