

OTTOBRE 2021

SALUTE E BENESSERE MENTALE DELLE DONNE MIGRANTI



AUTEURE

FROHAR POYA

A CURA DI : ANNA ZOBNINA

INDICE DEI CONTENUTI

P. 1	PREFAZIONE: SALUTE MENTALE E BENESSERE DELLE DONNE MIGRANTI E RIFUGIATE
P. 2	INTRODUZIONE
P. 3	PANORAMICA: DISTURBI MENTALI COMUNI
P. 4	FATTORI LEGATI ALLA SALUTE MENTALE E ALLA MALATTIA DELLE DONNE MIGRANTI
P. 5	MODELLO BIOPSIOSOCIALE DELLA SALUTE MENTALE
P. 6	PSICOTERAPIA E DIAGNOSI FEMMINISTA
P. 7	TRE FASI DELLA MIGRAZIONE
P. 8	MUTILAZIONE GENITALE FEMMINILE
P. 9	PROSTITUZIONE
P. 10	PROSTITUZIONE - TESTIMONIANZA
P. 11	VIOLENZA DOMESTICA
P. 12	VIOLENZA DOMESTICA - TESTIMONIANZA
P. 13	SOPRAVVIVERE ALLA TRATTA DI ESSERI UMANI - TESTIMONIANZA
P. 14	PATERNITÀ E MATERNITÀ
P. 15	MATERNITÀ NELLA MIGRAZIONE - TESTIMONIANZA
P. 16	DISCRIMINATION MULTIPLE
P. 17	GIOVANI DONNE E RAGAZZE MIGRANTI - TESTIMONIANZA
P. 18	BARRIERE: ACCESSO AI SERVIZI E AI PROGRAMMI DI SOSTEGNO
P. 19-24	ACCESSO AI BENEFICI: TESTIMONIANZE
P. 25	CONCLUSIONI
P. 26	RACCOMANDAZIONI
P. 27	RISORSE UTILI
P. 28	RICONOSCIMENTI

PREMESSA

SALUTE E BENESSERE MENTALE DELLE DONNE MIGRANTI E RIFUGIATE



La salute e il benessere mentale possono svolgere un ruolo cruciale nei percorsi di integrazione delle donne e delle ragazze migranti e rifugiate, sviluppando le loro piene capacità e accedendo ed esercitando i loro diritti umani nei loro nuovi paesi ospitanti.

I traumi non affrontati e irrisolti derivanti da violenza diretta e discriminazione o dall'essere state testimoni di tale violenza inflitta ad altri, possono portare a una ridotta funzionalità di vita e ad una ridotta capacità d'impegnarsi in attività sociali ed economiche.

La disponibilità di servizi di supporto di qualità, incentrati sulle donne e culturalmente appropriati per le migranti, nonché la bassa soglia di accesso a tali servizi, rimangono alcuni dei fattori chiave nell'aiuto da rivolgere alle donne migranti che possono soffrire di disagio mentale, disturbi del comportamento e malessere psicologico in generale.

“Mentre le differenze biologiche tra donne e uomini possono portare a differenze nello stato di salute, ci sono fattori sociali che determinano lo stato di salute di donne e uomini e possono variare tra le donne stesse. Per questo motivo, dovrebbe essere prestata particolare attenzione ai bisogni e ai diritti in materia di salute delle donne appartenenti a gruppi vulnerabili e svantaggiati, come le donne migranti, rifugiate e sfollate, le bambine e le donne anziane, le donne che si prostituiscono, le donne indigene e le donne con disabilità fisiche o mentali”.

Convenzione sull'eliminazione della discriminazione contro le donne (CEDAW), Raccomandazione generale N 24 (Donne e salute)

INTRODUZIONE

Oltre 20 milioni di migranti vivono in Europa e oltre la metà di loro sono donne e ragazze. Migranti e rifugiati, in particolare le donne, affrontano molteplici sfide, tra cui difficoltà di accesso ai servizi sanitari, all'istruzione e all'occupazione.

Durante la preparazione di questo rapporto, ci siamo imbattute in una mancanza di dati sulle donne migranti che accedono ai servizi sanitari e, in particolare, ai servizi di salute mentale in diversi paesi europei. Pertanto miriamo a pubblicare questo rapporto come un apripista per una ricerca più completa e una raccolta di dati (sia quantitativi che qualitativi) sulla salute mentale delle donne migranti in Europa.

La migrazione è sempre un evento stressante e può avere un profondo impatto sul benessere mentale di una persona. Per molti rifugiati e richiedenti asilo che sono stati costretti a lasciare il proprio paese di origine, questo impatto è maggiore e può portare a una profonda depressione e ad altre gravi conseguenze negative per la salute mentale. Per le donne e le ragazze migranti, povertà e indigenza, disoccupazione, detenzione, discriminazione, dipendenza legale dai coniugi e pressioni sociali, religiose, culturali e tra pari all'interno delle comunità possono influenzare la salute mentale.

Inoltre, donne e ragazze migranti e rifugiate sono a rischio di forme specifiche di violenza come la violenza sessuale e riproduttiva, lo sfruttamento sessuale, la prostituzione e la tratta.

Questo rapporto è una panoramica della salute mentale, del benessere e della malattia mentale tra donne e ragazze migranti e rifugiate. Il rapporto consiste principalmente di dati primari - interviste con diverse professioniste esperte che lavorano con le donne migranti in Europa, ma anche di testimonianze delle stesse donne migranti e rifugiate, oltre a ricerche documentali secondarie - che esaminano i rapporti politici esistenti e ricerche accademiche condotte con le comunità migranti.

Le nostre intervistate spaziano da professioniste di grande esperienza che lavorano nel campo della prevenzione e della lotta alla violenza, alla prostituzione, alle mutilazioni genitali femminili, al supporto e all'assistenza alle vittime, a specialiste in salute materna e mentale, insieme alle donne migranti che hanno generosamente condiviso le loro storie e le loro idee.

L'OBIETTIVO DI QUESTO RAPPORTO È DI FORNIRE UNA SINOSI DI:

- Diverse esperienze di donne migranti, rifugiate e delle professioniste che lavorano con donne migranti.
- Una sintesi dei diversi fattori di salute psicologica che possono provocare la malattia mentale.
- Un'istantanea delle sfide e delle cause profonde che hanno un impatto particolarmente grave sul benessere delle donne migranti.
- Ostacoli all'accesso ai servizi sanitari e di salute mentale.
- Approcci utili per rispondere ai bisogni delle donne migranti in relazione alla salute mentale e al benessere.



UNA PANORAMICA

COMUNI CONDIZIONI DI SALUTE MENTALE

DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE

Il disturbo depressivo maggiore ha molte sfaccettature, inclusi sintomi emotivi (vuoto, autoaccusa), sintomi fisiologico-vegetativi (perdita di energia, affaticamento, disturbi del sonno), sintomi cognitivi (pessimismo, percezione negativa di sé, pensieri suicidi) e sintomi comportamentali (parlata più lenta). La ricerca ha dimostrato che le donne migranti hanno livelli più elevati di sintomi depressivi.

DISTURBO DA SINTOMI SOMATICI

Il disturbo da sintomi somatici descrive il disagio di un individuo causato da (tipicamente) molteplici sintomi somatici persistenti che disturbano la vita quotidiana. Il sintomo somatico più comune è il "dolore" la cui gravità o esistenza non possono essere spiegate dal punto di vista medico. I soggetti con sintomi somatici tendono a presentare maggiori preoccupazioni relative ai sintomi. Nonostante le somiglianze tra le culture, le differenze nei sintomi somatici si verificano a causa di fattori linguistici o culturali.

DISTURBO D'ANSIA

Disturbo d'ansia è un termine generico per una grande varietà di disturbi relativi a paure eccessive, ansia e disturbi comportamentali. Mentre la paura è un'emozione che si prova naturalmente di fronte a un pericolo diretto e concreto, l'ansia si riferisce alla minaccia futura, all'eccitazione autonoma, al pericolo immediato percepito, al comportamento evitante e all'eccitazione fisica estrema. I disturbi d'ansia comuni includono il disturbo d'ansia sociale, il disturbo di panico, l'agorafobia e l'ansia generalizzata. Molti di questi disturbi d'ansia si verificano con il doppio della frequenza nelle donne rispetto agli uomini.

DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS (DPTS)

Il Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS) è correlato ad un evento che è una diretta o indiretta "esposizione a morte effettiva o minacciata, lesioni gravi o violenza sessuale" (DSM-V). I bambini corrono un rischio maggiore di sviluppare DPTS quando assistono o apprendono che un evento traumatico si è verificato ai loro caregiver primari. I sintomi più comuni del disturbo da stress post-traumatico sono flashback e incubi, disagio psicologico intenso o prolungato, comportamento evitante, autostima negativa, ipervigilanza e sentimenti di distacco dagli altri (DSM-V). Diversi studi hanno dimostrato che, nonostante la maggiore esposizione a eventi traumatici negli uomini, le donne hanno il doppio delle probabilità di sviluppare DPTS.

FATTORI CONNESSI ALLA SALUTE E ALLA MALATTIA MENTALE DELLE DONNE MIGRANTI

Sia i fattori di rischio che i fattori protettivi possono influenzare la salute e la malattia mentale delle donne migranti. Sia i fattori di rischio che quelli protettivi possono riguardare caratteristiche biologiche, ereditarie e familiari. Tuttavia, molto spesso si riferiscono a circostanze socio-ambientali più ampie che proteggono gli individui da - o li espongono a - situazioni stressanti e dannose.

Le donne hanno più probabilità degli uomini di affrontare fattori esterni di rischio per la salute mentale. Questi includono la violenza maschile, il controllo patriarcale della famiglia/della comunità, le pratiche dannose tradizionali, lo sfruttamento sessuale o lavorativo, la mancanza di sostegno sociale, la disoccupazione e la povertà. Questi rischi sono spesso interconnessi e costituiscono condizioni complesse e prolungate di discriminazione e violenza, che a loro volta causano impatti negativi a lungo termine sul benessere e sulla salute psicologica delle donne.

