

## Oltre l'idea del trauma nei contesti migratori Note per un intervento interculturale sulla molteplicità del sé

*Sara Passoni<sup>1</sup>, Giacomo Chiara<sup>2</sup>, Diego Romaioli<sup>3</sup>*

**Riassunto:** L'articolo propone una riflessione storico-critica sul concetto di 'trauma' e sulla categoria diagnostica del Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD). Dopo averne problematizzato l'uso all'interno dei contesti interculturali, vengono esplorate prospettive teoriche e metodologiche alternative capaci di restituire la complessità dei vissuti di chi si trova a vivere un viaggio migratorio. Verrà quindi presentato un case study con un richiedente asilo, nel quale vengono illustrate pratiche di intervento psicosociale e terapeutico che considerano l'organizzazione polifonica del sé, valutandone la pertinenza soprattutto in circostanze nelle quali il disagio dei migranti è costruito da significati e credenze spirituali caratteristiche di tradizioni culturali diverse da quella occidentale.

**Parole chiave:** migrazione, disturbo post-traumatico da stress, molteplicità del sé, case study, intercultura.

**Abstract:** The paper proposes a historical-critical interpretation of the concept of 'trauma' and of the diagnosis of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). After problematizing the use of these categories within intercultural contexts, alternative theoretical and methodological perspectives able to restore the complexity of the experiences of people who live a migratory journey are explored. A case study with an asylum seeker will be presented, in order to illustrate practices of psychosocial and therapeutic intervention that consider the polyphonic organization of the self. Final considerations on how these practices are particularly suitable when migrants' discomfort is constructed by meanings and spiritual beliefs characteristic of cultural traditions different from the Western one will be pointed out.

**Keyword:** migration, post-traumatic stress disorder, multi-being, case study, intercultural perspective.

### 1. Introduzione

Le persone che lasciano il proprio Paese di origine a causa di guerre e disastri e che chiedono protezione nel mondo occidentale sono in continuo aumento. Secondo l'Agenzia ONU per i rifugiati (UNHCR) ci sarebbero circa 80 milioni di persone sfollate in tutto il mondo. A partire dal 2013 i rifugiati provenienti da Medio Oriente, Asia Meridionale, Africa e Balcani Occidentali cominciarono a spostarsi verso l'Unione

---

<sup>1</sup> *Psicologa, psicoterapeuta.*

<sup>2</sup> *Psicologo, psicoterapeuta, PhD.*

<sup>3</sup> *(Corresponding author) PhD, ricercatore presso il Dipartimento FISPPA, psicoterapeuta presso il Centro SCUP, Università di Padova.*

Europea per richiedere asilo, viaggiando attraverso il Mar Mediterraneo oppure la Turchia e l'Europa sudorientale. L'Italia, essendo tra i territori maggiormente interessati da tali flussi, ha organizzato un sistema di accoglienza investendo nella creazione di strutture ad hoc per la gestione dei migranti. Nel corso degli ultimi anni, la normativa che disciplina il sistema di accoglienza in Italia ha subito molti cambiamenti. Quando i migranti arrivano in Italia sono accompagnati in centri di prima accoglienza (CPA), all'interno dei quali ricevono sostegno psicologico e assistenza alla salute. Qui sono valutate le condizioni di vulnerabilità psicologica, sono identificati e possono avanzare una richiesta di protezione internazionale<sup>4</sup>. Attualmente in Italia il sistema di accoglienza, rinominato sistema di accoglienza e integrazione (SAI), è organizzato su due livelli: al primo livello accedono i richiedenti protezione internazionale e al secondo livello, finalizzato all'integrazione, accedono tutte le altre categorie previste dal Decreto-legge 21 ottobre 2020, n. 130 (Disposizioni urgenti in materia di immigrazione, protezione internazionale e complementare, convertito con modificazioni in Legge 18 dicembre 2020, n. 173).

Nei centri di prima e seconda accoglienza si creano le condizioni per incontri interculturali: molte persone di diversa tradizione culturale, linguistica e religiosa si trovano nel medesimo luogo – che diviene frontiera simbolica. L'ONG Medici senza Frontiere, in accordo con il Ministero della Sanità del Governo italiano, ha elaborato strumenti per la valutazione della salute mentale e la cura per i rifugiati di recente arrivo in Sicilia. Lo studio così svolto sui richiedenti asilo arrivati alla frontiera di Lampedusa nel biennio 2014-15 (Crepet et al., 2017) documenta le condizioni della salute mentale, gli eventi potenzialmente traumatici e le difficoltà di vita post migratorie sperimentate. Tra le 385 persone migranti che si sono presentate per uno screening, il 50% hanno ricevuto una diagnosi di rilevanza clinica, e di questi il 31% presentava le caratteristiche sintomatologiche descritte dal disturbo da stress post-traumatico (PTSD).

Negli ultimi decenni del ventesimo secolo la comunità scientifica ha permesso una sempre maggiore espansione di tale diagnosi, con il proliferare di numerose riviste specialistiche (ad esempio il *Journal of Traumatic Stress*), conferenze dedicate, oltre che l'ideazione di specifiche forme di trattamento per tale condizione (ad esempio, il *Critical Incident Stress Debriefing* e l'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* o EMDR) (Baldwin et al., 2004). Il DPTS si compone di tre fattori organizzati tra loro secondo una catena causale: un evento 'terrificante' determina una 'ferita psicologica', di solito descritta come un ricordo traumatico, la quale si manifesta attraverso sintomi comportamentali (Ibidem). Il paradigma causalistico adottato fonda la propria ragion d'essere in ricerche e studi proposti ancora trent'anni fa dalla psichiatria psicoanalitica francese, quando gli esperti cominciarono a interessarsi a pazienti immigrati provenienti dalle ex colonie e residenti in Francia da molti anni.

---

<sup>4</sup> La procedura prevede che quando un individuo straniero arriva in Italia ha diritto a presentare una richiesta di protezione internazionale, come stabilito dalla Direttiva Europea 83 del 2004 recepita in Italia con il Decreto di Legge 251 del 2007. Il Richiedente protezione internazionale è colui che, allontanatosi dal proprio Paese di origine, presenta in un altro Stato domanda per il riconoscimento della protezione internazionale. La richiesta di protezione viene esaminata da una specifica commissione territoriale, la quale dopo aver convocato il richiedente asilo per l'audizione, può decidere se concedere o respingere la protezione internazionale. Nello specifico, può essere concesso l'asilo politico e quindi lo status di rifugiato, la protezione sussidiaria, e fino a qualche mese fa, anche la protezione umanitaria, eliminata però dal Decreto di Legge del 4 ottobre 2018 n.113.

