

Alcune riflessioni in tema di Salute Mentale nei Migranti Forzati: l'esperienza del centro SAMIFO

Some reflections on mental health of forced migrants and refugees: the SAMIFO center experience

Giancarlo Santone, Emilio Vercillo

SAMIFO – ASL Roma 1

Parole chiave: migranti forzati; approccio multidisciplinare; tortura

RIASSUNTO

Premessa: i “migranti forzati” vengono definiti tali perché costretti a scappare dai propri paesi per motivi di carattere politico, religioso, etnico o per discriminazioni di genere.

Questi hanno un elevato rischio di essere esposti nel paese ospite a rischi di carattere psicologico, sociale e fisico. Per tale ragione l'assistenza sanitaria fornita ai richiedenti asilo e rifugiati politici deve avere un approccio che sia multidisciplinare e multidimensionale.

Obiettivi: facilitare e promuovere la fruibilità dei servizi sanitari; informare i pazienti dei loro diritti; formare gli operatori socio-sanitari sui temi riguardanti la medicina delle migrazioni; assicurare la mediazione culturale per superare le barriere linguistiche e culturali; promuovere un approccio sistematico per affrontare il trauma.

Metodi/Risultati: nel Lazio, e nello specifico a Roma, grazie a un protocollo stipulato tra l'ex Asl Roma A e il Centro Astalli è stato fondato un centro di assistenza sanitaria dedicata ai richiedenti asilo e rifugiati politici: SAMIFO. L'approccio del centro è di tipo multidisciplinare e combina il lavoro fornito dall'assistenza sanitaria pubblica della ASL con quello del privato sociale fornito dal Centro Astalli.

Conclusioni: dal 2007 al 2016 sono stati visitati più di 10.000 pazienti, suddivisi in: 55000 visite di medicina generale e 35000 visite specialistiche (psichiatria, psicologia, ginecologia, medicina legale, infettivologia, ortopedia).

Key words: Forced Migrants, multidisciplinary approach, torture

Autore per corrispondenza: giancarlo.santone@aslroma1.it

SUMMARY

Introduction: Forced Migrants, escaped from their countries because of political, ethnic, religious or gender problems, are not comparable to Economic Migrants in terms of health. In fact Forced Migrants are highly exposed to psychic, social and physical hazard in their destination countries. The healthcare dedicated to asylum seekers and refugees must be conceived through a systemic approach multidisciplinary and multidimensional at the same time.

Aims: to promote and facilitate the fruition to public health care; to inform patients about their rights and about the related information sources; to educate healthcare professionals about migration medicine topics; to ensure cultural-linguistic mediation to overcome the barrier of language and intercultural communication; to promote systemic approach to multidimensional trauma. Scientific Committee: goals and actions planning; promotion of information research and education activities; raise the awareness of social and institutional actors; promotion of the circulation of knowledge and results; definition of a list of evaluation indicators

Methods/Results: the local health net GRIS Lazio permitted to Public Health Care and Private Social Assistance to present and share their ideas of good practice in order to create common resources, developing common ways of reflection on critical areas in the matter of migrants health. The agreement protocol between ex ASL Roma A and Centro Astalli association officially founded SAMIFO health center: a multidisciplinary integrated system between Public Health Care (ASL Roma 1) and Private Social Assistance (Italian Jesuit Refugees Service). *Aims:* to promote and facilitate the fruition to public health care; to inform patients about their rights and about the related information sources; to educate healthcare professionals about migration medicine topics; to ensure cultural-linguistic mediation to overcome the barrier of language and intercultural communication; to promote systemic approach to multidimensional trauma.

Conclusions: in our centre, from 2007 to 2016, there have been more than 10.000 patients and main health visits have been over: 55000 general medicine and 35000 specialist visits (psychiatric, gynecologic, forensic medicine, psychological, vaccination, infectivology, orthopedics).

Introduzione

I richiedenti e titolari di protezione internazionale sono persone costrette ad abbandonare il proprio paese perché vittime o testimoni di violenze, umiliazioni, minacce, persecuzioni, o a causa di guerre, disastri ambientali, carestie, epidemie. L'esperienza traumatica mette a rischio l'integrità e la continuità psichica delle vittime, anche se non tutti sviluppano una sintomatologia franca.

Vi sono inoltre altri fattori, per esempio la diffusione di malattie presenti nel paese di provenienza, quali quelle parassitarie, infettive o nutrizionali e l'esposizione a fattori di rischio durante il percorso migratorio e post migratorio, che possono incidere sulle condizioni di salute dei rifugiati caratterizzando il cosiddetto "effetto migrante esausto" (1). Lo stress cronico derivante dalla lotta continua per la sopravvivenza può provocare anche una serie di reazioni psico-neuro-immuno-endocrinologiche determinando un aumento della suscettibilità alle infezioni, di patologie cardiache e tumorali (2).

Per le aziende sanitarie locali e ospedaliere, l'elevato numero di migranti forzati portatori di malattie psicosomatiche e di gravi sofferenze pone l'esigenza di riflettere su come intervenire efficacemente sulla vulnerabilità psico-sanitaria dei richiedenti/titolari di protezione internazionale e di mettere in atto azioni e percorsi di tutela della salute, sia di prevenzione che di assistenza

cura e riabilitazione.

