

FLUSSO MIGRATORIO E TRAUMA PSICHICO

IL CASO DI UN GIOVANE ERITREO



Filippo Sciacca

Psicologo-psicoterapeuta;

Campo di ricerca:

Interazioni fra comunicazione, mente e culture

08 Luglio 2013

filippo.sciacca@tin.it

Il flusso migratorio di genti provenienti dall’Africa, dal Medio Oriente e dall’Asia verso Lampedusa è ormai un fenomeno epocale. Le sue spiagge bianche non accolgono più soltanto gruppi di turisti, in special modo padani e milanesi; le sue acque color smeraldo non sono più solcate da moderne imbarcazioni di vacanzieri. Ondate di carrette del mare e gommoni alla deriva, stipati di un numero sempre più alto di migranti, solcano il canale di Sicilia e la traversata può trasformarsi in tragedia: gli annegati e i morti di stenti, i cui corpi vengono gettati in mare, ormai fanno parte dell’informazione quotidiana e segnalano il dramma umano e sociale di questo fenomeno.



Il numero degli sbarchi si è moltiplicato di anno in anno, determinando un flusso migratorio che coinvolge decine di migliaia persone, tra uomini, donne e bambini. Si tratta di un fenomeno complesso, le cui cause e motivazioni possono prestarsi a diverse possibili letture di tipo demografico, socio-politico, economico, psicologico (alti tassi di natalità, instabilità politiche, povertà, carestie, calamità naturali, criminalità, “mito dell’occidente e dell’Europa”). Spesso si tratta di clandestini alla ricerca di lavoro, ma frequenti sono coloro che chiedono asilo politico.

Gli immigrati che sono accolti nell’isola sono, poi, portati in nave a Porto Empedocle per essere smistati in vari Centri di Accoglienza o rimpatriati. Alcuni di loro però versano in gravi condizioni di salute, a causa delle pessime condizioni di viaggio, e vengono ricoverati in Ospedale.

Il caso di un rifugiato politico eritreo

Il caso clinico che descrivo mette in evidenza alcuni interessanti aspetti psicopatologici della persona immigrata: l’evento migratorio vissuto come trauma.

T. R. - un eritreo di 24 anni - ha manifestato, in maniera esponenziale ed amplificata, i problemi e gli aspetti psicologici di un giovane migrante. Era arrivato a Lampedusa su uno dei “barconi della speranza” provenienti dalle coste libiche, dopo una traversata avvenuta in condizioni drammatiche. Giunto a Porto Empedocle, era stato urgentemente ricoverato presso l’Unità Operativa di Medicina dell’Azienda Ospedaliera di Agrigento per “malnutrizione, dimagrimento, disidratazione ed attacchi di panico”.

Durante la degenza aveva effettuato anche la consulenza psichiatrica, poiché evidenziava restringimento del campo di coscienza e un comportamento bizzarro caratterizzato da immobilità o da movimenti afinalistici. Inoltre non parlava, e perciò era stato considerato sordomuto o affetto da disfonia (fu richiesta visita ORL). Gradualmente si stava creando l'idea, la sensazione, l'immagine che T. R. fosse un paziente irrecuperabile.

Viste la particolare condizione sintomatologia e la difficile gestione del paziente nel reparto di Medicina fu deciso il suo trasferimento presso l'Unità Operativa di Psichiatria (S.P.D.C.), allocata nello stesso Ospedale, dove lavoro in qualità di Dirigente Psicologo.

Notizie anamnestiche e sintomatologia

Il ricovero di T. R. è durato 45 giorni. Le notizie anamnestiche sono apparse scarse e povere di informazioni, per la difficile raccolta dei dati anagrafici, clinici e delle notizie sul suo contesto di vita.

Considerato lo stato psico-fisico e soprattutto il fatto che non parlava, ho inizialmente osservato con attenzione i segni clinici e i suoi comportamenti. Evidente appariva il dimagrimento, la disidratazione, il blocco psicomotorio (stava ore sdraiato per terra o fermo in una posizione), il restringimento del campo di coscienza. L'espressione del volto era perplessa, sofferente e triste.