Generalmente, la psicologia *mainstream* e la psicologia cross-culturale condividono i seguenti presupposti:

- i rifugiati/richiedenti asilo sono caratterizzati primariamente da una traumatizzazione;
- esiste una dicotomia “West versus the Rest” attraverso cui leggere i fenomeni di sofferenza psichica;
- viene condiviso il presupposto dell’universalismo psichico, vale a dire che i ‘traumi’ e la diagnosi di DPTS sono universalmente riscontrabili, al di là delle variabili relative al contesto culturale e sociale di provenienza di queste popolazioni.

Al contrario, la prospettiva interculturale pone al centro i significati e le esperienze dei migranti. Mantovani (2008) propone una differenza tra un approccio etnocentrico, ovvero l’insieme di credenze e convinzioni attraverso cui un gruppo definisce i propri sistemi organizzativi come superiori a quelli degli altri gruppi, e quello interculturale, che nasce e si fonda su una differente definizione di ‘culture’, ovvero leggendole come “conglomerati di risorse situate che le persone hanno a disposizione per dare senso alle proprie esperienze” (Mantovani, 2004, p. 16). Gli studi sulla clinica interculturale hanno portato a interessanti riflessioni, ad esempio hanno suggerito l’utilità di integrare, nella psicoterapia ‘occidentale’, anche sistemi di cura tradizionali. Le pratiche magiche, i rituali, le credenze religiose, infatti, fanno parte della storia degli esseri umani sin dall’antichità: la necessità di dare ordine all’ignoto, a ciò che non è spiegabile, è presente sin dalla preistoria e in tutte le civiltà successive. Dinanzi a eventi percepiti come incontrollabili e ingestibili l’individuo cerca di fornire spiegazioni che possano permettere una forma almeno parziale di controllo della situazione. In altre parole, “le superstizioni e le credenze delle tradizioni pagane sul potere della magia configurano la magia stessa come un costrutto semiotico complesso, che predispone le varie rappresentazioni sulla malattia, sulle forze oscure, sull’occulto, e quelle relative ai riti protettivi, all’interno di un processo circolare ed ermeneutico, dove innumerevoli giochi linguistici guidano la negoziazione dei significati, delle varie percezioni di sé e della propria relazione con il mondo ‘magico’”(Chiara, 2011, pp. 145-6). Pertanto, le pratiche che potremmo definire magiche “possono essere configurate come delle specifiche costruzioni e invenzioni umane che gruppi sociali condividono al fine di controllare fenomeni ed eventi altrimenti non intellegibili, rese possibili solo all’interno degli specifici contesti in cui non solo tali pratiche sono state generate e condivise ma anche dove il disagio e il malessere psicologico acquistano un senso e un significato condiviso” (Chiara, 2017, p. 36). In gran parte delle etnie africane la credenza nella magia e nelle forze è profondamente radicata e si intreccia con le religioni ufficiali importate dalle colonizzazioni e dalle invasioni da parte di altri popoli. Secondo tali tradizioni i poteri magici non possiedono inizialmente alcuna valenza specifica: è la finalità con cui vengono impiegati dagli stregoni e dai guaritori tradizionali a differenziare tra magia bianca, utilizzata per fini benefici, e magia nera, la cosiddetta stregoneria (Dammann, 2017). A tale categoria appartengono le maledizioni a cui la persona può far fronte o con una serie di rituali che richiamano entità sovrannaturali e spiriti oppure con l’aiuto di amuleti e oggetti con proprietà magiche. Attraverso la presentazione di una storia clinica affrontata presso un Centro di Accoglienza Straordinario (CAS), l’articolo propone una riflessione teorica e metodologica per integrare pratiche interculturali entro percorsi di psicoterapia con

miranti, soprattutto in circostanze nelle quali il problema presentato viene configurato con significazioni che rinviano al mondo della magia e degli spiriti o ad altre credenze locali tipiche della cultura di provenienza del migrante.

## **2. Il DPTS: psicologizzazione del trauma e il costrutto di stress**

Come sopra indicato un'elevata percentuale di migranti che raggiungono le coste italiane ricevono la diagnosi di Disturbo Post Traumatico da Stress. Tale etichetta viene fatta risalire ad un'opera pubblicata nel 1867 da John Eric Erichsen il quale definì tutti quei malesseri psicologici di pazienti feriti durante incidenti ferroviari con il nome di 'spina dorsale del ferroviere', attribuendo tale patologia a lesioni organiche alla spina dorsale. Charles Samuel Myers nel 1940 ipotizzò invece, a partire dagli studi di Janet (1904) e Charcot (1887), che tali sofferenze fossero causate puramente da aspetti emotivi, immaginando un legame tra l'esperienza traumatica e il costrutto ampiamente utilizzato all'epoca di 'isteria'. La diagnosi di DPTS e la sua sistematizzazione è infatti strettamente connessa al processo di psicologizzazione a cui il costrutto di trauma andò incontro a partire dall'800. Tale termine fu impiegato per la prima volta in ambito medico a partire dal diciassettesimo secolo per descrivere una lesione prodotta nell'organismo da un qualsiasi agente capace di azione improvvisa, rapida e violenta (Simpson et al., 1989). A partire dall'800, con la nascita della psichiatria, l'approccio medico fu esteso anche alla psicologia: compito del clinico diventò quindi quello di identificare e poi successivamente eliminare le cause specifiche della malattia per ristabilire lo stato di salute. Come un medico svolge diagnosi di trauma fisico, così uno psicologo può fare diagnosi di trauma psicologico.