In particolare la ASL Roma 1 ha contribuito al processo di rafforzamento delle competenze istituzionali e delle collaborazioni fra gli enti di tutela per offrire nuovi strumenti di azione. Infatti da oltre 10 anni sostiene e valorizza il Centro di Salute per Migranti Forzati – SAMIFO - nato nel 2006 come progetto pilota. Nel luglio del 2015 ha ottenuto l'importante riconoscimento della Regione Lazio come *“Struttura Sanitaria a valenza regionale per l'assistenza ai migranti forzati nonché punto di riferimento per gli enti che operano per la loro tutela in quanto si avvale di un modello organizzativo che, attraverso percorsi assistenziali integrati, riesce a soddisfare bisogni di salute complessi che richiedono contestualmente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale”*, e recentemente, e nel nuovo modello organizzativo, il centro SAMIFO viene istituzionalizzato come struttura territoriale autonoma della ASL Roma I a valenza interdistrettuale.

Il centro SAMIFO non è solo un centro che fornisce assistenza sanitaria competente a una popolazione particolarmente fragile, ma anche un luogo generatore di una nuova conoscenza, sia perché adegua pratiche medico-sanitarie alle esigenze di persone provenienti da differenti culture, sia perché stimola risposte a problematiche nuove, coinvolgendo campi e saperi altri, come la sociologia e l'antropologia. A seguito di questa riflessione nascono nel 2016 i *“Quaderni del SAMIFO”*, per riflettere su temi di particolare attualità nel nostro Paese, con l'arricchimento che viene dall'esperienza interna del Centro e con il contributo di autorevoli professionisti di organismi nazionali e internazionali che da tempo lavorano sul campo.

Il Centro di Salute per Migranti Forzati – SAMIFO

Il centro SAMIFO (Salute Migranti Forzati) nasce nel 2006 dalla collaborazione tra la ex ASL Roma A e l'Associazione Centro Astalli, sede italiana del Jesuit Refugee Service - JRS - per dare risposte concrete alla difficoltà di esigibilità dei diritti dei richiedenti e titolari di protezione internazionale. È un servizio dedicato esclusivamente alla tutela e alla promozione della salute dei migranti forzati. Ha come obiettivo principale la presa in carico e la cura temporanea dei richiedenti e titolari di protezione internazionale, per un periodo non superiore a 24 mesi. Infatti nelle fasi iniziali dell'arrivo le ridotte capacità di comunicazione linguistica possono compromettere gravemente le relazioni con il nuovo contesto e inficiare l'interazione clinica, terapeutica e di autonomia. Trascorso tale tempo gli utenti dovrebbero aver appreso la conoscenza basica della lingua italiana, quindi essere in grado di capire, di farsi capire, di *“muoversi”* autonomamente nel territorio e di fruire liberamente dei servizi sociosanitari, a parità con gli altri cittadini. Particolare attenzione è rivolta all'assistenza e cura delle vittime di trattamenti disumani e degradanti, quali la tortura e altre forme di violenza intenzionale.

Il metodo di lavoro scelto è quello del *governo della rete come insieme di relazioni tra diversi soggetti, che convergono su obiettivi, strategie e metodologie di lavoro, creando culture condivise per raggiungere determinati risultati*.

La strategia assistenziale è fondata sulla realizzazione di percorsi interdisciplinari,

multidimensionali e interculturali di assistenza e cura, sull'integrazione tra l'assistenza medica di base e l'assistenza specialistica e dalla integrazione tra le prestazioni sanitarie e le azioni di protezione sociale. Un modello organizzativo che ha anticipato di circa 10 anni quanto ricordato da Vostanis (3) nell'editoriale pubblicato su BMJ che sostiene che non è sufficiente un servizio con specialisti preparati che incentrano il proprio lavoro sul trauma e sul sintomo bensì serve l'integrazione con interventi psicosociali che permettano la comprensione dell'esperienza del migrante, il miglioramento della sua capacità di resilienza, l'assistenza al resettlement (reinsediamento). Perciò, dice Vostanis, serve un lavoro strettamente integrato del personale sanitario con enti ed associazioni che tengano in considerazione i bisogni essenziali, le condizioni di vita e gli *stressors* quotidiani della persona.

Il Centro SAMIFO è aperto dal lunedì al venerdì ed è articolato nelle seguenti linee d'attività:

- Sportello di accoglienza e orientamento socio-sanitario - *front office*
- Spazio di ascolto per richieste più "delicate" che richiedono maggior privacy - *back office*
- Servizio strutturato (non a chiamata) di *mediazione linguistico - culturale* per le lingue farsi, dhari, tigrino, amharico, wolof, bambara, djoula, mandingo, arabo, urdu, pashtun, inglese, francese, spagnolo. Il servizio è finanziato dal Centro Astalli e, attraverso bando pubblico, da Roma Capitale.
- Ambulatorio di *medicina generale* (2 medici di assistenza primaria, convenzionati con la ASL Roma 1)
- Ambulatorio di *psichiatria* (3 psichiatri, 2 dipendenti ASL a tempo pieno e 1 volontario del Centro Astalli)
- Ambulatorio di *psicologia* (2 psicologhe, 1 dipendente della ASL Roma 1 e 1 del Centro Astalli)
- Ambulatorio di *medicina legale* (1 medico legale, volontario del Centro Astalli)
- Ambulatorio di *ginecologia e ostetricia* (personale femminile dipendente della ASL Roma 1, ginecologa, ostetrica, infermiera)
- Ambulatorio di *ortopedia* (specialista volontario del Centro Astalli).