FATTORI DI RISCHIO

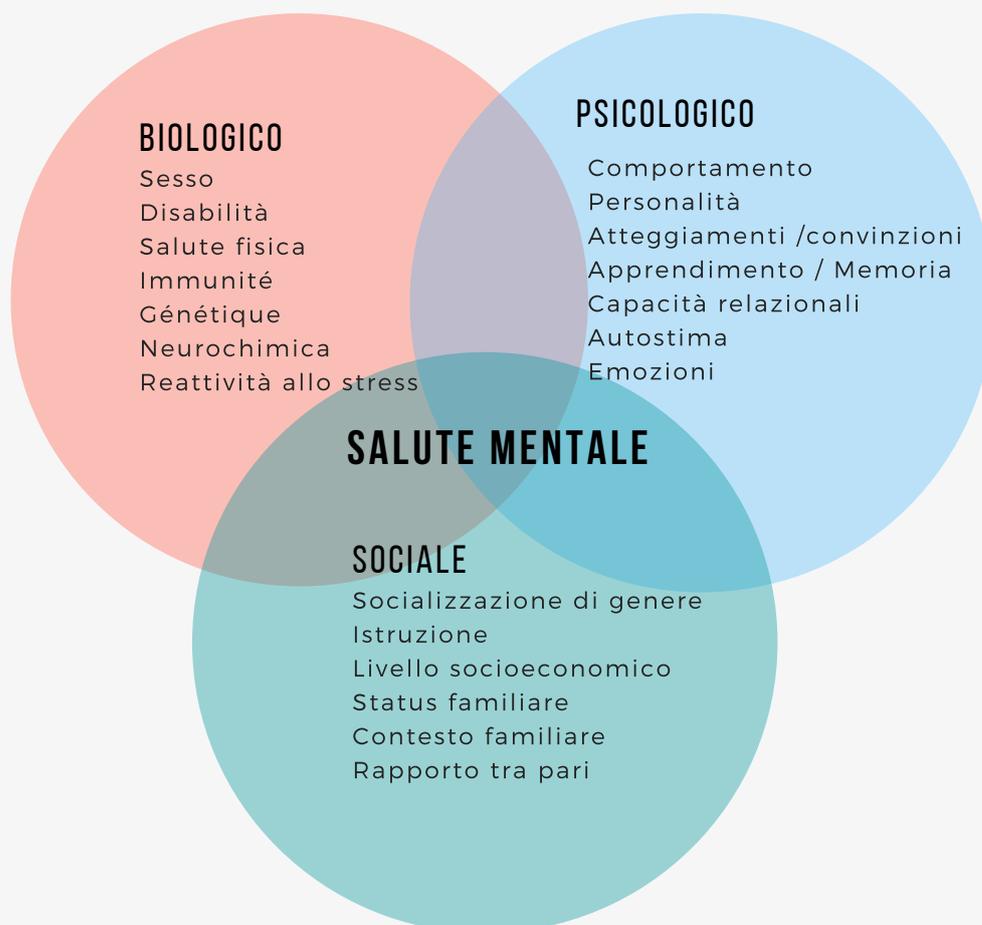
1. Violenza maschile - si riferisce agli atti di violenza, perpetrati contro le donne da uomini e/o membri della famiglia/comunità, basati su norme e pratiche patriarcali volte a limitare l'autonomia delle donne, compresa l'autonomia sessuale e i diritti.
2. Discriminazione istituzionale - si riferisce agli atti di esclusione e discriminazione all'interno di istituzioni, organi governativi e giudiziari che perpetuano l'accesso ineguale a diritti, risorse e opportunità.
3. Discriminazione sociale: si riferisce a pregiudizi e stereotipi che possono portare a mancanza di rispetto, sospetto, svalutazione e disumanizzazione.
4. Discriminazione interiorizzata - si verifica quando le donne accettano e interiorizzano messaggi stigmatizzanti e stereotipi sulle loro capacità e mancanza di valore.

FATTORI PROTETTIVI

1. Relazioni sociali di sostegno, tra cui l'amicizia e le reti femminili, il coinvolgimento comunitario e/o religioso, le reti sociali con migranti di simile origine culturale o appartenenza etnica e reti con individui del gruppo maggioritario.
2. Accesso a servizi specialistici a bassa soglia e programmi di supporto, comprese organizzazioni e programmi incentrati sulle donne, culturalmente sensibili e informati sui traumi.
3. Autopercezione positiva, autostima e senso di padronanza.
4. Fattori socio-economici, come i livelli di istruzione, lo stato del mercato del lavoro, il livello di reddito e il controllo della sua disponibilità, l'accesso alle risorse e senso di concreto controllo e agenzività.

MODELLO BIOPSIKOSOCIALE DI SALUTE MENTALE

Il modello biopsicosociale intende la salute e la malattia come un tutt'uno, un risultato di caratteristiche e fattori psicologici, fisiologici e socioculturali che si influenzano a vicenda. Il modello biopsicosociale sottolinea l'importanza della mente, del corpo e dell'ambiente, nonché delle loro interazioni, per il benessere di una persona. Ad esempio, una donna rifugiata che è fuggita dal suo paese d'origine a causa della guerra può aver sperimentato una serie di fattori stressanti potenzialmente letali diversi rispetto a un uomo in fuga dallo stesso paese o a una donna di diversa fascia di età o estrazione socioeconomica, che nel tempo può portare a problemi di salute mentale. Ognuno di noi presenta diversi gradi di vulnerabilità per i problemi di salute mentale, motivo per cui le persone possono avere esperienze simili ma con diverse conseguenze sulla salute mentale.





PSICOTERAPIA E DIAGNOSTICA FEMMINISTA

**DIPL.-PSYCH. STEFANIE BODE, PSYCHOLOGISCHE
PSYCHOTHERAPEUTIN (PSICOLOGA
PSICOTERAPEUTA), GERMANIA**

"Intendo la psicoterapia femminista come una contraddizione di termini. Questa contraddizione deriva da una pratica psicoterapeutica oppressiva che impedisce alle donne di credere nelle proprie forze, di formare o unirsi a gruppi solidali incentrati sulle donne e di opporsi ai sistemi di oppressione.

Sono d'accordo con l'analisi femminista di Mary Daly che descrive la psicoterapia come una pratica che eredita una relazione di potere ineguale tra terapeuta e cliente in cui il terapeuta è dipinto come l'aiutante consapevole e il cliente come il dipendente squilibrato. Seguendo l'analisi di Daly,

La psicoterapia si fissa sui problemi individuali che, al contrario, dovrebbero essere visti attraverso la lente dell'analisi femminista strutturale. La privatizzazione dei problemi in psicoterapia rafforza i sentimenti di responsabilità e colpa nel cliente. Mary Daly conclude che la psicoterapia femminista essenzialmente non può esistere.

Inoltre, la maggior parte di loro ha interiorizzato una visione psicologizzata degli altri e di sé stesse.

Nella nostra cultura, stiamo continuamente disimparando ad aiutarci a vicenda prima di mandare qualcuno da un esperto.

I nostri problemi sociali si riflettono a livello individuale ed è lì che la società ci impone di risolverli. Questo però nega gli aspetti strutturali dei nostri problemi e manifesta solo le disuguaglianze.

Alle donne viene insegnato ad adattarsi a circostanze ingiuste, mentre sono scoraggiate a cambiare il mondo che le circonda. Concentrarsi su atteggiamenti malsani piuttosto che su situazioni malsane va di pari passo con l'autoaccusa, la colpevolizzazione della vittima e, nel quadro teorico della psicoanalisi, la colpevolizzazione della madre.

Critico fortemente il contesto tedesco in cui agli psicoterapeuti viene insegnato ad essere politicamente neutrali, il che costituisce una barriera alle posizioni critiche della società in psicoterapia".



TRE FASI DI MIGRAZIONE

IMPATTO SULLA SALUTE MENTALE DELLE DONNE MIGRANTI E RIFUGIATE

PRE-MIGRAZIONE

Le esperienze pre-migratorie di donne migranti e in particolare rifugiate e richiedenti asilo, possono includere la violenza maschile contro le donne, la persecuzione per motivi politici, etnici e religiosi, l'esposizione alla tortura e l'assistere alla morte dei propri cari, la mancanza di cibo e acqua, l'essere senzatetto e la mancanza di altri bisogni primari per sé e per gli altri (per es. figli, membri della famiglia e assistere alla sofferenza altrui).

DURANTE LA MIGRAZIONE

Le donne migranti corrono un rischio maggiore di violenza maschile contro le donne, malattie infettive, tratta di esseri umani e altri danni fisici come violenza sessuale, abuso e sfruttamento. Un rischio particolarmente elevato deriva da mezzi di trasporto non sicuri come barche, treni chiusi, camion o dall'attraversamento a piedi di paesaggi pericolosi durante il viaggio verso l'Europa e dopo l'ingresso nell'Unione Europea. Le strutture ricettive di massa presentano un rischio di violenza sessuale e aggressioni, malattie, strutture/condizioni antigigieniche e affollate.

POST MIGRAZIONE

Processi di asilo lunghi e imprevedibili aumentano la sensazione di incertezza, impotenza e il rischio di sviluppare DPTS, ansia, depressione, ideazione suicidaria e tentativi di suicidio. La mancanza di servizi incentrati sulle donne e culturalmente equi è una barriera all'accesso all'assistenza e alle cure dopo aver subito violenza. La paura di compromettere lo stato della richiesta d'asilo divulgando informazioni sulla violenza subita comporta il rischio di violenze continue e ritraumatizzazioni. I fattori stressanti relativi all'acculturazione riguardano i ruoli di genere, l'adattamento alle norme culturali, le barriere linguistiche, le difficoltà economiche, l'accesso all'assistenza sanitaria e la discriminazione. Questi fattori stressanti si riferiscono a una cattiva salute mentale, inclusi sintomi psicosomatici, confusione di identità e sentimenti di emarginazione.

MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

DOTT.SSA CAROLINE MUNYI, COORDINATRICE SANITARIA DI AKIDWA, NATIONAL NETWORK OF MIGRANT WOMEN, IRLANDA

"Uno degli effetti delle MGF non è ciò che accade al corpo che viene mutilato, che è fisico, ma il trauma che soffrirà la donna. I flashback di ciò che le è successo molto tempo prima possono essere traumatici e possono contribuire a una cattiva salute mentale. Quando una donna è incinta, teme l'intero processo a causa del dolore che attraversa, ancora una volta ciò contribuisce a una cattiva salute mentale. Una donna con MGF può temere di avere una normale intimità e rapporti sessuali.

Quando si parla di MGF, come ci si può assicurare che le donne possano accedere ai servizi in modo culturalmente appropriato? Quello che intendo dire è che è necessario che una donna si senta capita quando accede ai servizi. Ad esempio, quando una donna va in ospedale, in un reparto maternità, dovrebbe sentirsi compresa, accettata e non giudicata. Le MGF sono una pratica culturale e la donna non ha avuto voce in capitolo o dato consenso a ciò che le è stato fatto, è successo perché era una ragazza nata nell'ambito di una certa cultura; quindi, c'è bisogno di persone nei servizi sanitari che siano culturalmente consapevoli di questo tipo di pratiche. Nel 2000 stavo parlando con un gruppo di donne che avevano subito le MGF. Una donna mi ha detto che quando stava dando alla luce il suo primo figlio in un ospedale in Irlanda, invece di medici e ostetriche che si prendevano cura di lei, stavano chiamando altri membri del personale per venire a guardare il corpo di questa donna che era diverso da ciò che vedevano normalmente. Stavano guardando il suo corpo con sorpresa e ridendo tra di loro.

In questa occasione, la donna si è sentita come un fenomeno da baraccone e si è vergognata ed estremamente traumatizzata. Se ci fosse stato qualcuno dello stesso background culturale che lavorava nel reparto, le cose sarebbero potute andare diversamente. Avrebbe potuto spiegare agli altri le MGF e vedersi garantiti aiuto e sostegno per partorire in sicurezza e tranquillità.

Anche questo è molto importante nei servizi di salute mentale. Il paziente non deve essere giudicato ma accettato. Quando una donna accede ai servizi di salute mentale, non vuole solo essere ascoltata, ma anche compresa. Non si tratta solo di appropriatezza culturale, ma anche di comprensione culturale. Ciò che intendo dire è che non si può imporre il proprio modo di pensare a coloro che hanno vissuto uno stile di vita completamente diverso e sono stati educati con un modo di pensare differente. Non si possono semplicemente cambiare le cose in una persona in una sola volta.