Spesso ci si dimentica infatti che l'idea di 'trauma psicologico' sia usata in chiave metaforica nell'ambito psicologico (Summerfield, 2001). Freud, Janet e Charcot (Leys, 2000; Young, 1995), a partire dagli studi sull'isteria svolti alla Salpetriere, furono tra i primi a rafforzare – e forse a reificare – questa idea, affermando che “insopportabili reazioni emotive a eventi traumatici producevano un alterato stato di coscienza che a sua volta induceva i sintomi isterici” (Herman, 1992 p. 25). All'alba del ventesimo secolo, la psicologizzazione del trauma fu pressoché completa (Hacking, 1995). La prima sistematizzazione del DPTS fu compiuta nel 1952 con la prima edizione del DSM, pubblicato in coincidenza con la guerra di Corea. Rispetto all'eziologia, il DPTS veniva descritto come scatenato da eventi ambientali insoliti in pazienti geneticamente predisposti. Nel DSM-II (1968) la diagnosi scompare dal Manuale mentre permane nell'ICD 9 (1978). Solo nel 1980 si ha una prima sistematizzazione della diagnosi di DPTS nel DSM-III. La diagnosi di PTSD venne introdotta da una sottocommissione della DSM III task force in seguito alle forti pressioni esercitate dalle lobby dei veterani di guerra e di alcuni psichiatri, quali Chaim Shatan, Robert J. Lifton e dai loro collaboratori (Scott, 1990; 1993). I due psichiatri, in quanto attivisti contrari alla guerra del Vietnam, si occuparono di organizzare gruppi di autoaiuto per veterani in collaborazione con la più grande organizzazione di attivisti contrari all'intervento statunitense, la *Vietnam Veterans Against the War*. Scopo di tali ricerche era quello di dimostrare gli effetti negativi del conflitto, mettendo in evidenza la relazione tra le problematiche sviluppate dai veterani e le caratteristiche della guerra in Vietnam. Tali gruppi erano spinti dalla necessità di un riconoscimento formale da parte delle assicurazioni sanitarie private e dal sistema della *Veteran Administration*: senza, infatti, una classificazione nosografica precisa delle

sindromi stesse, spesso gli enti si rifiutavano di provvedere al rimborso spese delle terapie. Sulla base di questa esperienza, Shatan e Lifton sistematizzarono la sindrome che venne denominata inizialmente *Post Vietnam Syndrome* e costituirono così il *Vietnam Veterans Workin Group* che aveva la funzione di fornire dati alla DSM-III Task Force: venne così inoltrata alla sottocommissione che si occupava dei disturbi reattivi la proposta di inserire all'interno del Manuale, la diagnosi di 'disturbo di stress da catastrofe'. È interessante osservare come i dati rilevati dai due psichiatri risultassero inficiati dal fatto che il campione raccolto di veterani del Vietnam fosse composto da quei soldati che, ritornati dalla guerra, si affiliarono all'organizzazione VVAW, con la quale questi condividevano principi e ideali contrari al conflitto. Attraverso la legittimazione sociale e medica/psicologica del Disturbo Post Traumatico da Stress, negli Stati Uniti fu possibile offrire ai Veterani di guerra sostegno psicologico, consulenze e cure terapeutiche. Nacquero numerosi Centri per Veterani specializzati nell'erogazione di questi e molti altri servizi dedicati ai soldati ritornati dalla guerra del Vietnam, la maggior parte dei quali ricevettero la nuova diagnosi di PTSD. Nelle edizioni successive del manuale diagnostico, i criteri necessari a porre diagnosi di PTSD subirono ulteriori modifiche. Nelle differenti edizioni del DSM, progressivamente, venne dato sempre maggior rilievo all'evento catastrofico: mentre infatti la diagnosi del disturbo nel DSM-III richiedeva la presenza di "eventi che avrebbero originato sintomi di disagio nella maggior parte delle persone" (APA, 1980, p. 238), con il DSM-IV venne rimosso l'accento sulla straordinarietà del trauma, definendolo come un "evento che ha implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri" e a cui fa seguito una risposta che "comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore" (1994). Poiché i veterani erano interessati a certe problematiche, che dal loro punto di vista erano connesse in modo specifico alla guerra, il fatto di riuscire a ottenere una nuova diagnosi richiese da parte loro il raggiungimento di compromessi politici con gruppi affiliati che cercavano di estendere il concetto di PTSD alle vittime di catastrofi naturali, ai superstiti dell'olocausto, alle vittime di incendi e ad altre persone che cercavano un aiuto per adattarsi a eventi catastrofici di vario tipo (Scott, 1993). La connessione, quindi, tra 'trauma psicologico' e specifici eventi, quali ad esempio la guerra in Vietnam, divenne più debole dal momento che si dovette arrivare a dei compromessi per includere il PTSD nel DSM. Tale espansione ebbe un riflesso nella trasformazione dei criteri del manuale: a partire da tale revisione rientrarono, infatti, in questa definizione non solo eventi bellici o catastrofi naturali, che fino ad allora erano i traumi maggiormente considerati, ma anche un'ampia serie di esperienze quotidiane, sperimentate dalle persone con grande frequenza. Attualmente sempre un maggior numero di persone può rientrare nella diagnosi di DPTS: allargando infatti la categoria degli eventi qualificabili come traumatici è aumentato il rischio di sintomi post traumatici. Gli aspetti biologici e fisiologici connessi all'evento traumatico vissuto furono introdotti nella diagnosi attraverso l'impiego del costrutto di 'stress'. Il termine stress in ambito psicologico-medico venne impiegato per la prima volta da Selye, il quale definiva tale costrutto come una complessa reazione biologica dell'organismo a qualunque stimolo. L'autore, in un articolo sulla rivista *Nature* (1936), chiamò questa reazione *General Adaptation Syndrome* (GAS) e la distinse in tre momenti fondamentali: 1. una reazione di allarme, caratterizzata da un primo momento di shock (in cui prevale l'attivazione del sistema parasimpatico) e da un successivo contro-shock (in cui l'attivazione del

simpatico provoca invece un aumento della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca, una vasocostrizione periferica, con riduzione del flusso ematico a livello splancnico e aumento invece in altri distretti); 2. la fase di resistenza, durante la quale l'organismo continua la propria difesa cercando una forma di adattamento e di compensazione; 3. la fase di esaurimento, a cui si giunge se la fase precedente dura troppo a lungo: in questo caso si determina uno stato di esaurimento dei vari sistemi coinvolti che può comportare danneggiamenti di grado variabile a livello somatico. Selye (1936) propose quindi la reazione di stress come un tentativo da parte dell'organismo di neutralizzare uno stimolo quando questo determina un'alterazione eccessiva della sua normale attività. A partire dalla configurazione di stress come reazione fisiologica del corpo rispetto a certi eventi, furono osservate tutte quelle alterazioni dei ritmi biologici ad esso associate, ipotizzando come queste potessero rappresentare il ponte tra disturbi biologici e disturbi psicologici conseguenti a eventi traumatici. Lo stress fu quindi indicato come il precipitato fisiologico del trauma che, in ottica meccanicista, provoca i sintomi connessi alla patologia. L'operazione che il Manuale Diagnostico definì a-teorica fu invece solo apparente: con l'impiego del costrutto di trauma, venne adottata una teoria di tipo bio-fisiologico, definendo il 'trauma psicologico' attraverso concetti mutuati dal mondo della medicina e della fisiologia.