La popolazione assistita - circa 80 % uomini e il 20 % donne - è stata e continua ad essere prevalentemente africana.

Sono circa 300 le vittime di trattamenti disumani e degradanti compresa la tortura seguite dal SAMIFO ogni anno. L'accesso al front office del Centro SAMIFO è libero.

L'assistenza primaria in medicina generale svolge un ruolo di prima osservazione medica. L'accesso è riservato agli utenti regolarmente presenti nel territorio cittadino; si effettuano mediamente 30 visite al giorno. Alle linee di attività specialistiche si accede su prenotazione. La medicina legale effettua solo certificazioni di esiti di violenze intenzionali; mentre le certificazioni INPS, di invalidità civile, di compatibilità con la vita comunitaria, di sana e robusta costituzione, di malattia etc. vengono comunque fornite a titolo gratuito dai medici di medicina generale.

Al SAMIFO si rivolgono per visite specialistiche di settori particolarmente delicati (ginecologia, salute mentale, infettivologia) anche persone iscritte presso altri studi di assistenza primaria e ospiti dei Centri di Accoglienza afferenti al Servizio di Protezione Richiedenti Asilo e Rifugiati - SPRAR - e dei Centri di Accoglienza Straordinari – CAS – gestiti rispettivamente dagli Enti Locali e dalle Prefetture. Va inoltre sottolineato che alcuni pazienti vulnerabili vivono da anni in strutture occupate (per esempio Anagnina, Piazza Indipendenza) dove sono ammassate migliaia di persone, in condizioni igieniche e sociali precarie.

Le attività specialistiche finalizzate al ripristino della salute mentale, in particolare quelle di psichiatria, pur svolgendosi nella sede del SAMIFO sono strettamente collegate con i servizi territoriali e ospedalieri del Dipartimento di Salute Mentale. Dopo l'iniziale fase di cura presso il SAMIFO i pazienti gravi che necessitano di trattamenti di lunga durata e di percorsi integrati sociosanitari (invalidità civile, assegno di accompagnamento, tirocini/lavoro protetto, inserimento presso strutture residenziali e riabilitative, etc) vengono accompagnati presso i Centri di Salute Mentale. Al fine di mantenere una progettualità congiunta con il DSM della ASL Roma 1 viene garantita la partecipazione di professionisti del SAMIFO alle riunioni cliniche settimanali presso i CSM.

Abbiamo osservato che, nonostante la diversità degli eventi traumatici vissuti, le conseguenze a livello psichico sono marcatamente simili, indipendenti dalla cultura, classe sociale, genere, appartenenza etnica o religiosa. Le violenze subite dai migranti forzati nel paese d'origine o durante il percorso migratorio producono una complessa reazione psicopatologica, paura, insicurezza e diffidenza.

La sintomatologia psichica presente nelle persone vittime di tortura è inserita secondo la nosologia classica nella reazione acuta da stress, nel disturbo da stress post traumatico (PTSD), nei disturbi dissociativi (v. infra), nella modificazione duratura della personalità dopo esperienza catastrofica e in altre categorie diagnostiche.

Inoltre, le situazioni di *incontro-confronto-scontro* tra diversi riferimenti culturali sottopongono il migrante forzato ad un ripetuto e continuo sforzo per ridefinire gli *schemi cognitivi, valutativi e comportamentali* precedentemente acquisiti.

Infine, la precarietà alloggiativa e lavorativa favoriscono ulteriori percorsi di male/malessere/malattia su quelli di bene/benessere/salute.

Sulla base dell'esperienza maturata in questi anni abbiamo osservato che qualsiasi comportamento o azione mirati a calmare il dolore e lo stress, a ricostruire la fiducia nell'essere umano e a ridare dignità e speranza ai sopravvissuti alla tortura possono essere considerati "atti terapeutici". Inoltre che gli interventi in ambito sociale, economico, legale e relazionale sono altrettanto indispensabili che quelli specifici sulla salute mentale e fisica.

Particolare attenzione viene posta ai tempi e ritmi dei colloqui. È essenziale garantire piena libertà di espressione nei modi, forme e contenuti.

Durante i colloqui si possono verificare reazioni emotive intense e dolorose (pianto,

disperazione, disturbi dissociativi), che possono contagiare le persone del setting terapeutico. Al fine di evitare che il terapeuta-testimone diventi “vittima del paziente” abbiamo messo in atto opportuni meccanismi di prevenzione delle malattie correlate con lo stress lavorativo, in particolare per prevenire la traumatizzazione vicaria.

La presenza del mediatore linguistico culturale è il fondamentale anello di congiunzione tra il terapeuta e il paziente, un operatore qualificato che, oltre a padroneggiare la lingua della vittima, conosce la realtà dei paesi di provenienza, transito e accoglienza.

La nostra terapia con le vittime di tortura non segue schemi rigidi. Le sue fasi, definibili ma non definite, sono modulate in base ai bisogni individuali della vittima e ponendo attenzione alle difficoltà che i terapeuti vivono nell’incontro con situazioni così estreme.