Il quadro clinico, in base ai parametri dell'ICD 10, evidenziava quindi una **reazione psicogena acuta da stress grave**, determinata dallo choc subito dall'evento migratorio (e quindi dallo choc culturale) con manifestazioni di:

- stupor, caratterizzato da grave rallentamento psicomotorio e mimico-gestuale, scarso contatto visivo, mutismo senza diretta risposta agli stimoli. Non comunicava neanche con il non verbale. Permaneva, tuttavia, il riflesso di orientamento e con gli occhi seguiva le modificazioni oggettuali dell'ambiente.
- catatonismo con assunzione di posture bizzarre;
- negativismo e disbulia: compiva azioni motorie di significato opposto o opponeva resistenza alle istruzioni (ad esempio, se messo a letto si buttava subito per terra);
- stereotipie afinalistiche ed ecoprassia, con imitazione ripetitiva dei movimenti (ad esempio, camminava seguendo o affiancandosi agli operatori).

La psicologia culturale e la letteratura transculturale individuano l'incidenza dei problemi della migrazione, quali traumi, choc culturale, vissuti di sradicamento, distacco dalla famiglia e dal mondo degli affetti. La migrazione è un cambiamento così profondo che può produrre molta sofferenza sulla psiche della persona, sul suo funzionamento, tanto più se la migrazione è stata forzata o ambivalente.

La migrazione allora diventa un trauma che genera stress psichico, sentimenti di impotenza, perdita dell'autostima, emozioni intense e spesso congelate, che emergono, dissociate dalla parola, sotto forma di sensazioni somatiche e reazioni comportamentali.

Interazione operatori – paziente

Vista la particolare condizione psicopatologica e le difficoltà di comunicazione, inizialmente gli operatori del reparto si sono adoperati per cercare di stabilire con T. R. un minimo contatto, anche attraverso il non verbale, al fine di renderlo più collaborativo. Successivamente sono stati invitati come mediatori due connazionali eritrei che parlavano la stessa lingua: soprattutto un giovane, chiamato Michele e una ragazza che veniva in reparto saltuariamente. Anche con loro T. R. non sembrava mostrare ascolto e non manifestava *feedback* alle loro domande e ai loro discorsi.

Si rinforzava in tutti gli operatori, dunque, l'idea che T. R. fosse sordomuto.

Credo che gli sforzi effettuati per interagire con T. R. hanno fatto emergere e riconoscere in tutti gli operatori la complessità del fenomeno e la necessaria sensibilità nel sapere stimolare ed aiutare. Soprattutto con gli stranieri questa sensibilità deve essere particolarmente vigile e quando non siamo in grado di aiutarli, dobbiamo chiaramente riflettere su questa inadeguatezza e assumere una posizione attiva nella ricerca di alternative. Il caso di T. R. è stato affrontato nelle discussioni di equipe. Veniva inoltre somministrata terapia psicofarmacologica.

Nell'interazione con T. R. ho mantenuto un atteggiamento di accoglienza, di pazienza, ma nel contempo di stimolo attraverso la gestualità, lo sguardo ed il sorriso. Ho utilizzato in modo massiccio la comunicazione non verbale.

Gradualmente egli, a partire dai suoi movimenti e comportamenti mimetici (seguirmi mentre camminavo, entrare nella mia stanza, sedersi, ecc.), ha manifestato maggiore collaborazione.

Indubbiamente questa situazione di interazione transculturale richiedeva la strutturazione di una strategia di intervento versatile, che permettesse di entrare in sintonia con il paziente e con i suoi segni.

Interventi effettuati e risultati ottenuti

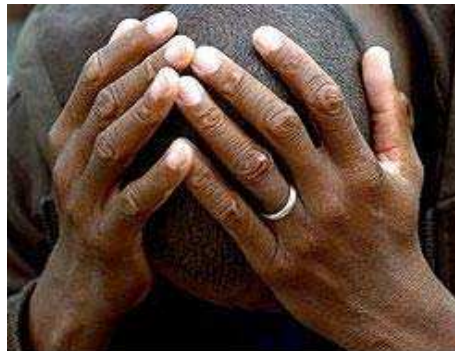
La progressiva collaborazione di T. R. mi ha permesso di fare alcuni iniziali tentativi di interazione con l'uso della penna o matita e dei fogli.