### **3. Prospettive teoriche per un intervento interculturale**

L'intervento che di seguito verrà illustrato si ispira alla prospettiva interazionista (Salvini, 1998) e ad alcuni orientamenti teorico-metodologici che contemplano un'idea del sé come prodotto sociale e relazionale, la cui organizzazione emerge come molteplice e dipendente dai contesti (Gergen, 2008; Romaioli, 2013). Secondo tali teorizzazioni, infatti, l'identità della persona non è in alcun modo separabile dalla presenza dell'Altro. Per Mead (1966), il sé non è altro che l'effetto di un processo interattivo con gli altri significativi caratterizzato da un dialogo tra l'Io e il Me, che permette alla persona di divenire oggetto a sé stessa, e quindi di percepirsi e valutarsi attraverso l'assunzione e l'interiorizzazione del punto di vista dell'altro. Tale posizione riflette in parte l'idea di James (1950): la persona ha tanti sé sociali quanti sono gli individui che lo riconoscono, ne possiedono un'immagine nella mente, e che per lui/lei sono importanti (1950). In quanto "articolato sistema di rappresentazioni unificate di sé, e mediate da un ruolo" (Salvini, 1998, p. 160), il sé non è definito come un'entità oggettiva di esclusiva proprietà della persona ma risiede nella struttura normativo simbolica e nelle regole che governano l'interazione. La nostra esperienza emerge quindi come riflesso dei diversi ruoli o posizioni che giochiamo in un più ampio sistema di relazioni. A questo proposito, Hermans (2001) suggerisce l'utilità di distinguere tra posizioni interne, date dai ruoli che assumiamo in relazione ad altri (ad esempio 'io come marito', 'io come figlio', 'io come persona simpatica', ecc.) ed esterne, le quali includono i differenti altri con i quali siamo soliti interagire e che siamo in grado di evocare dentro di noi. Le posizioni interne sono posizioni che emergono all'interno di un dialogo con posizioni esterne e si configurano come parte di un repertorio personale del sé. A livello terapeutico, la metafora della molteplicità può essere utilizzata per mettere le persone nella condizione di raccontare delle storie come se fossero dialoghi tra diversi personaggi (Romaioli, 2013) e le comunicazioni del terapeuta diventano un'occasione per mettere in relazione le diverse voci che abitano il sé, creando i presupposti necessari al cambiamento.

#### 4. Un case study

##### 4.1 Trauma o maledizione?

Di seguito verrà presentata la storia del sig. D., un giovane ragazzo guineano di circa 20 anni, arrivato in Italia nel 2016. L'anno prima abbandona il suo piccolo villaggio in Guinea Conackry dopo aver accidentalmente causato la morte di un ciclista in un incidente automobilistico. Per questo incidente, il sig. D. ha ricevuto numerose minacce dalla famiglia della vittima, e decide di fuggire dal suo Paese, in cui lascia genitori e fratelli, per rifugiarsi in Libia. Scampato più volte a conflitti armati, tentativi di rapina e pestaggi, lavora in un lavaggio auto per quattro mesi, riuscendo così a guadagnare i soldi per pagarsi il viaggio verso l'Italia. La traversata del Mediterraneo dura circa quattro giorni a causa delle correnti che ciclicamente li allontanano dalla costa, ma grazie all'intervento della guardia costiera viene portato in salvo: il suo viaggio termina in un centro di accoglienza per richiedenti asilo (CAS) a Cona, in provincia di Venezia, Italia. Il sig. D. si presenta spontaneamente al Servizio Psicologico del centro di accoglienza dopo aver già svolto alcuni colloqui con una psicologa, la quale annotava un forte stato di sofferenza psicologica ed episodi di ansia connessi al 'trauma migratorio'<sup>5</sup>. Successivamente si ripresenta per chiedere aiuto in quanto non riesce più a gestire gli episodi di ansia diventati più frequenti e disturbanti. E' a quel punto che il sig. D. rivela una sua particolare preoccupazione: crede di aver ricevuto una 'maledizione'. Egli teme di essere stato oggetto di un *serigne*, un particolare tipo di maledizione frutto di magia nera presumibilmente inflittagli dalla famiglia del ragazzo che ha ucciso e che progressivamente lo sta portando a diventare "pazzo" e a "perdere il suo *esprit*". La preoccupazione principale del sig. D. consiste nel fatto che per sciogliere la maledizione occorre uno specifico rituale ad opera di un *native doctor* del suo villaggio. Tuttavia, trovandosi ora in Italia, questo diventa impraticabile. E 'da notare che il racconto sull'esistenza degli spiriti assume significati diversi a seconda del posizionamento che assume il suo sé di volta in volta: come 'abitante del villaggio' crede agli spiriti e al rituale per liberarsene; come 'musulmano in Italia' esprime delle incertezze sul rituale e sul possibile giudizio negativo della comunità islamica in Italia; come 'rifugiato' presso il centro di accoglienza descrive il suo timore come l'esito di una malattia mentale. Il sig. D. pertanto si trova in uno stato di confusione, diviso tra differenti sé e diverse realtà: da una parte le credenze e i valori propri della tradizione culturale del suo paese nativo, dall'altra lo sguardo giudicante di una comunità a cui vorrebbe appartenere e che valuta negativamente queste credenze rispetto agli spiriti. In conseguenza a questa situazione, il sig. D. decide di non frequentare più contesti religiosi e di limitare le sue relazioni con gli altri per paura di giudizi negativi, trascorrendo il proprio tempo a letto "senza fare nulla". Tale condizione costituisce un ostacolo al processo di integrazione del sig. D: egli vorrebbe infatti avere la possibilità di iniziare una nuova vita in Italia, trovare un lavoro e potersi integrare, ma imponendosi un isolamento forzato, tali obiettivi diventano impraticabili. Tenendo conto dei dati anamnestici e della sintomatologia presentata dal

---

<sup>5</sup> La clinica transculturale descrive il fenomeno migratorio non solo come un "avvenimento psicologico potenzialmente traumatico" ma anche come "un'interruzione del rapporto di continuo scambio e rafforzamento reciproco tra cultura esterna e cultura interna, impedendo quella forma di rispecchiamento che permette di mantenere viva la capacità del sistema culturale interno di orientarsi nel mondo e di dare senso all'esperienza. Per questo la clinica transculturale parla di trauma migratorio. Migrare significa andare in un paese nel quale, per gli altri, la maggior parte di quello che la persona pensa non ha senso... Questa è un'esperienza traumatica, di rottura, di fragilizzazione per tutti i migranti" (Cattaneo, 2010, p. 5).