Migrazione e patologie psichiatriche

Le più importanti pubblicazioni (4-5) sulla salute mentale dei richiedenti e titolari di protezione internazionale riguardano il disturbo da stress posttraumatico (PTSD), la depressione e i disturbi d’ansia. Poche purtroppo sono quelle riguardanti i disturbi dissociativi, patologia estremamente complessa e frequente nei migranti forzati, che meriterebbe maggior attenzione scientifica. Alcuni autori hanno osservato che la presenza di disturbi mentali comuni è doppia nei migranti forzati rispetto ai migranti economici (6). Una *review* pubblicata da Lancet (7) indica che i migranti forzati sopravvissuti a torture e violenze hanno una prevalenza di PTSD 10 volte maggiore rispetto alla popolazione generale dei paesi di accoglienza, mentre una metanalisi del 2009 dimostra come la prevalenza di PTSD in rifugiati e popolazioni esposte a conflitti varia tra il 13 e il 23% (8).

Il PTSD è dunque la patologia psichiatrica più frequente (e di maggior interesse scientifico) nei richiedenti protezione internazionale ed è sempre crescente la convinzione che il PTSD possa essere legato, non solo a situazioni che mettono a rischio la vita dell’individuo, ma anche a condizioni permanenti di instabilità e insicurezza (8-10), che tendono altresì a peggiorare la prognosi psichiatrica (11-13). Inoltre sembra che alcuni fattori socio-ambientali presenti nel paese di accoglienza, per esempio la discriminazione, lo sfruttamento, il razzismo potrebbero slatentizzare idee paranoiche, portando a manifestare franchi sintomi psicotici. I migranti per lo più vivono in un livello sociale svantaggiato rispetto a quella dei cittadini dei paesi di accoglienza, in una condizione di “stress permanente” che spiegherebbe gli elevati tassi di malattia mentale e non solo. È utile ricordare, anche se non totalmente condivisa in base alla nostra esperienza, che alcuni autori (14) propongono una teoria secondo la quale l’esposizione prolungata a *stressors* ripetuti potrebbe causare una rottura psicotica, mentre l’esposizione ad un singolo evento traumatico porterebbe allo sviluppo di un disturbo dell’umore. A tal proposito è interessante rileggere la perizia psichiatrica, condivisa dal giudice, relativa a Adam Kabobo, il ghanese che a Milano uccise a picconate nel 2013 tre passanti: “dà conto della presenza della malattia mentale”, una forma di schizofrenia paranoide, “e di quanto la stessa abbia inciso nella

sua comprensione degli eventi e nella determinazione della sua volontà offensiva”, concludendo tuttavia nel senso che “il Kabobo non ha commesso gli omicidi in una condizione di totale assenza di coscienza, di automatismo travolto dalla malattia”. Per tale ragione viene condannato a 20 anni di prigione, confermati dai giudici della corte d’assise d’appello di Milano, con il vizio parziale di mente e 3 anni di casa di cura e custodia a pena espiata. Ma la perizia sottolinea anche che la “condizione di stress derivante dalla lotta per la sopravvivenza” ha aggravato “la sintomatologia delirante e allucinatoria e la comprensione cognitiva”.

La lunga esperienza clinica con i richiedenti e titolari di protezione internazionale ci conferma quanto descritto dalla letteratura internazionale: la sintomatologia intrusiva simil-psicotica (visiva, uditiva, olfattiva, gustativa) di ripetizione dell’evento traumatico può essere erroneamente interpretata come sintomi positivi delle psicosi (allucinazioni uditive, visive, olfattive o deliri). È stata riscontrata in diversi studi la difficoltà per i clinici di distinguere la schizofrenia da un disturbo affettivo, con un conseguente aumento della prima diagnosi in pazienti afroamericani (15-16). Sicuramente è più difficile distinguere sintomi di un disturbo dissociativo da sintomi psicotici, sia a causa della scarsa formazione specifica che per aspetti organizzativi. In più è stato dimostrato che il rischio di *misdiagnosis* è tanto più elevato quanto minore è il tempo trascorso dal paziente nel nuovo paese (17). Quando la comunicazione tra medico e paziente non è adeguata, la probabilità di incorrere in un errore di diagnosi e trattamento risulta maggiore (18). La diagnosi errata può essere il risultato di:

- sottovalutazione o sopravvalutazione della gravità psicopatologica;
- fallimento nel riconoscimento della psicopatologia;
- diagnosi di una psicopatologia non presente.

L’errore diagnostico può indurre i professionisti a formulare interventi terapeutici e riabilitativi inadeguati o inappropriati che possono causare il prolungamento o l’induzione della condizione di sofferenza, la perdita di qualità della vita o persino l’inizio della disabilità (18).

In generale il vantaggio di una diagnosi efficace, sostenuta da un attento studio della psicopatologia delle persone con storia traumatica, potrebbe condurre anche ad un considerevole risparmio sui costi della sanità, spesso ingenti a causa di diagnosi errate e quindi successive terapie poco o per nulla funzionali alla gestione della patologia psichiatrica.

Osservazioni cliniche sulla patologia post-traumatica dei richiedenti protezione internazionale

Le patologie post-traumatiche costituiscono la principale patologia psichiatrica tra le persone prese in carico al SAMIFO, per numerosità e per impegno del servizio, il che ha comportato uno sviluppo della competenza specialistica del Servizio sulla clinica e sulla terapia del Trauma. Basandoci sulla nostra esperienza diretta e sulla letteratura, possiamo brevemente delineare alcune riflessioni in merito.