Potremmo vedere una donna con MGF, ma potrebbero esserci altre cause che mettono in pericolo il suo benessere mentale. Potrebbe essere una vittima di violenza domestica, il che precederebbe il problema delle MGF. Potrebbe voler andare all'università ma non avere i mezzi economici, o potrebbe non avere un alloggio; potrebbe avere cattive notizie dalla sua famiglia a casa: problemi che devono essere esaminati prima. Le donne migranti soffrono molto di diversi problemi. Le cose erano difficili per le donne migranti prima del COVID, ora con l'attuale pandemia le donne soffrono ancora di più: non poter nemmeno accedere a servizi come Akidwa può causare loro molta sofferenza".

PROSTITUZIONE

PIERRETTE PAPE, CO-FONDATRICE DI ISALA, BELGIO

"Come organizzazione in prima linea che lavora per sostenere le donne in situazione di prostituzione, possiamo affermare con sicurezza che la stragrande maggioranza di loro sono donne migranti. Per essere più precisi, affrontano il doppio rischio di essere migranti e provenienti da un gruppo minoritario. Il sistema della prostituzione e gli sfruttatori cercano sempre i più vulnerabili, e le donne e le ragazze migranti e appartenenti a minoranze sono i migliori bersagli per l'industria del sesso. Durante la prostituzione, vivono in un ambiente molto isolante e manipolativo in cui hanno perso molta autostima. Non sanno più dire 'io' o capire i loro bisogni. L'intera strategia di sfruttamento punta direttamente all'autostima di queste donne e ragazze: manipolazione, false promesse, violenza, minacce alla famiglia, isolamento... per distruggere la loro identità e trasformarle in oggetti.

Inoltre, molte di loro vivono in appartamenti in pessime condizioni, in hotel o per strada. Per poter prendere un appartamento in affitto, viene richiesto loro un contratto di lavoro, che non hanno, poiché è molto difficile trovare un lavoro quando si è una donna migrante senza permesso di soggiorno o non si parla la lingua del paese in cui si è finita. Così anche i proprietari contribuiscono allo sfruttamento chiedendo affitti alti e minacciando di denunciare le donne ai servizi di immigrazione.

Quando le donne vengono a Isala, dicono che vogliono trovare «un lavoro normale», il che significa che loro, dentro di sé, sanno che la prostituzione non è un'attività normale e che ha ripercussioni sulla loro salute mentale. Ma all'inizio non parleranno di salute. Quando ti trovi in questa situazione di sopravvivenza alla migrazione vuoi sentire di avere tutto sotto controllo. In effetti, non hai il tempo di riflettere troppo. Alcune superstiti con cui lavoro lottano ancora, dopo 20 anni, con il loro trauma. Le persone però non vogliono riconoscere l'impatto duraturo e tremendo della violenza sessuale.

Per noi di Isala, la salute è importante quanto l'aver una casa. A causa delle ripetute violenze sessuali e della situazione di prostituzione, molte donne si sentono come staccate dal proprio corpo. Abbiamo visto donne che senza dubbio hanno problemi di salute. Alcuni problemi sono visibili, vedi che i denti sono in pessime condizioni o la postura rivela mal di schiena ma non ne vogliono parlare. Altri problemi sono invisibili alle persone che non sono formate per lavorare con le vittime della prostituzione e della violenza sessuale, ma questi effetti sono dannosi, colpiscono le donne nella loro capacità di ritrovare fiducia. Ecco perché proponiamo alle donne un ventaglio di attività, a partire ovviamente dall'ascolto non giudicante, ma anche la danza o la pittura, discutere dei diritti delle donne, camminare nella foresta, in modo che possano fare un passo indietro e fidarsi di nuovo di se stesse.

Alcune donne che abbiamo aiutato a uscire dalla prostituzione hanno successivamente iniziato ad avere problemi di salute. Alla fine sono andate da un medico per curare ciò che stavano rimandando da tempo. Il corpo trattiene il danno e, quando le donne escono dalla prostituzione, il corpo richiede cure. Potrebbe essere molto difficile per loro affrontare i problemi di salute, ma è anche un passo per riprendere il controllo della propria vita e del proprio corpo.

Il problema è che la psicologia e altre forme di cura della salute mentale non sono considerate cure mediche di base, non per il grande pubblico ed ancor meno per le donne migranti e rifugiate. È costoso consultare uno studio di psicologia ed è ancora considerato una "cosa strana" da molte persone. È anche molto difficile trovare professionisti/e che parlino la lingua, che siano femministi e che non abbiano pregiudizi.

Perché, chiederai, queste donne non parlano della loro situazione? Perché le donne non vengono credute. E poiché non vengono credute, non pensano che le persone possano aiutarle. Se avessimo un nuovo sistema in cui le donne vengono credute, sarebbe un passo enorme per loro avere fiducia in se stesse e credere che il sistema esistente possa davvero supportarle. Finché le società non riconosceranno la violenza sessuale e la prostituzione come violazioni dei diritti umani, alle donne e alle ragazze intrappolate nell'industria del sesso saranno negati i diritti fondamentali. Come società dobbiamo riconoscere che la prostituzione va contro l'uguaglianza tra donne e uomini. In questo modo tutti i servizi, tra cui il sostegno alla salute mentale, entreranno a far parte di programmi di uscita dalla prostituzione completi e forti per sostenere le vittime e le sopravvissute e per interrompere il sistema della prostituzione".

GABRIELA *
CON ISALA ASBL,
BELGIO

"È un sollievo essere fuori dalla prostituzione, mi sento molto bene ora. La mia vita è stata difficile e sono determinata a trovare un lavoro. Il mio sogno sarebbe avere una casa in campagna con mia figlia. È da una famiglia affidataria sin da quando era piccola, perché non potevo prendermi cura di lei, ma sono costantemente in contatto con lei. Posso finalmente prendermi cura di me stessa, rifocalizzarmi, dare priorità ai miei bisogni. Aiutavo molto le persone, aiutavo altre donne che erano nella prostituzione, ma ora mi prenderò cura di me stessa.

Ho paura di andare da una psicologa, perché ho paura di ciò che porterà a galla. Ho un sacco di cose in testa e preferisco che quelle esperienze rimangano lì dentro. Non voglio che divengano reali, altrimenti sarebbe troppo difficile da superare. Sono stata costretta a vedere una psicologa quando è morta mia madre, avevo 4-5 anni, ma non sono stata capita. C'era violenza nella mia famiglia e se dovessi andare da qualche terapeuta ho paura di ricordare tutto questo, tutte le brutte esperienze che ho passato. Le associazioni e le organizzazioni che ho incontrato durante il periodo della prostituzione non hanno cercato di aiutarmi.

Non ho più nessun contatto con la mia famiglia, non mi hanno aiutata. Quando mia madre è morta, io e mia sorella siamo state affidate a mia nonna. Mio zio era violento ma nessuno ha reagito. Sono andata in collegio quando avevo 14 anni, ed è allora che è iniziata la prostituzione, ma non ne voglio parlare. L'ultimo contatto che ho avuto con mia sorella è stato quando volevo rifare i documenti, perché mi erano stati portati via quando sono arrivata in Belgio a 18 anni. Mia sorella si è offerta di aiutarmi a registrare e rifare la mia carta d'identità in Romania, ma in cambio mi ha chiesto 3000 euro, ho rifiutato.

Non sono preoccupata per il Covid-19. Voglio lavorare il prima possibile, anche perché devo pagare l'affitto e gli arretrati. Ho paura di finire di nuovo per strada. Voglio davvero trovare un lavoro, ma è così difficile qua. I compratori del sesso mi hanno contattata durante il lockdown, questo mi fa arrabbiare! Sono arrabbiata anche perché è difficile uscire da quello che ho passato e non credo sia normale: quando 'sei una puttana', quando hai soldi, le porte sono aperte. Quando fai qualcosa di sbagliato hai molti amici. Ora che sto cercando di fare qualcosa di buono della mia vita, non c'è nessuno, è tutto chiuso. È disgustoso!

Sono determinata a uscire da tutto questo. Sono molto intraprendente; parlo molte lingue. Spero che funzioni. Non voglio più sentire parlare del periodo in cui mi prostituivo, né la parola prostituzione! Mi ero ripromessa di smettere quando avrei ottenuto il passaporto, e così ho fatto. È passato poco tempo, ma devo tenere duro. Ho il diritto di essere felice, no? E mi piace venire a isala asbl, perché posso esprimermi e vengo ascoltata".

*non è il vero nome

*non è il vero nome

VIOLENZA DOMESTICA

**BASSMA CHAOKI,
MONIKA MULTICULTURAL ASSOCIATION, FINLANDIA**

“È molto importante capire cosa sta succedendo a una donna vittima di violenza domestica. Mostro sempre a queste donne il circolo della violenza e spiego loro che la violenza può essere mentale, fisica o sociale e tutto ciò può avere un impatto su di loro. Alla Monika Association, lavoriamo molto sul trauma. A volte una donna viene da me e mi dice:

' Bassma, mi sento impazzire' o 'Non sono più me stessa' o 'Non ce la faccio più. Non riesco a concentrarmi.'

Di solito hanno molta amnesia. Vengono con la depressione. Vengono con problemi di dissociazione.

Le donne migranti che usano i nostri servizi sono così diverse. A volte vengono da paesi in guerra. Se hai un trauma di guerra, l'aver viaggiato verso la Finlandia può essere traumatico. Ho anche notato che i traumi di alcune delle donne che sono venute in Finlandia dopo il 2015 non sono solo legate a violenza subita in famiglia o dal partner, ma anche durante l'infanzia. L'ho notato perché a volte ho fatto tutto ciò che potevo, ma la donna non stava ancora bene, quindi le ho dovuto chiedere della sua infanzia.

Molte di loro hanno subito violenze domestiche sin dall'infanzia, molte di loro hanno problemi di attaccamento e quindi il trauma non è solo: 'Sono divorziata ora o mio marito mi picchia adesso', è quello che chiamiamo trauma complesso o trauma prolungato.

Il trauma complesso è un mix di cose diverse: a volte le donne che migrano sono state abusate durante l'infanzia, convivono con un trauma sessuale fin dalla tenera età. Possono essere vittime di violenza legata all'onore o di violenza sessuale o di tutte queste cose insieme.

Di conseguenza, nella maggior parte dei casi le donne vittime di trauma da violenza di lunga durata si identificano come oggetti, e questo significa che vi è anche una crisi di identità.

In Monika ci occupiamo di violenza domestica e quella legata all'onore; negli ultimi anni stiamo lavorando anche con le vittime di tratta di esseri umani.

C'è molta differenza tra violenza domestica e donne vittime di tratta. Normalmente vedo una donna che subisce violenza in famiglia dalle otto alle nove volte, ma da un anno e mezzo vedo le donne vittime di tratta di esseri umani. La differenza è la dissociazione: come vedono il proprio corpo. Sentono di essere nulla, soprattutto quando hanno figli nati dall'abuso sessuale. A volte dicono: 'Odio mio figlio' e dobbiamo lavorare sulla relazione madre-figlio e sull'attaccamento”.

Aiuto e supporto: quando una donna viene da me e mi parla dei suoi problemi, la mando al centro di integrazione dove può ottenere orientamento e supporto individuale, dove può imparare le lingue finlandesi, a usare il computer, studiare inglese e incontrare altre persone. Le donne possono anche avere una mentore.

Il lavoro della mentore è individuale: la donna interessata incontra la mentore per un'ora a settimana. La mentore le insegna il finlandese o a usare il computer. Può anche insegnarle come cercare lavoro e compilare le candidature. E poi c'è il rifugio.