sig. D., sarebbe stato possibile rilevare molti dei criteri descritti nel DSM per la diagnosi di PTSD. Tuttavia, la terapeuta<sup>6</sup> che si è fatta carico della situazione ha orientato il suo intervento tenendo conto dei suggerimenti propri delle teorie sopra esposte, e quindi riconsegnando valore e ascolto alle parti di sé del suo interlocutore, con l'obiettivo di dilatare le possibilità di comprensione e di ricostruzione dei suoi vissuti e significati a partire dal quadro di riferimento, non del diagnosa, ma della tradizione culturale alla quale appartiene il migrante. I colloqui sono stati svolti in lingua pulaar (una lingua della famiglia fula, parlata in Guinea, Senegal e in Africa Occidentale) con l'aiuto di un mediatore originario anch'esso della Guinea Conackry<sup>7</sup>. Gli estratti di testo riportati di seguito sono ricostruzioni degli appunti presi dalla terapeuta durante i colloqui. Nello specifico, l'intervento che verrà illustrato è stato suddiviso in tre fasi principali: 1) esplorare le voci del sé; 2) creare un dialogo tra le diverse voci; 3) riequilibrare i giochi di dominanza tra le voci del sé.

#### *4.2 Esplorare le voci del sé*

Nei primi colloqui svolti con il sig. D. si è ricostruita la storia di vita presentata alla luce delle varie rappresentazioni di sé che venivano evocate nel racconto. Le narrazioni sono difatti popolate da differenti posizionamenti che danno voce a credenze, valori e piani di vita differenti e che necessitano di essere inizialmente distinte per poter comprendere e meglio valutarne i conflitti. Dai primi resoconti emergono almeno tre posizionamenti interni:

- "io come persona maledetta";
- "io come vero musulmano";
- "io come futuro cittadino italiano".

Tali ruoli entrano in dialogo con alcune posizioni esterne:

- "la famiglia di origine e la comunità del villaggio in Guinea Conackry";
- "la comunità musulmana nel centro di accoglienza";
- "gli operatori presenti nel CAS".

Ciò che viene presentato come problema può essere riletto come un conflitto tra queste tre posizioni interne e i relativi contesti relazionali a cui appartengono (cfr. Chiara & Romaioli, 2021).

#### *4.3 Creare un dialogo tra le voci del sé*

Durante gli incontri successivi viene proposto al sig. D. l'utilizzo di una metafora.

---

<sup>6</sup> Il primo autore del presente articolo è la psicoterapeuta che ha gestito clinicamente la situazione.

<sup>7</sup> In un setting interculturale complesso, come quello rappresentato dai centri di accoglienza, è necessario lavorare in team e in modo sinergico con i mediatori culturali, specialmente quelli appartenenti alla medesima tradizione culturale del migrante. Qualora possibile è importante comunicare nella lingua madre del cliente (Chiara, 2017; Chiara & Romaioli, 2021).

*T: Da quello che mi hai detto mi pare di aver capito che è un po' come se ci fossero tre fratelli<sup>8</sup> in un villaggio che ti stanno dicendo delle cose molto diverse sulla tua situazione ... è così? [...] Posso capire proprio la tua confusione! Ognuno dice una cosa diversa, tutti sono persone importanti per te... vorresti ascoltare tutti ma queste opinioni ti confondono.*

La scelta di introdurre tale metafora è data dalla necessità di condividere con il sig. D. un sistema di riferimento che potesse essergli utile per riconoscere prima, e mettere ordine poi, alla molteplicità che sperimenta. Viene chiesto quindi, per poter meglio delineare la rilevanza di queste tre ruoli nella sua vita, di descrivere tali posizioni, assegnando loro dei nomi: Serigne, Mohamed, Massimo. Quanto sopra esposto può essere in parte ascrivibile alla procedura di 'esternalizzazione del problema'<sup>9</sup> praticata nelle terapie narrative (White, 2007): il problema originato dalle rappresentazioni di sé in contrasto tra loro, viene posto 'al di fuori', rendendolo un'entità riconoscibile e separata dalla persona. La disarmonia tra le rappresentazioni di sé diventa quindi, attraverso questa metafora, una discussione tra tre fratelli. Viene chiesto al sig. D. di offrire una caratterizzazione di Serigne, Mohamed e di Massimo attraverso dei disegni con i quali poter raffigurare ciascuno; viene chiesto di specificare le ragioni che li animano, i piani e i progetti, così come le modalità attraverso le quali ciascuno rischia di ostacolare l'altro nel raggiungimento dei propri obiettivi (viene scelto di impiegare il disegno come medium espressivo dato il basso livello di scolarizzazione e la preferenza segnalata dal sig. D verso questo strumento).

Attraverso la messa in scena di un dialogo tra i tre personaggi il sig. D. riconosce come il conflitto tra Mohamed, Massimo e Serigne in questo momento gli stia impedendo di risolvere la situazione come vorrebbe:

*C: "Se l'imam o qualcuno qui scoprisse questa cosa, che credo negli spiriti, che ho fatto dei rituali, chissà cosa penserebbero di me! [...] Che sono uno stupido davvero, oppure peggio, che non sono un buon musulmano!"*

Nell'interpretare i diversi personaggi, il sig. D indossa le lenti della comunità che in quel momento lo sta guardando: da una parte abbiamo il villaggio di origine, dall'altra la comunità musulmana e infine gli operatori italiani. Egli riconosce come il problema si sia generato solo dopo il suo arrivo in Italia e dopo essersi interfacciato con la comunità musulmana del campo profughi e il gruppo degli operatori italiani, di cui vorrebbe far parte, mosso dalla convinzione che "se mi voglio integrare in Italia, oltre a lavorare e avere una famiglia qua, devo anche diventare un po' italiano". Il contesto culturale e normativo in cui si sta muovendo permette alle due rappresentazioni di sé "io come

---

<sup>8</sup> Il termine fratello viene utilizzato non per descrivere un legame di sangue ma un forte legame che intercorre tra due persone. Tale termine è difatti spesso usato con questa accezione nei paesi africani. È stato scelto di impiegare la metafora dei tre fratelli in quanto parlare di 'dialogo interiore' rischiava di risultare inefficace e di difficile comprensione per l'interlocutore (tale scelta è stata discussa inoltre con il mediatore).