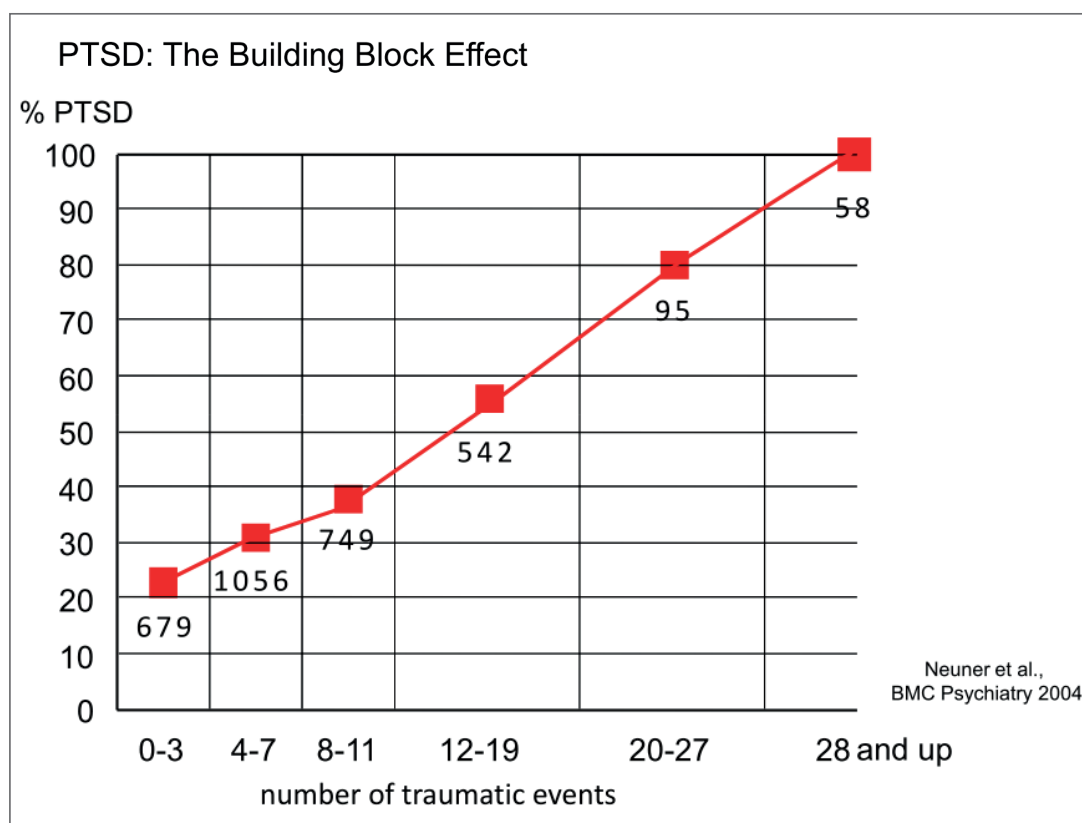
La prima riguarda il fatto (già largamente descritto nella letteratura) che l’occorrenza di eventi

traumatici nella vita delle persone non equivale a patologia post-traumatica, né per frequenza di insorgenza, né per gravità: evento traumatico e trauma clinico sono cose molto diverse. Infatti solo una percentuale che viene stimata tra il 10 e il 40 % delle persone che hanno subito traumi sviluppano una patologia post-traumatica; inoltre si è lungamente constatato come anche la severità dell'evento o la sua crudeltà non coincidano con il potenziale patogeno: un'esperienza di tortura o un incidente stradale possono dare origine alla stessa forma clinica di PTSD.

Mentre è vero che il ripetersi di eventi traumatici, o la loro durata nel tempo, aumentano fortemente il rischio (figura 1).

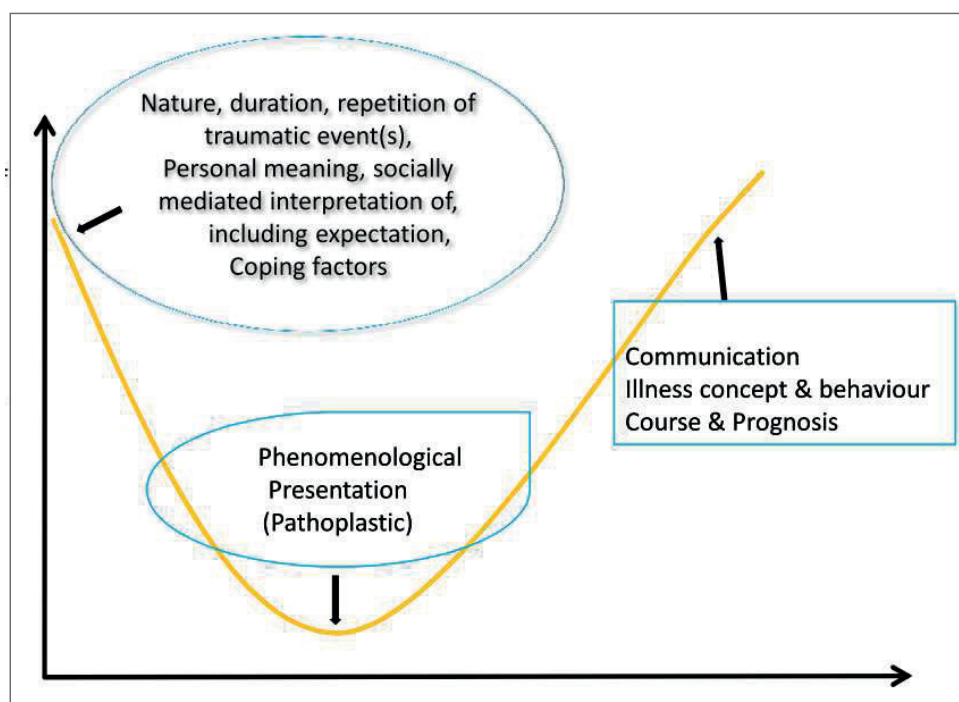
La seconda riguarda l'influenza di fattori genericamente descritti come socio-culturali nella