Le donne in pericolo e che vengono maltrattate mentalmente, fisicamente o socialmente possono andare al rifugio. Il rifugio funziona quasi come il centro di crisi ma per tempi brevi. Dopo essere state al rifugio tornano da noi per continuare il lavoro iniziato. È un ciclo continuo, cerchiamo di aiutarle a reggersi in piedi”.

VIOLENZA DOMESTICA

ANONIMA, UNA DONNA BRASILIANA IN BELGIO

"Ho conosciuto il mio ex marito dopo essere arrivata in Belgio nel 2017. Ho notato che beveva molto, all'inizio pensavo fosse una questione culturale e che forse in Belgio le persone bevevano così, ma con il passare del tempo ha iniziato a controllarmi e manipolarmi. All'epoca non capivo che era manipolazione, pensavo fosse normale. A un certo punto è diventato molto geloso, beveva ancora di più ed era molto aggressivo a parole. Non voleva che indossassi certi vestiti, parlassi ad alta voce (come facciamo noi in Brasile), ha iniziato a controllare quello che mangiavo, in quale direzione guardavo quando eravamo fuori. In pratica controllava ogni singola cosa che facevo. Ha persino iniziato a prendersi il mio stipendio. Lavoravo e lui si è preso tutti i miei soldi. Sono rimasta incinta, sono caduta in depressione. Mi molestava. Mi ha costretta a fare sesso con lui.

Mio figlio è nato prematuro. Ero incinta di 9 mesi. Lui e sua madre un giorno hanno iniziato a urlarmi contro e mi hanno costretta a pulire il bagno inginocchiata; a causa dello stress mi si sono rotte le acque.

Un aspetto della violenza domestica è che non è necessariamente fisica. Come vittima di violenza domestica, la gente mi chiede se mi ha picchiata, se sono finita in ospedale, se sono andata dalla polizia. La violenza domestica non consiste nel prendere a pugni qualcuno fino a farla sanguinare, ma nel controllare la donna. Non solo mi ha tolto il denaro, ma dopo il parto anche il sostegno economico per mio figlio è finito nel suo conto corrente. Ci siamo sposati quando ero incinta di 6 mesi, così ho ottenuto il visto, questo però si è trasformato in una minaccia per me. Diceva che se lo avessi lasciato, mi avrebbero tolto i documenti e mio figlio e che sarei stata espulsa. Tutto questo era abuso, tutto questo era violenza, forte e dolorosa come venire presa a pugni. Un giorno è diventato così aggressivo che ha iniziato a scuotermi e la mattina dopo l'ho lasciato.

Prima sono andata a casa di un'amica, poi sono andata dalla polizia che non mi ha aiutata. Mi hanno interrogata, chiedendomi perché non l'ho denunciato prima, perché ho lasciato che mio figlio passasse tutto questo, perché non l'ho lasciato prima, perché non sono stata al rifugio, se la mia dottoressa lo sapesse. Non l'ho lasciato perché non avevo un posto in cui andare, non avevo un reddito, avevo paura.

Poi, cosa avrei dovuto dire alla mio dottoressa? Che mi stava obbligando a fare sesso con lui, che mio marito mi stava obbligando a fare sesso? Non avevo prove fisiche, come il sanguinamento. Sono andata al CPIS, mi hanno detto che non potevano aiutarmi, perché ero ancora sposata e avrei dovuto chiedere a lui un aiuto finanziario. Ho chiamato i rifugi a Bruxelles e la maggior parte di questi non ha neanche risposto al telefono. Tutto questo è violenza, e la violenza non viene solo da lui, la violenza viene dal sistema, quel sistema che dovrebbe aiutarti e supportarti.

Sto divorziando e lui ha chiesto la custodia esclusiva del mio bambino, dato che non ho entrate. Sì: non ho un lavoro, non conosco la lingua e il sistema non mi aiuta. Ho pagato le spese legali grazie a una petizione online in cui i brasiliani di tutto il mondo potevano donare denaro. È davvero difficile sopravvivere come donna vittima di violenza domestica, ecco perché molte donne rimangono in relazioni violente, soprattutto le donne migranti che non vengono aidate o sostenute dal sistema. Non hanno un posto in cui andare. Se sei sposata con un belga e ti lamenti rischi di perdere il visto. Il sistema le rifiuta e rende loro le cose difficili, quindi preferiscono vivere in una relazione violenta, venire picchiate, maltrattate, persino morire pur di avere un tetto sulla testa e del cibo per i propri figli e non essere espulse.

Le differenze culturali rendono difficilissimo l'accesso a un sostegno psicologico. Qui mi è stato detto dalla terapeuta di smettere di convivere col mio bambino di 6 mesi, perché lo stavo rendendo dipendente. Una mia amica, anche lei vittima di violenza domestica, è stata costretta a firmare un documento in tribunale per smettere di allattare suo figlio di 10 mesi. Quindi, come possiamo aiutare psicologicamente le donne in questa situazione quando il sistema stesso ti rende tutto difficile e peggiore? Sono andata da una terapeuta, ma grazie ad un'associazione brasiliana in Belgio che aiuta le madri e le donne vittime di violenza domestica. Mi sento a mio agio e libera di parlare con una terapeuta brasiliana, perché mi capisce meglio. Con la terapeuta belga sento di non essere ascoltata o capita. Mi sento giudicata, anziché ascoltata e supportata".

SOPRAVVIVERE ALLA TRATTA DI ESSERI UMANI

TESTIMONIANZE

**MALAIKA ORINGO,
FOOTPRINT TO FREEDOM, PAESI BASSI**

“Quando la polizia ti interroga, come sopravvissuta alla tratta a scopo di sfruttamento sessuale, non pone le domande da una prospettiva corretta; parlare di sfruttamento sessuale è molto spiacevole. Dare spiegazioni sulla mia vulnerabilità e sul mio sfruttamento è stato ri-traumatizzante, quindi sono stata traumatizzata per tutto il tempo. Quando non sei in grado di dire loro le date esatte, gli orari, i paesi che hai attraversato e la vera identità del trafficante, il tuo caso non è preso in considerazione. Ciò significa essere esclusi da qualsiasi sostegno (reddito, alloggio, assicurazione medica e accesso all'istruzione). Ci sono proprio discriminazione e mancanza di coerenza nel sistema di supporto.

Un elemento cruciale particolarmente importante quando si tratta di vittime della tratta di esseri umani è che, se non ottengono dalle autorità il sostegno di cui hanno bisogno e se i loro permessi di soggiorno vengono ritirati, diventano disperate e molto vulnerabili e corrono il rischio di cadere nuovamente nelle mani dei trafficanti. Le donne finiscono in strada senza riparo né reddito. Vieni avvicinata da trafficanti chiamate "signore". Ti dicono che stanno cercando di aiutarti e che ti troveranno un lavoro. Di solito reclutano molte ragazze prive di documenti e le spediscono in Germania, Belgio e Italia. Alcune delle mie amiche sono cadute in questa trappola e poi ho scoperto che erano state vendute per essere avviate alla prostituzione.

Il motivo per cui sono riuscita a evitare questa nuova tratta è che avevo un buon supporto dalla mia assistente sociale. Mi ha aiutato a ottenere una borsa di studio e a farmi avere così qualcosa a cui aggrapparmi. Per molte persone se non hai un lavoro, non puoi andare a scuola, non hai una casa, sei disposta ad accettare qualsiasi opportunità che ti capita. E molto probabilmente finirai nella prostituzione, nello sfruttamento sessuale e nella violenza. Nel momento in cui sei al di fuori dal sistema, lo sfruttatore sa che la polizia ti sta cercando e quindi minaccia di denunciarti. L'unica cosa che ti può salvare da questa situazione è la legge, alla quale però non puoi rivolgerti.

CeA volte le ragazze vengono trafficate più di tre volte all'interno dei paesi europei.

Se sei una donna senza documenti, vai in terapia, esci e devi pensare a scappare dalla polizia, non sai dove stare, non hai cibo, tutto l'ambiente esterno è così ostile e traumatico, che la terapia non è ben accetta. Quindi, affinché chiunque possa ottenere una guarigione mentale completa, sarebbe necessario un coordinamento tra i servizi in prima linea. Suggesto anche che insieme ad una terapia olistica e autentica, dovrebbero essere considerati anche fattori esterni come l'alloggio, il reddito e l'asilo, che possono avere un impatto sul benessere mentale di una persona.

Quando mi è stata data la possibilità di andare da professionisti della salute mentale, questi non mi hanno dato modo di partecipare alla pianificazione del percorso terapeutico. Durante le sessioni avevano l'idea che chiunque venga dall'Africa abbia bisogno della stessa cosa. Avevano già deciso il tipo di domande che avrebbero fatto e il tipo di risposte che avrebbero ricevuto. Il mio psicologo e molte persone coinvolte nel mio caso non erano culturalmente informate e non erano flessibili. Le persone che ho incontrato non erano realmente specializzate nei problemi delle donne migranti né sulla prospettiva delle sopravvissute alla tratta.

Volevo usare la terapia riabilitativa, volevo guarire, combattere e andare avanti. Non c'era nulla che potesse far realizzare tutto questo e quindi non mi sentivo aiutata. In ogni sessione mi riportavano indietro nel mio passato e io invece volevo andare avanti. Da quanto ne so, non riuscivano a incorporare l'approccio basato sui punti di forza con il loro approccio alla salute mentale. Quello che intendo per "basato sui punti di forza" è che volevo parlare con loro del mio sogno e del mio obiettivo e di dove volevo andare e che sentivo che come donna senza documenti non ho il diritto di sognare, camminare e andare avanti. “



MATERNITÀ

**JOHANNA SCHIMA (CAPO DELEGAZIONE UE)
& LAURENCE VANDEN ABBEELE (PRESIDENTE MMM BELGIO),
MAKE MOTHERS MATTER**

"Dal 4 al 38% delle donne soffre di depressione post-partum (DPP). Questa depressione arriva non solo perché c'è un grande sbalzo ormonale dopo il parto, ma a volte arriva proprio per una violazione dei diritti tra il medico e la madre.

Ora con il COVID, le possibilità che le madri sviluppino depressione dopo il parto sono dal 50 al 60% rispetto al 15% prima del COVID. Questo perché a volte devono indossare le mascherine e perché spesso ai padri non è consentito assistere al parto. Anche il bambino viene portato via subito dopo la nascita. Normalmente una madre, anche se madrelingua, non capirebbe perché le stanno portando via il bambino, e per chi non parla la lingua è anche peggio. Se non hai documenti hai paura di essere espulso e ti trovi in una situazione traumatica.

CVogliamo davvero che l'Europa rispetti i suoi impegni perché fa parte di tutti questi accordi internazionali sui diritti umani e il diritto alla salute è un "diritto umano".

In Belgio, per ottenere un permesso di soggiorno, una donna migrante che arriva con più figli, e magari anche incinta e senza partner, deve trovarsi un lavoro. Deve svegliarsi alle cinque del mattino per preparare tutti e portarli nei posti giusti e poi va a lavoro che è spesso sottopagato, illecito o molto estenuante. Non appena qualcuno si ammala, che è la cosa più normale del mondo quando si hanno dei bambini, tutto questo sistema che hanno preparato crolla. Alla fine, è a rischio la salute della donna, non solo fisica ma anche quella mentale.