Usando la scrittura ho provato a fargli brevi domande in lingua inglese per verificare se la conoscesse. Con mia sorpresa, afferrando a stento la penna, T. R. iniziò a scrivermi le risposte

in inglese. Solo molto tempo dopo mi fu anche possibile farlo disegnare (disegno della casa, dell'albero, ecc.). Tramite questo intervento ho potuto finalmente raccogliere le notizie anamnestiche mancanti.

Innanzitutto T. R. non sapeva dove si trovasse, cioè in Italia. Ha iniziato a scrivere la sua età, di essere nato nel villaggio di Sesewe e di essere celibe. Aggiungo che in Eritrea il fenomeno dell'urbanizzazione è modesto, rimanendo il villaggio un'unità sociale molto vivace. E' di religione cristiano-copta.

I suoi genitori sono viventi e risiedono a Sesewe. Ha 3 fratelli (di cui due maggiori) e 2 sorelle e alcuni di loro vivono in un altro villaggio di montagne, Segheneiti a Sud-Est di Asmara, dove T. R. ha frequentato la scuola secondaria. Gli piace studiare e mi ha risposto che le sue materie preferite sono soprattutto la matematica, poi la chimica, la storia e la geografia.



A partire da queste notizie è stato possibile ricostruire il motivo della sua migrazione: T. R. era renitente al servizio militare eritreo ed era fuggito per evitare la guerra, come altri giovani eritrei suoi coetanei. La guerra tra Eritrea ed Etiopia, scoppiata nel 1998 per il controllo delle terre a Sud comprese tra i fiumi Tacazzé e Mareb, è un conflitto sulla delimitazione di un confine e non una guerra etnica o religiosa o tribale o causata da uno scontro di potere. Per tale motivo sono rastrellati i villaggi alla ricerca di giovani che non abbiano assolto agli obblighi di leva e gli studenti sono bloccati dalla coscrizione obbligatoria. C'è molto malcontento e chi può fugge perché il rischio più grande per i giovani soldati eritrei non è il nemico etiopico quanto gli stenti e le malattie che hanno decimato la gioventù di questo paese. R. Beneduce descrive bene in alcuni suoi scritti le conseguenze psichiche e sociali della guerra^[1]. Esiste, infatti, un legame tra guerra, migrazione, disagio psichico e manifestazioni psicopatologiche. La migrazione rappresenta un'esperienza traumatica e di crisi.

[1] Vedi in particolare R. Beneduce, *Bambini fra Guerra e Pace: il caso di Eritrea ed Etiopia. Uno studio sui bambini che hanno bisogno di particolari misure di protezione*, Firenze, ICDC-UNICEF & Cooperazione Italiana, 1999, pp.1-45.

Per tale motivo sono stati attivati i Servizi Sociali dell'Azienda Ospedaliera e del Comune di Agrigento per avviare la procedura di asilo politico e per stabilire il luogo che lo avrebbe potuto ospitare dopo la sua dimissione.

Dal modo in cui T. R. forniva le informazioni e dai contenuti espressi ho potuto constatare che le sue funzioni cognitive apparivano integre. Ha ringraziato i dottori, affermando che non avrebbe mai dimenticato il loro aiuto: "Dio è il creatore del mondo e al secondo posto ci sono i dottori".

Scriveva sempre più spesso del suo corpo e della sua salute che sentiva che andavano progressivamente migliorando.

Alla domanda su quali fossero i suoi problemi riferiva di non stare bene economicamente e di avere necessità di soldi, di essere renitente al servizio militare eritreo. Aggiungeva di avere degli amici a Genova.

Ma alle domande scritte che gli ponevo sui suoi problemi vissuti, sulle sue emozioni, sui suoi pensieri, manifestava difficoltà a rispondere. Come se non riuscisse a identificare bene o a rappresentare la sua sfera psichica ed il pensiero. Ad ogni mio tentativo di approfondimento degli aspetti psichici mi rispondeva laconicamente che, adesso, la sua testa era libera. Con più facilità, invece, parlava del suo corpo: "tutto il mio corpo sta migliorando"; oppure rispondeva alle domande sui piatti tipici eritrei o sui suoi sport preferiti: volley e calcio.