Figura 1- Effetto cumulativo del trauma



patologia post-traumatica, largamente riconosciuta, e non solo per la natura degli eventi che la causano (ovviamente a forte determinazione socio-culturale). Infatti fattori di forte influenza sulla genesi e sul decorso di tali patologie sono stati descritti in letteratura. Nella figura 2 tentiamo di riassumerne graficamente l'influenza, prima e dopo il manifestarsi della patologia. Precedentemente alla loro formazione giocano per esempio un ruolo (al di là di varianti individuali, genetiche e di processo di attaccamento) gli eventi traumatici per la loro natura, durata e ripetizione, coinvolgimento familiare e gruppale, il grado di attesa e la preparazione al trauma, piene di interpretazioni culturalmente mediate, e i fattori di coping culturali e comunitari. E

Figura 2- Post-traumatic pathology and cultural factors



simmetricamente a malattia insorta variano culturalmente gli stili di comunicazione, (i contenuti ritenuti degni di comunicazione al medico, secondo lo stile comunicativo culturale), la teoria culturale di malattia (illness concept), nonché l'influenza culturale determinante su decorso e prognosi.

Rimangono però fuori da una influenza culturale - secondo quanto si osserva e viene descritto nel settore della psicotraumatologia - le manifestazioni cliniche, la struttura sintomatologica dei disturbi post-traumatici e dissociativi, determinati come sono più dal *bios* dei sistemi di allarme e difesa iperstimolati in cronico che da meccanismi di diversificazione su base culturale, differentemente da altri capitoli della psicopatologia.

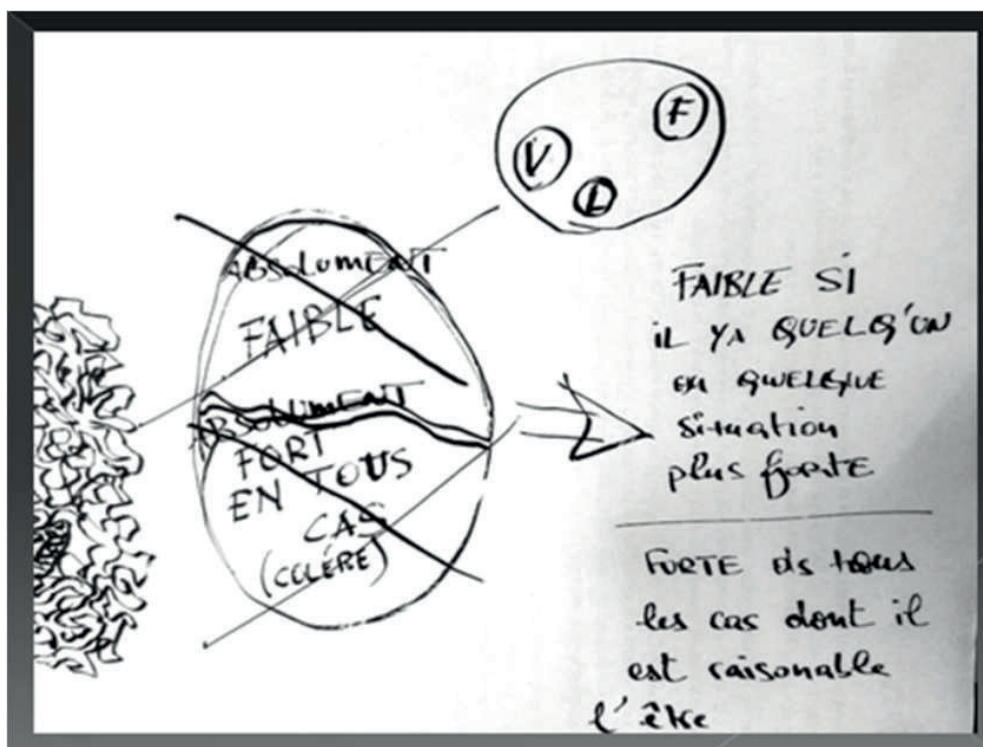
Un'ulteriore specificazione riguarda la tipologia della popolazione con patologia collegata a eventi traumatici che afferisce al SaMiFo. Essendo il nostro servizio dedicato prevalentemente ai richiedenti protezione, di fatto abbiamo in cura persone nei primi mesi/anni di arrivo in Italia, con patologia post-traumatica non cronica nella maggioranza. Manca un riscontro a lungo termine della loro evoluzione, così come mancano quei casi in cui la patologia si sviluppa a distanza di tempo - come è ben possibile - dagli eventi causativi.

Quanto sopra non è peraltro vero in assoluto, come vedremo. Infatti nel campo della psicotraumatologia sono due le categorie diagnostiche che raggruppano i quadri clinici: quella dei PTSD, i Disturbi da Stress Post-traumatico, e quello dei Disturbi Dissociativi. Entrambi riconoscono come fattore etiologico un evento traumatico (per evento traumatico intendiamo non solo un fatto puntiforme ed unico, ma soprattutto una serie di eventi, o una condizione

traumatizzante cronica), ma il quadro sincronico di dispiegamento sintomatologico, così come la temporalità degli eventi, il decorso storico nonché ovviamente le tecniche terapeutiche sono distinte.