L'assistenza sanitaria alle madri è parte del diritto alla salute, dovrebbe essere soggetta agli obblighi dell'UE e a quelli internazionali; molti paesi hanno firmato questo accordo internazionale, ma non tutti hanno lo stesso sistema di assistenza sociale".

RACCOMANDAZIONI

"La sensibilizzazione è molto importante. In generale verso il grande pubblico, ma forse è ancora più importante sensibilizzare i medici e le ostetriche perché non si rendono conto del trauma che provocano alle madri. Le madri spesso non sanno cosa fare, ma è importante aumentare la consapevolezza anche fra loro perché hanno bisogno di sapere quali sono i loro diritti. Anche in Belgio o nei paesi europei la maggior parte delle madri non si rende conto di avere dei diritti. Soprattutto con persone che vengono da lontano e arrivano improvvisamente qui, non sanno o non si rendono conto dei loro diritti e di quello che possono fare, ci sono cose che possono richiedere".

LA MATERNITÀ IN MIGRAZIONE

TESTIMONIANZE

**ZEINAB NOURZEHI,
ARTISTA RIFUGIATA,
GRECIA**

"Quando siamo arrivati dalla Turchia in Grecia, ci hanno portato al campo profughi di Moria. Ero incinta di sette mesi. Nel campo ci hanno dato una tenda per due persone e ci hanno chiesto di andare a cercare un posto dove montarla. Il posto era molto sporco e faceva freddo. La notte non riuscivamo a dormire perché nella tenda si congelava e il terreno era bagnato. A causa del freddo si sentivano i bambini piangere fino al mattino. Inoltre, di notte, i giovani si ubriacavano e facevano un gran rumore. C'erano scontri tra diversi gruppi di migranti, perfino uccisioni e decapitazioni. Famiglie con donne e bambini finivano spesso in mezzo a questi scontri. Ricordo una donna incinta che finì in mezzo a una rissa e perse il bambino. Fortunatamente, siamo stati trasferiti dal campo tre settimane prima di dare alla luce mia figlia. Ci hanno fornito un alloggio che abbiamo condiviso con un'altra famiglia. Nel campo abbiamo avuto accesso a "Medici Senza Frontiere". Una volta usciti, ci hanno fornito un'assicurazione speciale con cui possiamo accedere solo ai reparti di emergenza degli ospedali.

Ora sono incinta del mio secondo bambino e ho problemi di sonno. Ho gli incubi di ciò che ho visto a Moria e nel mio paese. Mi sveglio con sudore e attacchi di panico e non riesco a riaddormentarmi. Nei miei sogni, vedo noi a Moria, vedo mia figlia che lentamente annega nell'acqua piovana all'interno della tenda e io non riesco a salvarla, o vedo qualcuno che accoltella mio marito. So di non essere più lì e di essere al sicuro, ma il trauma è qui con me. Qui ci è stata assegnata un'assistente sociale che mi ha dato un numero che posso chiamare per chiedere di prenotare un appuntamento con uno specialista di salute mentale. Non so quanto tempo ci vorrà per prenotare un appuntamento e poi per vedere un dottore. Poiché non abbiamo una carta d'identità, è difficile per noi accedere a qualsiasi servizio. Sono passati due anni e non abbiamo ancora avuto nemmeno un colloquio per l'asilo. Solo di recente abbiamo pagato 250 euro a un avvocato, per farci fissare un appuntamento con l'Ufficio Immigrazione del Pireo. Finalmente ora ci è stato concesso un colloquio. Sono preoccupata anche per questo, perché molte persone sono state rifiutate. A quanto pare l'indagine dura fino a sette o otto ore. La decisione può durare da un mese a un anno.

Una volta avuto il colloquio e ottenuto la risposta, abbiamo un mese per lasciare questo posto e trovare una sistemazione. Ecco perché vedi molti rifugiati e le loro famiglie che dormono all'aperto per le strade e nei parchi. Non hanno abbastanza soldi per affittare un posto. Le organizzazioni umanitarie portano loro cibo e registrano i loro nomi per poi trasferirli in altri campi. La Grecia è un paese povero, anche la sua stessa gente vive in condizioni di estrema povertà, e in questo momento è sopraffatta da tanti migranti che hanno bisogno di aiuto e sostegno."



Détail d'une peinture de
Zeinab Nourzahi,
artiste réfugiée

DISCRIMINAZIONE MULTIPLA

**FABIENNE EL-KHOURY,
RICERCATRICE IN SALUTE PUBBLICA,
UNIVERSITÀ DELLA SORBONNE, INSERM-FRANCIA**

"Non c'è un unico tipo di persone, un unico tipo di problema, un unico tipo di soluzione. Io direi perché ci sono ragioni strutturali e razzismo sessuale che possono avere ripercussioni sulla salute mentale delle donne malgrado la loro differenza generazionale e il loro luogo di provenienza: Africa subsahariana, Nordafrica o Asia. Dunque, c'è un razzismo strutturale comune, ma penso di non aver visto un'unica ragione, ci sono esigenze diverse, per esempio ci sono donne migranti che sono arrivate dopo eventi traumatici nel loro paese di origine o durante il loro passaggio migratorio. Queste donne hanno problemi di salute mentale diversi perché sono sostanzialmente traumatizzate e hanno bisogno di cure speciali, ma hanno anche altre problematiche.

Ci sono, per esempio, donne di prima generazione che hanno vissuto qui per dieci o quindici anni, che sono venute qui con titoli di studio e hanno diplomi post-laurea e cose del genere. Sappiamo che bassi livelli di istruzione sono generalmente correlati a una peggiore salute mentale, idem per la disoccupazione.

Le donne migranti hanno più problemi di salute mentale rispetto alle donne francesi che hanno lo stesso livello di istruzione e lo stesso status lavorativo. Ciò è probabilmente dovuto alla discriminazione e al razzismo strutturale, a tutte le micro-aggressioni che vivono continuamente.

Anche per le donne di seconda generazione. In Francia ci sono studi che mostrano che sono discriminate durante le candidature di lavoro, per gli stipendi, per un sacco di cose. Quindi alla fine tutta questa discriminazione contribuisce a peggiorare la salute mentale.

Ho lavorato molto sui sintomi depressivi post-partum e sulla salute mentale della maternità in genere. Ho visto che le donne immigrate di prima e seconda generazione soffrono di depressione post-partum più delle altre donne. C'è un documento europeo che afferma che le donne con un background migratorio hanno più sintomi depressivi rispetto alle altre donne in Europa. Ciò che è interessante è che quando prendiamo in esame la depressione post-partum la situazione è perfino peggiore tra le donne dell'Africa subsahariana. Quando si chiede agli adulti di età inferiore ai 50 anni circa la percezione della propria salute è una domanda correlata alla salute mentale, perché di solito non ci sono malattie croniche.

Quando una donna viene a La Maison des Femmes (una struttura medico-sociale che accompagna le donne vittime di violenza) la prima cura ricevuta riguarda la salute fisica, cose come l'aborto o l'aver subito mutilazioni genitali, o forse necessita solo di contraccettivi. Alcune donne sono solitamente vittime di violenza. Per sostenere queste donne, ci sono medici, ginecologi e ostetriche che si prendono cura di malattie o sintomi fisici, ma ci sono anche psicologi che si occupano di problemi di salute mentale. Ci sono anche rappresentanti della polizia e a volte ci sono specialisti che aiutano le donne ad andare alla polizia per essere protette dai loro aggressori. Alcune donne vengono solo perché sanno di poter rivolgersi alla polizia e sono in grado di dire: "sono maltrattata" o "sono vittima di violenza". Il problema per la maggior parte di queste donne sono le finanze e le risorse. Una donna vittima di violenza non ha bisogno di una cosa sola, bensì molteplici. Necessita di controlli sullo stato di salute e talvolta di protezione e cure. Ha bisogno di cure per la salute mentale e talvolta di aiuto giudiziario [come] la polizia per essere aiutata e protetta. È importante mostrare alle donne che sono protette dall'aggressore".

GIOVANI DONNE E RAGAZZE MIGRANTI

**NATASHA NOREEN,
RADICAL GIRLSSS, ITALIA**

“La salute mentale per me è sempre stata una grande confusione. Sono arrivata in Italia da adolescente quando avevo 14 anni. In un'età in cui metti in discussione tutto ciò che ti circonda. Quando non conosci la lingua senti che tutti ti faranno del male. Venivo da una cultura completamente opposta, sono arrivata da un paese islamico in un paese con una religione più aperta e liberale. Per me era tutto molto confuso e quella confusione mi ha portata a sviluppare ansia.

A scuola non conoscevo la lingua e quindi non mi adattavo. Non capivo nulla ed era molto frustrante. Il fatto di non essere stata inserita nella stessa classe dei miei coetanei, mi faceva molto male. La mancanza di motivazione e la depressione erano così forti che non andavo a scuola nonostante si trovasse a cinque minuti da dove vivevo. Non potevo dirlo ai miei genitori, non potevo dirlo ai miei amici perché non ne avevo. Mi sentivo sola e abbandonata. Mio padre non mi parla, ho due fratelli con i quali non ho alcun rapporto. Sono venuta qui l'anno scorso per costruire un rapporto con mia madre. Non ho amici pakistani perché mi è stato detto che i miei pensieri e le mie ideologie sono dannose per loro e per i loro valori culturali. Da adolescente volevo fare quello che in Italia gli altri giovani della mia età facevano: uscire, ubriacarsi. La mia famiglia non ha mai compreso quanto sia stato doloroso diventare me stessa. Questo mi ha causato una forte depressione, ho avuto tendenze suicide per la maggior parte della mia adolescenza.

Quando sei in un paese straniero cerchi di entrare in contatto con la tua comunità, ma per me la comunità era l'oppressione che mi ero lasciata alle spalle e di cui non volevo far parte.

Rifiutando la loro identità, ho rifiutato la mia. Inoltre non mi integravo con le persone del luogo, sono stata vittima di bullismo a scuola a causa delle mie origini. Trovo ancora difficile capire il razzismo. Credo che in Europa i governi non abbiano messo in atto solide politiche di integrazione. Non abbiamo mai capito i processi di integrazione, perché non ci sono stati spiegati. Attualmente sono in contatto con delle ragazze originarie dell'Asia meridionale e molte di loro condividono la stessa storia: bullismo, esclusione, mancanza di empatia e comprensione anche da parte dei propri docenti.

La prima psicologa da cui sono andata l'ho consultata tramite un centro per le famiglie che non è stato per niente d'aiuto. Poi mi hanno mandata da una psicologa delegata dal governo, che è stata la peggiore. Ho fatto venti sedute con lei e mi ha sempre fatto sentire come se stessi facendo qualcosa di sbagliato. Ogni volta che parlavo con lei reagiva come se mi stessi inventando tutto, come se stessi immaginando le cose, come se il fatto di non sentirmi al sicuro fosse solo frutto delle mie illusioni. Non mi ha mai mostrato comprensione o empatia, ciò di cui avevo bisogno. Contemporaneamente consultavo anche la psicologa della mia scuola. Lei non mi ha mai presa sul serio, mi considerava come una qualsiasi adolescente che non voleva studiare e finire la scuola. Mi consigliò di prendere delle vitamine per sostenere la mia salute mentale, così da sentirmi meglio. Non ha mai cercato di capire cosa stesse succedendo. Sentivo che dovevo fare tutto questo per salvarmi, quindi da un lato cercavo di salvarmi e dall'altro mi stavo uccidendo. E l'aiuto che ho sempre ricevuto contribuiva ad uccidermi piuttosto che a salvarmi.”



OSTACOLI

ACCESSO A SERVIZI E PROGRAMMI DI SUPPORTO

CONDIZIONE GIURIDICA ED ECONOMICA

L'accessibilità ai servizi è fortemente determinata dallo status migratorio. In particolare, le donne migranti senza documenti incontrano più ostacoli per accedere all'assistenza. In molti stati dell'UE i servizi per la salute mentale non sono coperti, o lo sono solo parzialmente, dalla sanità pubblica o dall'assicurazione. Se i servizi di salute mentale per le persone migranti non sono compresi, il costo della terapia è un ostacolo considerevole per molte donne migranti, specialmente quelle con figli a carico.

LINGUA E CULTURA

La lingua non è solo necessaria per accedere ai servizi per la salute mentale, ma è un fattore che può anche minarne la qualità. Degli studi condotti in 16 paesi europei indicano che oltre il 40% dei servizi sanitari non fornisce alcuna forma di servizi di traduzione e il 54% ha riferito di non avere personale immigrato (Kluge et al, 2012). Le nostre interviste sul campo hanno rivelato la mancanza di servizi culturalmente competenti e sensibili che esaminino e rispondano in modo appropriato ai bisogni delle donne migranti, inclusi i servizi dedicati alle donne.

STIGMA SOCIALE E CULTURALE

Lo stigma culturale relativo alla salute mentale impedisce alle donne di chiedere aiuto. Molte credono che avere dei problemi di salute mentale equivalga ad essere "pazze". In altri casi, la paura che gli altri (famiglia, comunità) lo scoprano, costituisce un ostacolo considerevole alla richiesta di assistenza.

LUNGI TEMPI DI ATTESA

Uno degli ostacoli principali descritti dalle donne migranti e dalle professioniste che lavorano con loro sono le lunghe liste di attesa. In quasi tutti gli Stati membri dell'UE, il periodo minimo di attesa di va dai 3 ai 6 mesi.

MANCANZA DI SERVIZI SPECIALISTICI

Uno degli ostacoli maggiori alla possibilità per le donne migranti di curare un problema legato alla salute mentale è la mancanza di servizi specializzati incentrati sulle donne e sui traumi. Visto che i bisogni delle donne migranti in relazione alla salute mentale sono fortemente determinati dalle notevoli differenze in termini di genere e sesso, la mancanza di servizi in grado di soddisfare tali bisogni, così come la mancanza di servizi ad alta accessibilità, costituisce un particolare ostacolo al raggiungimento del benessere da parte delle donne migranti.



ACCESSO AI SERVIZI

MELISSA NETWORK, GRECIA

**THALEIA
PORTOKALOGLOU, COORDINATRICE
E SALUTE MENTALE**

"L'approccio della nostra organizzazione (Melissa Network) si basa sulla nozione di comunità. Siamo una rete che gestisce un programma di integrazione innovativo in cui le donne migranti e rifugiate sono attivamente coinvolte, piuttosto che un centro che fornisce servizi. Il nostro programma è olistico, poiché combina un insieme di corsi, laboratori artistici, supporto per la salute mentale, laboratori di potenziamento delle capacità, assistenza legale e support sociale. Il nostro obiettivo è promuovere l'empowerment attraverso uno spazio sicuro e creativo in cui le donne possano condividere le loro conoscenze, forze e iniziative.

In Grecia è abbastanza difficile accedere ai servizi per la salute mentale. Al momento, le organizzazioni che forniscono supporto per la salute mentale alle persone rifugiate sono al completo ed è molto difficile trovare appuntamenti disponibili, soprattutto con una psicologa. Gli appuntamenti psichiatrici sono più facili da ottenere poiché si tratta di servizi disponibili all'interno di servizi pubblici, come gli ospedali. Tuttavia, per quanto riguarda la psicoterapia regolare di cui ha bisogno la maggior parte delle donne migranti e rifugiate, le risorse e l'accesso stanno diventando sempre più limitati. Se qualcuna di loro riesce ad accedervi, purtroppo il percorso psicoterapeutico non dura a lungo poiché ci sono lunghe liste d'attesa. Quindi spesso accade che, anche se qualcuna entra in terapia, non c'è costanza e la relazione terapeutica, che è estremamente importante, non può svilupparsi in modo efficace."

**YASAMAN HEIDARPOUR,
MEDIATRICE CULTURALE**

"Per tutte le persone migranti, ed in particolare per le donne migranti, l'accesso a qualsiasi tipo di servizio, compresa la salute mentale, è difficile. In Grecia tutto si muove molto lentamente, c'è una lista d'attesa per accedere ad ogni tipo di servizio. Per esperienza personale, quando volevo fissare un appuntamento con una specialista di salute mentale esterna, ci veniva chiesto di aspettare un mese o più.

Alcune delle donne che vengono da Melissa Network vogliono consultare una specialista in salute mentale, a causa delle esperienze traumatiche vissute nel proprio paese e/o durante il percorso migratorio. Molte donne, infatti, hanno vissuto esperienze molto brutte nel percorso verso la Grecia.

Per le persone migranti appena arrivate, c'è una reale mancanza di informazioni primarie ed essenziali sui servizi disponibili. Appena arrivate in Grecia sono spesso confuse e disorientate su cosa fare e dove andare. Ricevere informazioni primarie sul da farsi e dove recarsi per chiedere il supporto e l'assistenza necessari nei campi o direttamente all'arrivo sarebbe d'aiuto. Dall'altra parte, ricevere le informazioni non significa automaticamente avere accesso a tutti i servizi. Se non conoscono la lingua, non saranno in grado di stabilire un rapporto con le organizzazioni.

Non conoscere la lingua costituisce uno dei principali ostacoli all'accesso ai servizi. I servizi hanno difficoltà con l'interpretazione, mancano interpreti. Inoltre, ci sono alcune donne migranti che non vogliono consultare una professionista della salute mentale, a causa di tabù e stigmatizzazioni culturali connesse alla salute mentale. In alcune culture consulto un medico specializzato in salute mentale se sei pazzo, quindi le donne evitano qualsiasi tipo di riferimento ad argomenti inerenti la salute psicologica. Ma poi, anche se volessero consultare una professionista in questo ambito, non sarebbe così facile; devono sapere dove e come accedervi, e se non conoscono la lingua, anche prendere un appuntamento diventa difficile."

**PATRICIA VIVIANA PONCE,
HAURRALDE FOUNDATION,
SPAGNA, PAESI BASCHI**

"In Spagna i servizi di salute mentale sono estremamente scadenti. Sono lenti e hanno lunghe liste di attesa. Soprattutto nei Paesi Baschi, i servizi sanitari pubblici necessitano di urgente attenzione e dovrebbero essere migliorati.

Inoltre, i servizi psichiatrici somministrano direttamente farmaci antidepressivi alle donne. Alla maggior parte delle donne che si rivolgono a questi servizi sono già stati diagnosticati problemi patologici. Quindi, notiamo un'insufficienza del sistema di prevenzione e la sottostima della salute mentale come elemento determinante del benessere delle donne migranti.

È necessario attribuire la giusta importanza alla salute mentale di queste donne e fornire loro i servizi necessari e adeguati. I tempi di attesa dovrebbero essere ridotti. Le professioniste della salute mentale dovrebbero offrire sessioni di consulenza e psicoterapia innanzitutto ascoltando le donne, anziché somministrare direttamente farmaci.

Il monitoraggio e la prevenzione sono fondamentali ed è necessario investire in fondi pubblici. Le ONG per lo sviluppo devono lavorare con personale formato e specializzato, soprattutto quando si rivolgono a donne vittime di violenza e abusi sessuali.

Le migliori soluzioni possono includere consulenza e terapia, ma anche approcci preventivi come spazi sicuri ed altri servizi verso cui le donne possono essere orientate.

Il nostro attuale progetto è quello di rivolgere l'attenzione ai casi di donne che hanno già avuto problemi di salute mentale. Purtroppo con il Covid-19 la loro situazione si è aggravata.

Queste donne affrontano molte difficoltà socio-economiche come la perdita del lavoro, o la perdita del lavoro dei loro familiari, che le lasciano in una situazione futura incerta. Nella nostra organizzazione cerchiamo di contrastare questi problemi fornendo servizi come laboratori di riciclaggio, apprendimento della lingua spagnola e assistendo le donne nel processo di integrazione."

**ZARGHONA RASSA,
BRITISH AFGHAN
WOMEN'S SOCIETY,
REGNO UNITO**

"Non è affatto facile per le donne BAME (Black and Minority Ethnic) accedere ai servizi; senza menzionare che è difficile per loro essere effettivamente in grado di raggiungere gli enti fornitori di servizi, a causa delle restrizioni all'interno della propria famiglia e dello stereotipo negativo sulla salute mentale nella loro comunità.

In secondo luogo, occorrono mesi e talvolta anni prima che le donne vengano registrate e venga loro riconosciuta la necessità di un trattamento adeguato e costante circa la loro salute mentale. Inoltre, una volta che le donne vengono indirizzate dalla specialista della salute mentale dai loro medici di base, devono aspettare molto tempo per essere visitate. A volte, purtroppo, è troppo tardi per le donne con disturbi mentali, soprattutto se costrette a portare avanti una relazione con partner violenti.

SHAZA ALRIHAWI, GIRWL, GERMANIA

"In Siria ero una professionista e lavoravo come psicosociologa. Quando sono arrivata in Germania, la mia istruzione e le mie qualifiche non sono state riconosciute. Mi sembrava che nessuno mi capisse. Essere una professionista e sapere di avere un problema di salute mentale mi metteva sotto ancora più pressione e stress. Qui è molto difficile capire il sistema sanitario. Devi prima andare dal tuo medico di famiglia e lui/lei ti indirizza da uno specialista, o devi trovarlo da sola. Per consultare una specialista in salute mentale il tempo di attesa va dai sei agli otto mesi. Quando non stai bene mentalmente, questi mesi sono lunghi da aspettare. Non sai cosa succederà, potresti anche suicidarti.

Il mio medico di famiglia mi ha indirizzata verso uno specialista. Quando sono andata a consultarlo, si trattava di un uomo. Ha iniziato a controllare il mio fisico (ginocchia, spalle, schiena) e mi ha detto che non c'era nulla che non andava. Gli dissi "Pensavo fossi uno psicologo. Sto bene fisicamente, ma non mentalmente. Rispose "è meglio che chiudi la bocca, magari dimagrisci pure". Mi sono sentita ancora peggio e sono scappata via. Dopo un po' di tempo, mi è stata diagnosticata una grave depressione perché ero sola e mi mancava la mia famiglia (che è ancora in Siria). Questa volta ho ricevuto un rinvio verso un altro medico che era donna; una donna tedesca e bianca. Ero felice di vedere una donna, pensavo che mi avrebbe capito meglio. Ho chiesto se potessimo parlare in inglese. Il mio livello di tedesco era scarso e mi sarei sentita più a mio agio ad esprimermi in inglese. Disse di no, che dovevo parlare in tedesco, che vivevo in Germania da 4 anni e che se non sapevo parlare la lingua, come intendevo cavarmela? E che deve essere difficile per le donne della mia cultura vivere in Germania. Mi disse "dovresti scegliere un paese che si adatti al tuo bagaglio culturale".

"Sentivo che mi stava punendo per non essere in grado di parlare tedesco e perché indossavo il velo. Quando si accede ad un servizio, la lingua è un vero problema oltre alle barriere culturali. C'è una cultura dietro la lingua, puoi dire una cosa e intenderne un'altra culturalmente."

ANILA NOOR, NEW WOMEN CONNECTOR, PAESI BASSI

"Sono arrivata in Olanda circa sette anni fa come richiedente asilo. Quando siamo arrivate qui per la prima volta, siamo dovute rimanere in un campo profughi fino all'elaborazione della nostra richiesta di asilo. Nel campo ho incontrato molte donne di diversi paesi che avevano davvero bisogno di consulenze psicologiche ma, sfortunatamente, a causa di barriere culturali e linguistiche, non potevano avere accesso a professioniste della salute mentale, oltre al fatto che, in questi campi, non ce n'erano a disposizione. Avere questo tipo di servizio nei campi per le richiedenti asilo è molto importante. Come donna migrante, subisci molti traumi, non solo durante il percorso migratorio, ma anche quando le persone del luogo di arrivo non ti capiscono. Vengo dal Pakistan, sono musulmana e sunnita. Molte persone non capivano perché fossi qui e mi riempivano di domande come a dubitare di me, e questo mi ha causato tantissimi traumi. Ho iniziato a sviluppare problemi psicologici e una fobia dei cani.

Avevo bisogno di guarire, ti serve davvero un processo di guarigione per superare quanto affrontato da donna migrante. Così sono andata dal mio medico e lui mi ha indirizzato da una psicologa. I tempi minimi di attesa andavano dai tre ai sei mesi. Sono andata alle sedute di consulenza solo tre volte perché non mi sentivo a mio agio con la psicologa, una donna olandese.

C'erano barriere culturali e religiose, mi sembrava di che fossi lì a darle una lezione di cultura. Non capiva perché avessi paura dei cani e perché avessi sviluppato la fobia dei cani. Ho dovuto spiegare me stessa, culturalmente e religiosamente, e dovevo giustificarmi per qualsiasi cosa le dicessi. Mi costava molte energie e mi sentivo più depressa di prima. Quindi, mi sembrava che stessi solo sprecando tempo. Così ho abbandonato dopo tre sedute."

**EVA VALENTOVÁ,
ASSOCIATION FOR INTEGRATION AND MIGRATION,
REPUBBLICA CECA**

"In Repubblica Ceca ci sono due tipi di migranti, i primi possono beneficiare dell'assicurazione offerta dal sistema sanitario pubblico e gli altri no. Quelli inclusi sono persone con residenza permanente, cittadini di stati membri dell'UE e persone impiegate da datori di lavoro cechi. Tuttavia chi lavora in proprio e le persone con residenza di lungo corso non sono incluse nel servizio di sanità pubblica statale, devono sempre pagare. Per quanto riguarda la salute mentale, anche se rientri nella sanità pubblica, devi comunque pagare. Devi pagare 40 euro l'ora, che in Repubblica Ceca sono un sacco di soldi.

Il problema principale in Repubblica Ceca è che la salute mentale non è nemmeno riconosciuta dalla maggioranza delle persone come un trattamento sanitario di base. Ci sono ancora stigmatizzazione e stereotipi quando si parla di cura della salute mentale, eredità del comunismo. Anche il sistema sanitario non è molto accogliente o di facile fruizione per la maggioranza delle persone e anche questo può essere un enorme ostacolo per i migranti.

Per quanto riguarda le donne che subiscono violenza domestica, cerchiamo di fare riferimento e di collaborare con altri servizi specializzati nel fornire loro aiuto. Il nostro compito è sistemare la loro condizione di residenza nel paese, perché spesso sulla base della legislazione locale se una donna intende divorziare, specialmente per le donne la cui situazione giuridica è basata sul procedimento di ricongiungimento familiare, potrebbe perdere questo status, il che significa perdere la residenza. Ci sono opzioni per ottenere un altro tipo di residenza, tuttavia non si tratta di una procedura facile, poiché in questi casi è necessaria l'assistenza legale. In collaborazione con altre organizzazioni, le aiutiamo a trovare un alloggio e le sosteniamo con altri servizi sociali, se si rende necessario.

In questi casi, il problema principale è la barriera linguistica. Abbiamo una rete di operatori interculturali, che aiuteranno con l'interpretazione e allo stesso tempo spiegheranno il contesto interculturale in cui si trovano ai nostri clienti. L'enorme problema è quando hanno bisogno di essere ospitati in un rifugio e se hanno una barriera linguistica molto grande verranno respinti dal rifugio.

Per le donne richiedenti asilo che subiscono violenza domestica, all'interno dei campi profughi hanno stanze separate e in alcuni casi edifici separati adibiti per queste donne vittime di abusi, ma anche per donne single e madri single. Nei campi profughi vengono loro assegnati psicologi e terapeuti, tuttavia c'è sempre una barriera linguistica. Cercano di garantire l'interpretazione, ma per alcune lingue è difficile trovare un interprete, ad esempio la lingua thailandese ha un solo interprete certificato in tutto il paese e la situazione è simile per quanto riguarda il somalo. Con le donne somale abbiamo dovuto fare i conti anche con il loro analfabetismo, queste cose sono molto difficili da affrontare per tutti, non solo per coloro che forniscono servizi per i rifugiati ma per tutti i tipi di servizi assistenziali. In Repubblica Ceca i migranti affrontano considerevoli barriere linguistiche, il che rende molto difficile l'accesso alla salute mentale, poiché non possono esprimersi come vorrebbero. Esistono anche enormi barriere culturali per l'accesso ai servizi da parte delle donne provenienti da paesi terzi".

**MARI MOZAFARY,
UNGHERIA**

"In Ungheria la situazione dei migranti cambia ogni anno. Sta peggiorando. Nel 2015, quando sono arrivata in Ungheria, le frontiere erano aperte e non c'erano molte restrizioni. Si veniva trattenuti una o due notti alla stazione di polizia. Siamo stati messi in una cella. Per me è stata la prima volta che ho sperimentato l'essere in prigione e tutte le mie preoccupazioni e i miei problemi sono iniziati da lì. Per me essere rinchiusa in quella stanza era assurdo e nonostante ci fosse un'altra famiglia con i loro figli nella stessa cella mi sentivo estremamente a disagio. Nel mio paese ero avvocato e giudice, ma per la prima volta ho vissuto l'esperienza di essere una prigioniera ed è stato estremamente difficile per me. Dopo di ciò, siamo stati trasferiti in un campo, a 40 minuti da Budapest.

All'epoca l'Ungheria era una zona di transito per molti migranti. I migranti erano solo di passaggio in Ungheria, diretti verso altri paesi europei come Germania, Francia, Svezia, Regno Unito e così via. I campi erano completamente pieni e non avevano un posto per ospitare le persone. La gente dormiva nelle stazioni della metropolitana, nei parchi e nelle strade. Nei campi molte persone condividevano le stanze, ma io ero da sola ed essendo una donna sola, avevo paura e iniziavo a non sentirmi al sicuro.

Quando il numero degli immigrati ha iniziato ad aumentare, è stato detto loro che avrebbero dovuto trovarsi da soli un posto nel campo. La gente veniva costantemente nella mia stanza per vedere se era libera. A volte bussavano alla porta, a volte cercavano di spingersi dentro. All'interno del campo alcuni migranti facevano uso di droga e spesso c'erano scontri tra gruppi di migranti. Durante la notte ho iniziato a smettere di dormire, avevo paura che qualcuno entrasse nella mia stanza. I miei problemi di sonno sono andati avanti per tre mesi. Questo in aggiunta al mio stress mentale su ciò che stavo attraversando in quanto donna migrante da sola (le vicende che ho vissuto durante il viaggio migratorio, lasciare indietro la famiglia e gli amici, preoccuparmi per il loro benessere, lasciare il mio lavoro).

Nel campo c'erano avvocati pro bono di Helsinki e medici di Cordelia (è un'organizzazione di salute mentale che aiuta i migranti) lì per fornire servizi alle persone nel campo. Alla fine ho deciso di chiedere aiuto e sono andata da un dottore. Ho detto loro di sentirmi insicura, stressata e costantemente spaventata. Il dottore mi ha dato dei sonniferi, ma nemmeno prendere quelle pillole mi ha aiutato, non mi ha fatta sentire al sicuro. Alla fine, il mio avvocato ha lavorato duramente sul mio caso e la mia richiesta d'asilo è stata accettata. Da quando sono fuori dal campo non ho molte difficoltà ad accedere ai servizi".

**VERONIKA SUSEDKOVA,
REGNO UNITO**

"Essendo coinvolta con diversi gruppi di donne migranti, ed essendo io stessa una donna migrante, posso dire che le persone affrontano barriere diverse a seconda del loro status migratorio. Sono giunta nel Regno Unito grazie alla libera circolazione delle persone dell'Unione Europea, quindi non ho dovuto affrontare alcune delle barriere incontrate dalle donne che arrivano attraverso un sistema di immigrazione ad accesso limitato. Se sei una donna richiedente asilo, questo è un percorso davvero orribile da affrontare. Sento di aver avuto un'esperienza più facile perché mi sono spettati diritti simili ai cittadini britannici.

Il 'power of peer' (il potere del pari) è importante per il benessere mentale delle donne in generale. Ho potuto ricevere supporto grazie al lavoro che svolgo. Lungo il mio percorso ho acquisito delle abilità, dei modi per gestire me stessa e dei modi di lavorare con gli altri. Questo mi ha aiutata a tutelare la mia salute mentale e il mio benessere e mi ha permesso di trasmettere le mie capacità agli altri, sia a livello professionale che personale. Quello che sentiamo dalle donne e ciò che vediamo nel modo in cui le donne interagiscono quando è disponibile il supporto è questo: le donne si informano l'un l'altra quando il servizio va bene e si comunicano quando il servizio non funziona. Sono stata coinvolta in uno dei servizi di supporto per la salute mentale che offre supporto a tutte le donne della comunità indipendentemente dallo stato giuridico, non ci sono barriere formali per accedervi. Ne abbiamo visto l'efficacia sia quando le donne vengono per ricevere support in modo informale tramite il passaparola, sia quando le donne vengono indirizzate attraverso percorsi formali. Quando una donna si trasferisce perde il sostegno e la sua rete di contatti, per chi si è trasferita dal suo paese di origine ci vuole tempo per capire chi sono i suoi alleati, anche se questi non sono dello stesso paese o non parlano la stessa lingua. Alcune delle problematiche chiave di cui parlano le donne sono l'isolamento, la solitudine, la paura di non sapere come muoversi nel nuovo sistema. Ad esempio, quando una donna arriva in un paese nuovo, da sola o con il suo partner, con figli o meno, è comunque sola. Perché spesso l'uomo esce a fare delle cose e la donna resta da sola (non parlo delle donne che possono lavorare), e non sa come accedere ai servizi locali. Tuttavia, una volta che viene a conoscenza del supporto locale e conosce altre donne della comunità, diventa parte della rete.

Sebbene la lingua possa essere una barriera nell'ottenere supporto per la salute mentale, per molti la salute mentale rimane semplicemente un tabù. In alcuni casi, la famiglia e la comunità impediscono alle donne di ottenere supporto per la loro salute mentale, perché vogliono tenerle sotto controllo. A questo proposito non parlo solo di donne migranti, questo succede ovunque, è la società patriarcale, sessista e misogina in cui ci troviamo. A causa delle norme culturali e di come la società è impostata, cercare supporto al di là di ciò che è strettamente necessario spesso non è accettabile.

Quindi, per una donna migrante che ha bisogno di un visto e della cittadinanza, è incoraggiata ad andare alle classi ESOL, ma oltre ciò il resto non è ritenuto necessario. Pertanto è importante costruire un 'servizio all'interno del servizio' per fornire supporto alle donne migranti. Ad esempio, dovrebbero essere presi in considerazione la creazione di reti, la sensibilizzazione culturale, l'apprendimento del vocabolario su come esprimersi in relazione al benessere mentale attraverso le lezioni di lingua, dove vengono molte donne".

CONCLUSIONI

I racconti in questo rapporto provengono da professionisti che lavorano con le donne migranti e dalle stesse donne migranti e rifugiate. Le esperienze, variegata e con sede in diversi paesi dell'UE (Belgio, Ungheria, Italia, Grecia, Regno Unito, Repubblica Ceca, Spagna, Francia, Germania, Paesi Bassi, Finlandia e Irlanda) ci offrono una panoramica sostanziale di ciò che si sta realizzando e di quanto deve essere affrontato in relazione al sistema di assistenza sanitaria mentale in Europa.

Durante il processo migratorio, oltre a vivere esperienze traumatiche pre-migrative, molte donne hanno incontrato diversi fattori di stress come restrizioni e barriere nell'accesso all'alloggio, all'istruzione, alla salute, alla carriera; reddito basso o nullo, lo svolgimento gravoso e poco accogliente della trattazione dei loro casi di asilo, la mancanza di sostegno da parte del governo e la discriminazione nei servizi, che le hanno lasciate con sentimenti di ansia, depressione e disturbo da stress post-traumatico. Alcune di queste donne spesso collegavano le loro emozioni negative come lo stress e l'ansia alla perdita dello status professionale e all'assenza di controllo sulla propria vita: si sentivano come "diventate nessuno"

Il rapporto sottolinea l'importanza di superare le barriere linguistiche, le lacune nella comprensione interculturale dei professionisti, i lunghi tempi di attesa per incontrare uno specialista di salute mentale, la mancanza di accesso alle informazioni di base e la consapevolezza sui servizi, oltre ai tabù culturali sulla salute mentale all'interno della comunità del migrante. L'enfasi sulla formazione e il reclutamento di professionisti provenienti dal contesto migratorio nel sistema sanitario, la disponibilità di servizi specialistici con esperienza nella fornitura di servizi per le donne, programmi a favore delle donne e gruppi di supporto per assistere donne in difficoltà e con problemi di salute mentale è stata altamente raccomandata.

Esplorando l'impatto sulla salute mentale di questioni specifiche delle donne come la maternità, nonché le forme di violenza che colpiscono principalmente le donne tra le persone migranti come quella domestica, la prostituzione, la tratta e le mutilazioni genitali femminili, questo rapporto offre diversi punti di vista su come le autorità possono rivedere le loro politiche ed approcci al fine d'incorporare le raccomandazioni suggerite nel loro sistema.

RACCOMANDAZIONI

- **Approccio olistico alla fornitura di servizi che include un coinvolgimento proattivo della comunità, con un intervento mirato sulle donne migranti, rifugiate ed appartenenti a minoranze etniche.**
- **Formazione per professionisti finalizzata ad incrementare la consapevolezza di pratiche rispettose dei diritti umani, culturalmente sensibili ed incentrate sulle donne, in particolare la salute mentale delle donne migranti.**
- **Inclusione nei programmi di sostegno di: mezzi di trasporto sicuri, assistenza all'infanzia, corsi di lingua, adeguato sostegno sociale e finanziario per le donne migranti.**
- **Programmi precoci di sensibilizzazione per donne migranti e rifugiate con informazioni e supporto sui diritti umani delle donne e sull'accesso ai servizi, compresi i servizi sanitari e di salute mentale. Tali informazioni devono essere fornite prima che le donne si trovino in crisi e alla cerca di aiuto, soprattutto nei casi di violenza domestica.**
- **Intervistatrici e interpreti, nonché supporto legale, per consentire alle donne di divulgare la loro storia migratoria, inclusa qualsiasi storia di violenza, abuso o sfruttamento.**
- **Programmi educativi e ricreativi basati sui diritti umani per giovani donne e ragazze migranti, come teatro, danza, sport e attività creative, per migliorare l'autostima ed aprire una discussione su identità, cultura e tradizione.**
- **Formazione e sensibilizzazione per educatori, insegnanti ed operatori sociali sulla diversità culturale, sulla sensibilità culturale e sull'integrazione.**
- **Istituire un sistema informato di riferimento per la salute mentale in collaborazione con i servizi governativi, l'assistenza sociale, i rifugi e la polizia.**
- **Istituire servizi culturalmente sensibili con professionisti della salute mentale formati alla cultura e ai diritti umani, in un ambiente di consulenza non discriminatorio e senza pregiudizi in cui le donne con background diversi sono le benvenute.**
- **Ridurre i tempi d'attesa per l'accesso a professionisti della salute mentale e servizi specialistici e/o un rapido rinvio a programmi di supporto comunitario guidati da donne.**
- **Sviluppo e sostegno di gruppi locali di sostegno alla violenza domestica e servizi di accoglienza rivolti a donne di diversa estrazione.**
- **Sostegno e sviluppo di servizi olistici di Exit femministi guidati da donne per donne sfruttate nella prostituzione e vittime di tratta a scopo di sfruttamento sessuale.**
- **Sostegno e finanziamento per le organizzazioni esistenti guidate da donne, che già lavorano con donne vittime e sopravvissute alla violenza e alla discriminazione.**
- **Sostegno e finanziamento per le organizzazioni guidate da donne migranti che offrono una varietà di servizi, tra cui: servizi incentrati sulle donne; rifugi per sole donne; donne mentori; corsi di lingua; supporto legale; laboratori e risorse di sensibilizzazione; psicologi e consulenti. È più probabile che riescano così a raggiungere sia donne che ragazze migranti e rifugiate e forniscano loro informazioni e supporto su come accedere ai servizi necessari di salute mentale.**

RISORSE UTILI

BUONE PRATICHE SUL BENESSERE MENTALE DELLE DONNE MIGRANTI

- Women-Centred Principles: [https://womenscentre.org.uk/wp-content/uploads/2020/04/Applying- Women-Centred-Principles.pdf](https://womenscentre.org.uk/wp-content/uploads/2020/04/Applying-Women-Centred-Principles.pdf)
- Briefing on migrant women and mental health: <https://womenscentre.org.uk/wp-content/uploads/2021/06/WomenCentres-contribution-to-ENoMWs-report-women-migrants-and-mental-health-May-2021.pdf>
- Comment améliorer le recours aux services du social et de la santé pour les femmes ayant vécu l'exil: [https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-promotion-sante/item/516-comment-ameliorer -le-recours-aux-services-du-social-et-de-la-sante-pour-les-femmes-ayant-vecu-l-exil-tables-sante-migrants-2018-rapport.html](https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-promotion-sante/item/516-comment-ameliorer-le-recours-aux-services-du-social-et-de-la-sante-pour-les-femmes-ayant-vecu-l-exil-tables-sante-migrants-2018-rapport.html)
- COVID- 19: SU IMPACTO EN LAS MUJERES INMIGRANTES DE LA CIUDAD DE VALÈNCIA: <https://asociacionportimujer.org/wp-content/uploads/2020/11/Informe-Covid-PortiMujer.pdf>
- Radical Feminist Therapy; working in the context of violence by Bonnie Burstow: <https://drive.google.com/file/d/1xhSvKqGXnWuwEY6SwP9rD1QX8lcwpiRS/view?fbclid=IwAR32Y5wUrR01wP4XG7KB5tY2Ia32fe92fVUcyIVq0-cGtoXszA2fcLWS9PA>

BENESSERE MENTALE DELLA MADRE

- Migrant and Refugee pregnant women mental health: <http://www.europeanjournalofmidwifery.eu/Addressing-mental-health-issues-among-migrant-and-nrefugee-pregnant-women-A-call,108626,0,2.html>
- Maternal and mental health of immigrant women: <https://www.gmmh.nhs.uk/download.cfm?doc=docm93jjm4n895.pdf&ver=1674>

DONNE E SALUTE MENTALE

- Let' s Talk: Mental Health Experiences of Migrant Women, Report, Ireland, Aki Dwa January 2020: <https://akidwa.ie/wp-content/uploads/2020/01/LetsTalk2.pdf>
- Women at the Centre: <https://www.centreforwelfarereform.org/uploads/attachment/429/women-at-the-center.pdf>
- WHO women' s mental health: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66539/WHO_MSD_MDP_00.1.pdf;jsessionid=29E7E007741F794C7AF353A6E530930B?sequence=1
- How to maintain the mental wellbeing after a year of pandemic lockdown, Association for Integration and Migration, Czech republic: https://www.migrace.com/adm/_upload/docs/preklad_tipy_psychoterapeutky_eng_1623409471.pdf
- Psychosocial and Mental Health Aspects of Women' s Health: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61376/WHO_FHE_MNH_93.1.pdf?sequence=1
- Women' s wellbeing: <https://www.hsconsultancy.org.uk/system/resources/2/working-towards-womens-wellbeing-unfinished-business.pdf?1302161290>
- Young women and mental health: <https://weareagenda.org/wp-content/uploads/2020/11/Struggling-Alone-3.pdf>
- Social determinants of immigrant women mental health: <https://www.hindawi.com/journals/aph/2016/9730162/>
- Women in Migration Emotions and Mental Health in the Czech Republic: https://www.migrace.com/adm/_upload/docs/sheet_mental-health_1619708373.pdf

TRAUMA

- Trauma informed approach : <https://weareagenda.org/wp-content/uploads/2020/11/Struggling-Alone-3.pdf>
- Trauma and prostitution: <https://www.trauma-and-prostitution.eu/en/>
- Trauma in exiled women, group psychotherap : <https://www.cairn.info/revue-l-autre-2011-3-page-327.htm?contenu=resumecontenuto=riprendi>

RINGRAZIAMENTI

Ringraziamo tutte le partecipanti: Stefanie Bode, Dott.ssa Caroline Munyi, Pierrette Pape, Johanna Schima, Laurence Van Den Abeele, Zeinab Nourzahi, Bassma Chaoki, Malaika Oringo, Natasha Noreen, Fabienne El-Khoury, Mary Mozafary, Zarghona Rassa, Shaza Alrihawi, Ani la Noor, Patricia Viviana Ponce, Eva Valentova, Thaleia Portokaloglou, Yasaman Heidarpour, Veronika Susedkova e due donne belghe che devono rimanere anonime, per averci dedicato del loro tempo prezioso e aver condiviso le loro esperienze (a livello personale e professionale).

Il nostro ringraziamento speciale va a Wilma M. Middendorf per la sua attività di ricerca, per aver condotto alcune delle interviste e per averle trascritte.

Grazie a Dina Nazari e a Vanesa McCulloch per la revisione della bozza e le correzioni.



La Rete Europea delle Donne Migranti è una piattaforma femminista, laica, guidata da donne migranti e non affiliata a un partito, che difende i diritti, le libertà e la dignità delle donne e delle ragazze migranti, rifugiate e appartenenti a minoranze etniche in Europa.

www.migrantwomennetwork.org | info@migrantwomennetwork.org

Copyright © European Network of Migrant Women 2021