<sup>9</sup> Michael White (2007), uno dei maggiori sviluppatori della terapia narrativa, a partire dal processo di esternalizzazione, si focalizza sulle narrazioni fornite dalle persone ai loro problemi, che descrive come saturate dal problema. Il processo di esternalizzazione aiuta i componenti della famiglia a separare se stessi e le loro relazioni dal problema, permettendo così di descrivere se stessi, gli altri e le loro relazioni da una prospettiva nuova e non dalla solita visuale saturata dal problema.

musulmano” e “io come futuro cittadino europeo” di essere maggiormente ascoltate e di assumere un ruolo predominante.

#### *4.4 Riequilibrare i giochi di dominanza tra le voci del sé*

In questa fase della terapia, viene chiesto al sig. D. di anticipare le implicazioni di quanto potrebbe accadere se alcuni ruoli ne sovrastassero costantemente degli altri, impedendo loro di esprimersi: “*se una persona, ad esempio, sa come coltivare meglio il grano rispetto ad un'altra, l'altra lo deve ascoltare... altrimenti il grano non cresce...*”. A partire da tale suggestione si rende evidente al sig. D. la necessità di accordare le diverse voci tra loro. Due sono infatti gli scenari possibili: uno in cui le voci del sé trovano un modo per armonizzarsi tra loro; l'altro in cui, la tendenza a competere di ciascuna posizione, rischia di generare il cosiddetto ‘sé monologico’ (Hermans & Dimaggio, 2007), ossia una storia che egemonizza i vissuti di una persona, impedendole di far emergere altre storie più adeguate. Durante i colloqui vengono così proposte domande che invitano il sig. D. a mettere in dialogo i ‘tre fratelli’ e a trovare situazioni di compromesso e di parziale intesa tra i vari punti di vista implicati con la finalità di sfumare il conflitto tra loro. Di seguito viene riportato uno stralcio di dialogo come esempio.

*D: Secondo me la maledizione è molto legata ai sogni ... nei giorni che appaiono meno riesco a fare molte cose ...*

*T: Spiegami meglio ...*

*D. A volte mi sento benissimo! Mi sento proprio forte... Penso che forse la maledizione non ci sia, che Allah è con me...*

*T. Poi cosa succede?*

*D. Dopo ad un certo punto smetto di fare perché tornano i sogni...*

*T. Quindi mi stai dicendo che quando non fai questi sogni fai delle cose... e se provassimo a pensarla al contrario? Cioè... che quando fai delle cose poi sei più tranquillo, ti senti più forte? In Italia usiamo un detto: “Aiutati che il cielo ti aiuta”. Secondo te Allah, quando ti osserva mentre ti impegni, aiuti gli altri, studi, cosa pensa?*

*D. Che sono un bravo musulmano [prima voce: io come musulmano]... Sai tante volte ho pensato al perché Allah mi abbia fatto sopravvivere, anche dopo il viaggio in barcone... è stato molto brutto, molte persone sono cadute in mare e sono morte...*

*T. Tu però sei sopravvissuto... Che risposta ti sei dato a questa domanda?*

*D. Non lo so... magari Allah ha un disegno per me, sono sopravvissuto perché devo fare qualche cosa... Però non lo so, non sono così sicuro...*

*T. Se dovessi immaginare questo disegno che Allah ha per te, immaginandoti come futuro cittadino italiano, cosa disegneresti?*

*D. Beh sicuramente come futuro cittadino italiano vorrei vivere come gli italiani [seconda voce: io come italiano], avere una famiglia, lavorare e diventare anche un po' italiano ...*

*T. Secondo te questi sogni cosa potrebbero voler dire? Se consideriamo che Allah ti ha aiutato ad attraversare il deserto, ti ha aiutato a sopravvivere al viaggio in mare e poi, arrivato qua, vede che quella energia che tanto avevi prima non c'è più?*

*D. Forse come dicevo l'altra volta Allah sta cercando di mandarmi un messaggio, di dirmi qualcosa... Forse la persona vestita di bianco che viene a trovarmi in sogno può essere un imam... e non un fantasma che mi perseguita [terza voce: lo come persona maledetta].*

*T. Cosa ne pensi se immaginiamo un confronto su questo tra i tre fratelli, magari alla presenza di un capo famiglia?*

*D....*

Facendo propria nel tempo la metafora del villaggio, al sig. D viene presentata la possibilità di coordinare le interazioni tra i tre fratelli attraverso l'introduzione di una nuova posizione, ossia quella del 'capo-famiglia'. Avvalendosi di tale metafora viene condiviso con il sig. D. un rituale che egli possa usare per gestire le differenti opinioni e voci dentro di sé e che gli permetta di assumere un ruolo attivo rispetto alle sue decisioni, ascoltando vicendevolmente i differenti personaggi che popolano la sua nuova vita come quella precedente in Guinea. Viene suggerito al sig. D., ogni sera, dopo essere andato a letto di prendere i disegni ed, evocando i fratelli e il capofamiglia, di simulare un incontro "intorno al fuoco" tra lui e i tre personaggi per discutere quanto avvenuto durante la giornata: per facilitare tale momento gli viene fornita una torcia e chiesto di iniziare questa consultazione solo dopo essersi recato in cucina per prendere una camomilla (egli infatti aveva spiegato nel descrivere questi momenti come fossero solitamente accompagnati dal rito del tè).

Al colloquio successivo, dopo aver messo in scena tale rituale, la terapeuta invita il sig. D. a contattare il fratello in Guinea per chiedere il parere di un native doctor allo scopo di accertare che la maledizione non fosse stata scagliata. Dopo qualche scambio, compare una missiva ufficiale nella quale l'esperto di magia scongiura il rischio della maledizione. Allo stesso tempo, il sig. D. è stato invitato a condividere quanto stava vivendo con un imam, il quale gli suggerisce alcuni rituali da svolgere all'interno del CAS. Nei colloqui successivi il sig. D. si presenta al servizio con alcune criticità che sono state gestite proficuamente nel dialogo interculturale. Nello specifico, ha avuto la possibilità di seguire uno stage lavorativo, ma questo comportava il fatto di non poter seguire rigidamente la ṣalāt, ovvero la preghiera islamica. In questo caso, la voce dominante che segnalava la preoccupazione era 'lo come musulmano', la quale ignorava le intenzioni delle altre posizioni e il dialogo con il capo famiglia. Per cui, mettendo in scena il dialogo tra i fratelli e il capo famiglia, in cui ognuno è stato inviato ad esprimere un parere, si è giunti alla conclusione che si può essere un vero musulmano sostituendo le preghiere che non riusciva a fare con delle preghiere volontarie (du'ā) che avrebbe concordato con l'imam. Non solo, in accordo con quest'ultimo avrebbe seguito in modo scrupoloso il periodo di Ramadam<sup>10</sup>. In questo modo, non solo si è trovato un accordo soddisfacente tra le varie voci del sé, ma è stato possibile per il sig. D. effettuare lo stage lavorativo per trovare lavoro in Italia e iniziare a costruire la nuova rappresentazione di sé come futuro cittadino italiano.