Fenomeni dissociativi (ove per “dissociativo” si intende “con alterazione parziale o totale dello stato di coscienza”) possono essere presenti su tutta la scala delle patologie, ma solo nel caso dei Disturbi Dissociativi si strutturano all’interno della persona entità distinte più o meno autonome, come Parti separate della stessa persona. È questo il caso frequente delle ‘voci’ dissociative, allucinazioni o più spesso pseudo-allucinazioni con caratteristiche fenomenologiche ben differenti dalle voci degli schizofrenici; vale la pena sottolineare che in termini di riscontro clinico i disturbi della senso percezione a tipo allucinatorio sono più frequenti nei quadri di Disturbi dissociativi di quanto si trovino nei disturbi psicotici (intendendo in senso proprio le malattie schizofrenica, bipolare e paranoica) (19). Le voci dissociative sono riconoscibili, in genere, da parte del soggetto, hanno caratteristiche di età, stile di pensiero, finalità, linguaggio, mezzi e finalità distinte all’interno della stessa persona. Nei nostri pazienti sono le voci degli autori delle violenze subite che in prevalenza parlano al paziente. Ma anche qui le cose non sono semplici. Nel caso della fig. 3 si osserva il sistema interno della paziente che chiameremo Marie, nel circolo superiore: F (faible) è la parte debole, una bambina o prima adolescente che Marie sente piangere; V ed L sono le parti ostili. Ma V ed L nascono in momenti differenti ed hanno funzione differente. Le più disturbanti e frequenti sono le voci di V (violence) [in Marie si tratta

Figura 3- Internal System in Dissociation Patient



di un gruppo di voci distinte dall'altro gruppo, ma non tra loro], ossia dei militari congolesi che la violentarono ai suoi 12 anni, e la loro funzione è di intervenire ogni volta che M. ha sensazioni piacevoli, o anche solo vive situazioni di normale adattamento (parlare con uomini, essere contenta dell'apprendimento a scuola, etc). Invece L (lier, legare) sono le voci dei militari che a 30 anni l'hanno legata, battuta e violentata, in seguito alla sua denuncia delle violenze sessuali subite dalla sorellina, similmente a quello che era accaduto da piccola alla paziente; la loro funzione è di intervenire contro F denigrandola e cercando di zittirla, ogni volta che F si fa sentire, o come accade non raramente affiora in prima linea nel vissuto diretto di M. (in queste occasioni Marie stessa si sente come una bambina piccola impotente, sopraffatta dal dolore, e piange sconsolata).

Le alterazioni emotive, sensoriali, i cambi di comportamento ingiustificati ed improvvisi, le amnesie, le fughe, tutto è conseguenza nei Disturbi Dissociativi del gioco delle parti, dei vari personaggi in cui si è fratta la persona. Come si accennava sopra, questi Disturbi hanno tempi di causazione differenti dai semplici PTSD, basandosi su una non-integrazione della persona causata da traumi relazionali o di abuso in anni precoci (piuttosto che su una frattura causata nella persona da eventi traumatici recenti). Le persone con questa disorganizzazione di base possono manifestare il loro scompenso anche a distanza di anni dalle condizioni o fatti che hanno causato questa fragilità del sistema e questo è quello che vediamo in alcuni nostri pazienti richiedenti asilo. In questi casi i traumi recenti che hanno portato alla fuga dal paese, o quelli intercorsi nel viaggio di migrazione, hanno il valore di un terremoto che scuote un edificio già fratturato, portando alla sintomatologia che si mostra nel presente (20-21).

Differente è il caso dei PTSD propriamente detti. In questo caso una struttura della persona con una sua solidità di base va incontro a fratture determinate da eventi che sopraggiungono le capacità di ricomposizione del paziente, in maniere e per motivi che vanno esplorati caso per caso nella storia personale, ben al di là della storia migratoria, che ha minima importanza da un punto di vista terapeutico. Molto più rilevante ai fini della azione terapeutica è ricondurre il paziente al di fuori del *hyperarousal* (iperattivazione) in cui si trova costantemente: una reazione fisiologica di allarme adrenergico continuo, che rappresenta momento per momento alla persona una condizione di pericolo per la sua sopravvivenza, anche in un presente di sicurezza per la vita. In questo caso è tutto il paziente che è rimasto intrappolato nell'epoca del trauma e del pericolo, e il tempo ciclicamente si ripropone alla sua coscienza o integralmente (come nel caso dei *flashbacks*, vere reviviscenze – e non ricordi – di quei momenti di violenza), o come 'memorie somatiche' in cui il corpo rivive il trauma una volta e un'altra, ripetutamente. Disregolazione emozionale, difficoltà di concentrazione e di attenzione, disturbi del sonno, condotte di evitamento per tutto quello che ricorda il trauma (gente in uniforme, assembramenti o gruppi, persone di sesso maschile, etc.) sono la conseguenza di questa disregolazione (22).