Progressivamente T. R. ha cominciato, finalmente, a usare la voce parlando dapprima in inglese e poi, con i suoi amici mediatori, nella sua lingua. La presenza confortante dei due connazionali che fungevano da mediatori ha favorito il superamento del trauma migratorio. Essi gli hanno dato supporto e rassicurazione, riducendo il sentimento di estraneità e permettendo l'espressione verbalizzata di bisogni, paure e dubbi.

Il progressivo miglioramento ha aiutato, contemporaneamente, gli operatori a modificare l'idea, la sensazione e l'immagine di non recuperabilità che si era già costruita intorno a lui. Dopo la dimissione è stato in grado di raggiungere i suoi amici di Genova, contattati dal Servizio Sociale, che sono stati disponibili ad ospitarlo.

I risultati ottenuti hanno mostrato l'efficacia della corretta presa in carico dell'alterità culturale, attraverso un atteggiamento capace di entrare in contatto con le manifestazioni psicopatologiche, anche quelle considerate più difficili.

Postilla etnopsicologica

Un'ulteriore considerazione etnopsicologica, in conclusione, va fatta su questo caso. Le risposte fornite da T. R. hanno fatto emergere, al di là dei risultati ottenuti dagli interventi, altri dati interessanti: la difficoltà che egli aveva a rappresentarsi e descrivere la propria vita

psichica, la tendenza ad esperire la sofferenza psichica nella forma di sintomi somatici ed a parlarne soltanto in tal senso.

Questa difficoltà poteva giustificare la forma tutta non-verbale e analogica con cui il suo disagio si estrinsecava, la scelta di una via somatica, di un “linguaggio del corpo”?

Mi sono posto la questione se questa difficoltà, oltre ad essere stata determinata dalla condizione psicopatologica da lui vissuta e dal lento recupero delle sue capacità, potesse essere connessa ad una particolare concezione culturale di rappresentarsi la vita psichica, la salute e la malattia.

Era come se T. R., pur avendo studiato e individuando nella testa e nel cervello la sede dei processi mentali, non sapesse esprimere e definire con chiarezza i contenuti psichici; il suo vissuto non era messo a fuoco e riconosciuto, ma rimaneva vago e nebuloso. Le manifestazioni della sua vita psichica non potevano altrimenti essere espresse e spiegate se non attraverso il filtro del corpo e la sofferenza somatica.

Tale difficoltà di riconoscere ed esprimere verbalmente la sofferenza interna è segno caratteristico dell'alexitimia, che significa letteralmente “affetto senza parole” (dal greco *alexis* “discorso, parola” e *thymòs* “affetto, emozione”) e definisce propriamente l'incapacità di comunicare verbalmente le emozioni. Nella definizione di F. E. Sifneos, introdotta per la prima volta nel 1972, l'alexitimia è un disturbo affettivo-cognitivo che descrive alcune caratteristiche dei pazienti psicosomatici, ma che oggi si ritiene essere una caratteristica di molte patologie psichiche. Si tratta di una dimensione psicopatologica trans-nosografica, ma che trova il suo ancoraggio nella fase pre-verbale dello sviluppo psico-affettivo dell'*infanzia*, corrispondente ad una modalità di funzionamento psichico sia regressivo sia costituzionale, che determina il blocco degli affetti in caso di situazioni traumatiche.

In essa si colgono quattro caratteristiche fondamentali: incapacità a identificare e verbalizzare le emozioni ed i sentimenti, limitazione dell'attività immaginaria, “pensiero concreto” con scarsa elaborazione dei vissuti, ricorso all'azione o alla somatizzazione per evitare i conflitti o per esprimere le emozioni.

L'alexitimia può essere primaria oppure secondaria, dovuta a stress (è presente, infatti, nei disturbi post-traumatici da stress), età o cultura. In quest'ultimo caso - dovuto a fattori culturali - il problema non risiede tanto nella mancanza di espressione delle emozioni e dei vissuti, ma nella scarsa distinzione, nelle culture non occidentali, della sfera affettiva da quella somatica.

Presso le culture tradizionali la salute consiste di una componente fisica e di una componente emozionale che sono solo in parte differenziate, e più la cultura è tradizionale, minore è la distinzione fra malattia organica e disturbo psicologico.

In occidente questa concezione è stata progressivamente soppiantata da un netto dualismo mente-corpo attribuendo un significato di salute e benessere all'espressione individuale e

verbalizzata dei vissuti psichici^[2]. La persona non solo dovrebbe essere capace di parlare delle proprie emozioni ma dovrebbe saper utilizzare un idioma relativo al conflitto intrapsichico o interpersonale per esprimere la propria sofferenza. La riluttanza a comportarsi in questo modo deve essere interpretata come un deficit psicologico, l'alexitimia, caratterizzato da un'incapacità a mentalizzare e ad esprimere simbolicamente le emozioni. Somatizzazioni ed alexitimia sono considerate espressioni patologiche o, quantomeno, poco evolute.

Gli studi transculturali, invece, evidenziano le profonde differenze culturali che esistono nell'esperienza e nell'espressione degli affetti, soprattutto nell'espressione corporea della sofferenza, che minimizza le componenti psichiche ed emotive.

In culture ove verbalizzare le emozioni negative è considerato disdicevole (in quanto espressione di individualismo inaccettabile) o stigmatizzato, l'espressione della sofferenza attraverso il corpo diviene l'unico mezzo comunicativo possibile, utilizzando peraltro dei meccanismi connaturati alla nostra specie.

I risultati di una ricerca condotta da K. L. Dion (1996) su un campione di 950 studenti di entrambi i sessi, distinti per etnia, mostrano che i segni specifici dell'alexitimia sono significativamente maggiori nel gruppo di studenti non occidentali.

Già nel 1963 gli psicoanalisti francesi Marty e M'Uzan avevano sottolineato l'importanza dell'uso del concetto di "pensiero concreto" (*pensée opératoire*) per designare un tipo di funzionamento mentale che non appartiene esclusivamente ai pazienti psicosomatici, ma che è connaturato nell'uomo.

Nella maggior parte delle persone tale "pensiero concreto" o "alexitimico" non sarebbe il risultato di resistenze, ma si tratterebbe di un pensiero cosciente, che tenderebbe verso un deficit della capacità simbolica, che non si rappresenta un legame evidente tra il dato somatico e l'attività fantasmatica.

^[2] Preciso che anche per i Greci, all'origine della nostra cultura, il rapporto psiche/soma era rappresentato in modo indistinto ed olistico, come ad esempio nei poemi omerici, nella scuola medica di Ippocrate, nelle concezioni filosofiche di Democrito, di Epicuro e poi di Lucrezio, nella concezione fisica della psiche di Aristotele. Tali rappresentazioni della vita psichica erano in contrasto - sempre in ambiente greco-romano - con la visione dualistica di Pitagora, di Empedocle, di Platone e, più in là, del cristianesimo.

Bibliografia

- E. Aguglia- B. Forti, *Le dimensioni della sofferenza psichica*. Articolo tratto da Internet.
- R. Beneduce, *Bambini fra Guerra e Pace: il caso di Eritrea ed Etiopia. Uno studio sui bambini che hanno bisogno di particolari misure di protezione*, Firenze 1999.
- R. Beneduce (a cura di), *Mente, persona, cultura. Materiali di etnopsicologia*, Torino 1999.
- K. L. Dion, *Ethnolinguistic correlates of alexithymia: toward a cultural perspective*, in *Journal of Psychosomatic Research*, 41 (6), 1996 pp. 531-539.
- T. Nathan, *Principi di etnopsicoanalisi*, Torino 1996.
- P. Marty-M. M'Uzan, *La pensée opératoire*, in *Revue Française de Psychanalyse*, 27(suppl), 1963 pp.1345-1356.
- S. Mellina, *Psicopatologia dei migranti*, Roma 1992.
- S. Mellina, *Vite altrove. Migrazione e disagio psichico. Etnopsichiatria e migrazioni in Italia*, Milano 2000.
- F. E. Sifneos, *The prevalence of "alexithimic" characteristics in psychosomatic patients*, in *Psychother. Psychosom.*, 22, 1973 pp. 255-262.