---

<sup>10</sup> Secondo la pratica islamica, il Ramadan è il mese in cui si pratica il digiuno in commemorazione della prima rivelazione del Corano a Maometto. Questa ricorrenza annuale è considerata uno dei Cinque Pilastri dell'Islam e il digiuno è un precetto religioso per i musulmani adulti.

## 5. Discussione e conclusioni

Con il lavoro illustrato si è tentato di mettere in luce come, nei contesti interculturali, sia necessario gestire le contrapposizioni tra le diverse parti di sé che i migranti sperimentano, tenendo conto dei differenti sfondi culturali e normativi a cui partecipano e che possono implicare sofferenze psicologiche, forme di disadattamento o conflitti di ordine morale e spirituale. In tale lavoro si è cercato di dare voce a tutte quelle rappresentazioni di sé che sono emerse come rilevanti nella storia narrata del problema, generando un dialogo che potesse essere utile alla persona per risolvere la situazione. Allontanandoci da una visione etnocentrica ove i problemi vengono analizzati a partire dal sistema di riferimento dell'operatore, si è lavorato con la persona per co-costruire strumenti che gli permettessero di aprire un dialogo tra mondi separati e spesso non comunicanti: da una parte quello spirituale, rappresentato dal suo villaggio e dalla tradizione culturale condivisa nella terra di origine; e dall'altra quello religioso, condiviso nella comunità musulmana e dell'imam. A questi due contesti che fungono da fucina per specifiche voci del sé, si aggiunge una rappresentazione nuova che è data dal divenire 'cittadino italiano' e che implica l'immersione in un ulteriore contesto normativo ancora più ortogonale a quelli abitati sino ad allora. Utilizzando la metafora dei fratelli nel villaggio, il sig. D. trova la possibilità di muoversi e di entrare in dialogo con questi mondi, trovando ponti di interconnessione e orientandosi nel molteplice in modi funzionali a perseguire il proprio benessere: ad esempio, decide di seguire le prescrizioni dell'imam per una propria salvaguardia morale che sia compatibile con le attività della sua nuova vita italiana, ma allo stesso tempo richiede un parere al guaritore tradizionale per essere tranquillizzato rispetto alla maledizione. Come hanno proposto alcuni autori (Wagner e al. 2000), i migranti si trovano spesso in una condizione di 'polifasia cognitiva', ovvero ospitano credenze culturali e punti di vista non necessariamente coerenti tra di loro, essendo mutuati da distinti contesti di appartenenza. Pertanto, forme di adattamento possono essere incrementate e perseguite sia ricercando una maggiore comunicazione e armonizzazione tra questi contesti, sia rispettando le peculiarità che ciascuno mondo di significato mette a disposizione e talvolta prescrive agli individui che lo abitano. Muoversi in una prospettiva interculturale vuol dire pertanto dare rilevanza alla moltitudine di significati portati dal migrante, il quale può trovarsi a vivere gli effetti perturbanti di quel terremoto identitario che è dato dall'incontro tra valori, credenze e sistemi di pensiero differenti (Salvini & Romaioli, 2016).

Aver accomunato il trauma psicologico allo stress ha comportato la creazione di un'etichetta diagnostica, quella del DPTS, che rischia di mantenere il lavoro psicologico entro una prospettiva correttiva ed etnocentrica, impedendo ai professionisti di comprendere i mondi di significato abitati dal proprio interlocutore. Lavorare in contesti interculturali richiede invece di affinare le proprie conoscenze rispetto alle altre culture, non intese come statici monoliti non soggetti al cambiamento, ma come mondi che si delineano sulle frontiere e che emergono in modo cangiante ogni volta che si realizza l'incontro con l'altro.

Prendendo le distanze dai riduzionismi come quelli connessi alla definizione del concetto di 'trauma', la psicologia può essere intesa come una scienza che necessita di metafore dal momento che i suoi eventi, non essendo oggetti, appartengono sempre al campo del discorso: "una carta topografica sta al territorio come ogni rappresentazione metaforica

sta a ciò che non è altrimenti accessibile, e che per essere comunicato necessita di un medium discorsivo” (Faccio & Salvini, 2007, p. 124). Uno dei maggiori rischi per lo psicologo è dunque la reificazione, che nascondendo la natura convenzionale di un evento, lo trasforma in una realtà effettiva, come quando il ‘trauma psicologico’ viene inteso come qualcosa di reale e onnipresente, letteralizzando la metafora. Come osserva Salvini (2006) la storia della diagnostica in psicologia è caratterizzata dal costante tentativo di trasformare la pluralità delle rappresentazioni e delle costruzioni discorsive di senso, di significato e di valore in artefatti linguistici ed entità ascrivibili al linguaggio medico. Nel corso del tempo la terminologia scientifica è entrata all'interno del vocabolario collettivo, portando le nuove definizioni ad acquisire uno spessore di realtà condivisa (Gergen, 2018). I linguaggi psicodiagnostici hanno così offerto al disagio delle persone delle interpretazioni e dei copioni a cui uniformarsi, prescrivendo così agli individui non solo dei modi di essere e di agire, ma anche dei generi narrativi con i quali esprimere sé stessi (Lemert, 1981). La distinzione normale-anormale non è altro che il riflesso di un giudizio sociale che richiama un ordine naturale per legittimare la superiorità della condizione ‘normale’ rispetto a tutte quelle condizioni che deviano rispetto ad essa, trasformando così in malattia comportamenti che non possono sottostare al controllo sociale. Le persone che perturbano la stabilità del nostro ordine sociale e morale, vengono così etichettate con termini che portano con sé giudizi di valore denigratori, a cui conferiscono una fattualità analoga alla realtà degli oggetti empirici (Goffman, 2003).

Dire “questa persona è traumatizzata, ha un DPTS” significa utilizzare una metafora di cui si è smarrito il significato iniziale, scambiandola per una realtà di fatto (Summerfield, 2001). Difatti, il DPTS diventa “una reazione normale a circostanze anormali” ma anche, potremmo dire, una reazione patologica a circostanze normali, in quanto con l’ampliamento degli stressor nel DSM III sono esponenzialmente aumentati gli eventi che possono essere catalogati come traumatizzanti. Così, chiunque abbia sperimentato un evento considerato dal senso comune ‘traumatico’ (come può accadere per i migranti) potrebbe potenzialmente ricevere tale diagnosi e correre il rischio di legittimare posizioni di passività e vittimizzazione forse non funzionali alla gestione proficua delle molteplici situazioni di vita che si trova a vivere.

### **Riferimenti bibliografici**

- American Psychiatric Association (1980) *DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, DSM-II.. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bachtin, M. M. (1981). *The Dialogic Imagination*. Austin: The University of Texas Press.
- Baldwin S.A., Williams D.C., Houts A.C. (2004)., The creation, expansion, and embodiment of posttraumatic stress disorder a case study in historical critical psychopathology, the scientific review of mental health practice. Objective investigations of controversial and unorthodox claims in clinical psychology. *Psychiatry and Social Work*, 3(1).
- Cattaneo M. L., (2010). *Elementi di base della clinica transculturale*. Crinali Cooperativa Sociale ONLUS.

- Chiara, G. (2017). Storie cliniche sulle frontiere. *Scienze dell'Interazione. Rivista di psicologia clinica e psicoterapia*, 1/2, 32-44.
- Chiara, G., (2011). Guarigioni magiche ed effetti di realtà. La costruzione di realtà "magiche" nei rituali di guarigione nelle tradizioni popolari. *Scienze dell'Interazione, Rivista di psicologia clinica e psicoterapia*, 3(2), 132-146.
- Chiara, G., & Romaioli, D. (2021). The challenge of migratory flows in the mediterranean sea to psychology: A single case study from a social constructionist perspective. *Journal of Constructivist Psychology*, 34(1), 98-115.
- Crepet A., Rita F., Reid A., Van den Boogaard W., Deiana P., Quaranta G., Barbieri F., Bongiorno F., Di Carlo S., (2017). Mental health and trauma in asylum seekers landing in Sicily in 2015: a descriptive study of neglected invisible wounds. *Conflict and Health*, 10.1186/s13031-017-0103-3
- Dammann E., (2017). *Religioni africane. Maschere, riti e credenze a sud del Sahara*. Milano: Edizioni Ghibli.
- De Swan, A. (1982). Historische psychopathologie en sociogenese van het moderne karakter. In N. Damen (ed.) *Geschiedenis, Psychologie, Mentaliteit*. Amsterdam: Uitgeverij Skript.
- Faccio, E. (2007). *Identità corporee*. Firenze: Giunti Editore.
- Faccio, E., & Salvini, A. (2007). Le "metaforizzazioni" nelle pratiche discorsive della psicologia clinica., In E. Molinari & A. Labella (Eds), *Psicologia clinica: dialoghi e confronti*. Milano: Springer.
- Gergen, K. J. (2008). Therapeutic challenge of multi-being. *Journal of Family Therapy*, 30(4), 335–350.
- Gergen, K. J. (2018). *Costruzione sociale e pratiche terapeutiche: Dall'oppressione alla collaborazione*. Milano: FrancoAngeli.
- Goffman H., (2003), *La vita quotidiana come rappresentazione*. Roma: Il Mulino.
- Hacking I. (1995). *Rewriting the soul: Multiple personality and the sciences of memory*. Princeton: Princeton University Press.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York, NY: Basic Books.
- Hermans, H. J. M. (2001). The dialogical self: toward a theory of personal and cultural positioning. *Culture and Psychology*, 7, 243–281.
- Hermans, H. J. M. & Dimaggio, G. (2007). *Il sé dialogico in psicoterapia*. Roma: Carlo Amore.
- Hermans, H. J. M., Kempen, H.J. G., & Van Loon, R. J. P. (1993). The dialogical self: beyond individualism and rationalism. *American Psychologist*, 47(1), 23–33.
- James, W., (1950). *Principi di psicologia*. Milano: Principato Editore.
- Janet, P. (1904). L'amnesie et la dissociation des souvenirs par l'emotion. *Journal de Psychologie*, 1, 417-453.
- Lemert, E.M., (1981). *Devianza, problemi sociali e forme di controllo*. Milano: Giuffrè.
- Leys, R. (2000). *Trauma: A Genealogy*. Chicago: University of Chicago Press.,
- Mantovani, G. (2004). Challenging cognitive and moral imperialism. *Contemporary Psychology*, 49(6), 756-759.
- Mantovani, G. (2008) (Ed.). *Intercultura e mediazione. Teorie ed esperienze*. Roma: Carocci.
- Mead, G.H. (1966). *Mente, sé e società*. Firenze: Giunti Barbera.
- Myers, C.S. (1940). *Shell Shock in France*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Romaioli, D. (2013), *La terapia multi-being. Una prospettiva relazionale in psicoterapia*. Taos Institute Publications.
- Salvini, A. (1998). *Psicologia Clinica*. Padova: UPSEL Domeneghini Editore.
- Salvini, A., (2006). Nota Normalità/Anormalità. In: F. Barale, M. Bertani, V. Gallese, S. Mistura, A. Zamperini, (Eds.), *Psiche. Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*. Torino: Einaudi
- Salvini, A., & Romaioli, D. (2016). Migranti: integrazione identitaria e resistenze al cambiamento. *Scienze dell'Interazione, Rivista di psicologia clinica e psicoterapia*, 1-2, 8-19.
- Scott, W. (1990). DPTS in DSM-III: A case of the politics of diagnosis and disease. *Social Problems*, 37, 294-310.
- Scott, W. (1993). *The politics of readjustment: Vietnam veterans since the war*. NY: Aldine De Gruy.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents., *Nature*, 138, 42.
- Simpson, J., Weiner, E., & Press, O. (1989). *The Oxford English Dictionary (2nd ed.)*. Oxford: Oxford University Press,.
- Summerfield, D. (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal*, 322, 95-98.
- Wagner, W., Duveen, G., Verma, J., & Themel, M. (2000). 'I have some faith and at the same time I don't believe'—cognitive polyphasia and cultural change in India. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 10(4), 301-314.
- White M. (2007). *La terapia come narrazione*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
- Young, A. (1995). *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton, NJ: Princeton University Press.