Per quanto grossolanamente si è delineato sopra è facile comprendere che i percorsi e le tecniche terapeutiche sono differenti nei due gruppi, sia da un punto di vista psicoterapeutico

che farmacologico. In entrambi i casi è assolutamente importante sottolineare che una fase di stabilizzazione (risoluzione sintomatologica, aumento della possibilità per il paziente di stare nel presente, aumento delle capacità per il paziente di autoregolarsi, e soprattutto di poter lavorare con i terapeuti) è necessaria per entrambi. Solo quando la persona è capace di questa autoregolazione ed ha ampliato le sue capacità di trattare con la mente (con le parole) e non con risposte automatiche del suo sistema, il materiale incandescente che porta con sé, solo allora si può direttamente intervenire sulle memorie senza che il paziente si ri-traumatizzi, peggiorando così la sua salute. Sappiamo che per esigenze legali il percorso di richiesta di protezione internazionale comporta una narrazione degli eventi (per di più coerente e non lacunare, cosa difficile per chi soffre di una patologia post-traumatica), e quante volte ci è toccato intervenire per aggravamenti provocati dalla preparazione all'audizione da parte dei consulenti legali, da professionisti sanitari impreparati o dall'audizione stessa.

Ovviamente i casi sono differenti come le storie personali, e quindi non per tutti i tempi coincidono, né quelli di recupero, né quelli della capacità di narrare la storia senza patirne le conseguenze. Come detto en passant sopra, non è il passato degli eventi, ma la sua ombra sul presente il nostro oggetto di interesse e di lavoro per la salute del paziente, a distinguere la specificità del lavoro del medico da altre competenze sociali e giuridiche. Solo mantenendo queste distinzioni, sia da un punto di vista conoscitivo che pratico, si potrà aiutare la persona, laddove confondere pratiche e funzioni trasporta tutto in un ambito confuso pieno magari di buone volontà e giusti furori ma, nell'ideologia generalizzante e 'antitecnica', sostanzialmente inutile alla persona la cui salute e il cui futuro hanno bisogno del nostro intervento.

BIBLIOGRAFIA

1. Bollini P, Siem H. No real progress towards equity: Health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Soc Sci Med* 1995; 41: 819-828.
2. British Medical Association. *Asylum seekers: meeting their health care needs*. London: BMA, publications unit; 2002.
3. Vostanis P. Meeting of the mental health needs of refugees and asylum seekers. *British Medical Journal* 2014; 204: (176-177).
4. Silove D, Steel Z, McGorry P, Mohan P. Trauma exposure, postmigration stressors, and symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress in Tamil asylum-seekers: Comparison with refugees and immigrants. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998; 97: 175-181.
5. Koenen KC, Harley R., Lyons M J, Wolfe J, Simipson JC, Golderberg , et al., A twin registry study of familial and individual risk factors for trauma exposure and posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease* 2002; 190: 209-218.
6. Lindert J, von Ehrenstein OS, Priebe S. Depression and anxiety in labor migrants and refugees. A systematic review and meta-analysis. *Social science and medicine* 2009; 69:246-57.
7. Fazel M. et al, Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in Western countries: a sistematic review. *Lancet* 2005; 9-15 Apr.

8. Steel Z. et al., Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement. A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, August 5, 2009; 302 (5): 537-549.
9. Steel Z, Silove D, Brooks R, et al. Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *Br J Psychiatry* 2006; (188):58-64.
10. Momartin S, Steel Z, Coello M. et al. A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *Med J Aust.* 2006; 185 (7): 357-361.
11. Bhugra D, Gupta S, Bhui K, Craig T, Dogra N, Ingleby JD, Kirkbride J, Moussaoui D, Nazroo J, Qureshi A, Stompe T, Tribe R. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry* 2011; 10 (1): 2-10.
12. Laban CJ, Gernaat H, KomproeihSchreuders BA, De Jong J. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *J NervMent Dis* 2004; 192: 843-51.
13. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons, *JAMA* 2005; 294 (5): 602-612.
14. Hutchinson G, Haasen C. Migration and schizophrenia. The challenges for European psychiatry and implications for the future, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004; 39:350-357.
15. Minsky S, Vega W, Miskimen T, Gara M, Escobar J. Diagnostic patterns in latino, africanamerican, and europeanamerican psychiatric patients, *Archives General Psychiatry* 2003; 60: 637-644.
16. Mukherjee S. et al. Misdiagnosis of schizophrenia in bipolar patients: a multiethnic comparison, *Am J Psychiatry* 1983; 140: 1571-4.
17. Adeponle B, Thombs D, Groleau D, Jarvis E, Kirmayer L.J. Using the cultural formulation to resolve uncertainty in diagnoses of psychosis among ethnoculturally diverse patients. *Psychiatr Serv.* 2012; Feb 1; 63 (2):147-53.
18. Minas H, Stankovska M, Ziguras S. Working with interpreters: guidelines for mental health professionals, Edited by The Victorina Transcultural Psychiatry Unit. 2001 Victoria/Australia www.vtpu.org.au
19. Dorahy MJ, Shannon C, Seagar L, et al. Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without childhood trauma history: similarities and differences. *J NervMent Dis.* 2009; 197:892-898
20. Gonzalez A. *Disturbi dissociativi. Diagnosi e trattamento* 2016; Roma: Giovanni Fioriti ed.; 2016.
21. van der Hart O, Nijenhuis E, Kathy Steele K. *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology) New York :W. W. Norton & Company; 2006.
22. Frewen P, Lanius R. *Healing the Traumatized Self: Consciousness, Neuroscience, Treatment*, New York :W. W. Norton & Company; 2015.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno