

ET RITROVA CASA
VIVERE UNA CRISI IN UNA “NORMALE” STORIA DI MIGRAZIONE
Lorenza Barbieri e Laura Guerzoni

Se per crisi psicologica intendiamo lo “stato che si verifica quando una persona si trova a fronteggiare un ostacolo che le impedisce il raggiungimento di importanti obiettivi vitali” (Caplan, 1964), dal punto di vista clinico dobbiamo necessariamente collegare questa parola ai “fattori di rischio e di protezione” che riguardano la persona colpita da tale stato. L’equilibrio interno di tali fattori ha un enorme rilievo nella determinazione e nella misura dello stato di crisi. Nell’ambito dell’accoglienza di rifugiati si fa riferimento a termini quali *emersione della vulnerabilità* (D.L. 142 del 18 agosto 2015), che impiega i clinici e gli operatori coinvolti nella prima accoglienza ad avere una specifica sensibilità rispetto allo stato di malessere del singolo all’interno del gruppo.

La parola vulnerabilità, rivolta alla popolazione migrante, ha una doppia valenza: si riferisce a coloro i quali hanno uno o più fattori di rischio legati a caratteristiche proprie (come l’essere minori) o a patologie (come i disturbi mentali o gravi malattie) o ad eventi traumatici (come torture subite, conflitti), come anche a sintomatologie e manifestazioni disadattive che emergono durante l’accoglienza. Molti di loro infatti partono per migliorare le difficili condizioni di vita e poi, durante il percorso, incontrano gravi difficoltà che possono portare a disturbi di vario spettro, da quelli ansiosi fino ai post traumatici o dissociativi. Talvolta siamo erroneamente portati a pensare che un richiedente asilo, quando arriva in Europa sia salvo, tanto che si sottolinea come siano persone “beneficarie” dell’accoglienza. Si tralascia però il fatto che, proprio perché vulnerabili, potremmo essere noi, con i nostri meccanismi burocratici e occidentali ad aprire delle *vulnera* (ferite) per le quali non hanno sufficienti fattori di protezione culturali, linguistici e sociali. Questa è la cornice dentro cui si inserisce la storia di ET.

La crisi

ET, 27 anni, scende all'aeroporto di Bologna nell'estate del 2019, interrompendo il suo viaggio verso una città Toscana, presentando uno stato dissociativo, per cui le Forze dell'Ordine lo trasferiscono immediatamente al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura più vicino. Dopo un breve ricovero viene attivato il servizio territoriale e nello specifico l'équipe Start-ER che si occupava di migranti vulnerabili. In quanto medico psichiatra indago, insieme al mediatore linguistico, quali potrebbero essere stati i fattori scatenanti. ET ci racconta che nel suo percorso migratorio più recente era stato ospitato in una struttura tedesca per nove mesi, fino al momento in cui lo avevano prelevato e messo su un aereo. Dal suo racconto si evince come lui non avesse compreso le motivazioni e i tempi per lui improvvisi del trasferimento in Italia. Quindi ET si è ritrovato all'improvviso su un aereo del quale non conosceva la destinazione, dopo un vissuto di relativa stabilità in Germania che gli aveva fatto presupporre, anche a causa della barriera linguistica, che lui fosse stabilmente al sicuro. In seguito alla valutazione della nostra équipe, la Prefettura di Bologna colloca temporaneamente ET presso un Cas nel territorio di Bologna.

Trattamento a breve e medio termine: l'importanza del lavoro integrato

I disturbi più frequenti che possono insorgere nella popolazione migrante rientrano nella cornice del disturbo post traumatico da stress e il primo passo, rispetto a uno stato dissociativo è formulare una buona diagnosi differenziale. Emerge da vari studi clinici che le allucinazioni dei flashback post-traumatici insorgono in stato di coscienza chiaramente alterato, vissute spesso come esperienze molto vivide e multisensoriali specialmente uditive, altamente personalizzate, solitamente echi realistici di esperienze traumatiche originali, associate a reazioni emotive coerenti con il loro contenuto. Inoltre, il soggetto che le sperimenta è spesso in grado di riconoscerne la natura patologica, di fenomeno "intrusivo" proveniente dalla sua mente.

Le allucinazioni schizofreniche, invece, appaiono di solito in stato di coscienza più lucido, sono a volte bizzarre, poco strutturate, meno vivide, definibili o localizzabili che nel trauma. Possono suscitare reazioni emotive inaspettate o

incongrue. Nonostante questa maggiore “ambiguità” sul piano sensoriale, il soggetto tende a non criticare o dubitare delle sue esperienze percettive ma, in modo peculiare, ad accoglierle “passivamente” come fatti reali. Manca, cioè, una vera consapevolezza della loro natura patologica. Pertanto, le più tipiche allucinazioni PTSD e schizofreniche, quando analizzate sul piano fenomenico, possono risultare distinguibili. Infatti, la cura del nostro ET è consistita in neurolettici a bassissimo dosaggio e lavoro psicoterapeutico sul trauma.

ET è stato collocato presso il CAS, subito dopo il ricovero all’SPDC. Immediatamente la struttura ha coordinato gli sforzi con il CSM territoriale, concordando un percorso unitario. In particolare, come psicologa psicoterapeuta, stabile presso il CAS, ho promosso una relazione di fiducia, che facilitasse l’adattamento del nuovo ospite al nostro centro. ET si presentava in uno stato di *hypoarousal*, con grosse difficoltà di concentrazione, mutacico e astenico. L’osservazione clinica mi ha portato a cercare con urgenza un mediatore in lingua, poiché ET parlava solo il suo dialetto. Questo ha fatto sì che i primi giorni la persona abbia vissuto l’isolamento linguistico che ha rallentato la possibilità di intervento repentino. Ho lavorato sulla relazione “alla giusta distanza” e con brevi dialoghi fatti da immagini, attraverso cui si faceva passare il messaggio che fosse *al sicuro*. Con la mediazione ho potuto promuovere tecniche di stabilizzazione, come la creazione di un luogo tranquillo.

ET presentava una scarsa competenza emotiva e un “pensiero concreto o alestitimico”, però è riuscito a raccontare come la sua preoccupazione di essere rimandato in Africa non lo facesse dormire la notte. Questo pensiero per lui era insopportabile. In questa prima fase quindi ho lavorato sulla rassicurazione e sulla rilevazione di risorse. Il progetto avrebbe previsto che ET continuasse il suo viaggio, ma si sarebbe rischiate una *ritraumatizzazione*. Pertanto, la psichiatra del CSM, nella relazione alla prefettura, sottolinea che nella struttura che lo ospita, ET sta creandosi delle relazioni significative sulle quali fonda la propria sicurezza, fiducia e possibilità di progredire nell’integrazione, quindi possibilità di infuturarsi. ET era allora persona fragile che abbisognava di essere accompagnato verso ogni cambiamento con attenzione, calore affettivo e rassicurazioni.

Si concorda di continuare il trattamento psicoterapico, promuovendo gradualmente la relazione con gli altri ospiti e con gli operatori, in un’attività psicoeducativa di normalizzazione delle regole e rapporti della casa. Intanto anche i farmaci prescritti dalla psichiatra del CSM hanno avviato il loro effetto e per ET

incominciavano a formarsi cornici relazionali stabili. Solo quando il terrore e panico si sono tramutati in paura e timore pensabili ed esprimibili a parole, il sonno si è abbastanza regolarizzato e il livello energetico si è alzato, siamo passati ad esplorare gli episodi che lo hanno portato fino a noi. Determinante per ET è stata la prospettiva di una via legale, supportata dalle relazioni di certificazione sia psicologica che psichiatrica, che gli ha permesso di tornare a sperare in un percorso possibile e salvifico. Ecco che la capacità di stare in seduta e rielaborare gli eventi di vita traumatici diventava una cosa possibile e man mano sono affiorati i ricordi come narrabili.

La storia

ET nasce e cresce in un contesto rurale molto povero. Lui è il secondo di quattro figli, tutti lontani da casa. ET rimane a vivere con la madre. Il padre è mobilitato a servire la patria nell'esercito prima e poi come muratore in un cantiere edile ed è assente sin dalla nascita dei figli. Della gravidanza e parto non sappiamo nulla, ma nella prima infanzia, ET riferisce di aver saputo dai genitori di essere stato ricoverato per parecchi mesi in ospedale per una malattia di cui non ricorda nulla. Nella seconda infanzia ha frequentato la scuola primaria fino alla classe quinta e ha poi interrotto il percorso scolastico per andare a lavorare nei campi. Nella sua Nazione, infatti, dopo 11 anni di scuola tutti gli studenti sono obbligati a partire per terminare il dodicesimo anno scolastico presso il campo militare dove fanno anche l'addestramento militare. Dopo la maturità, in base al punteggio ottenuto viene deciso il percorso futuro di ogni partecipante. Se il punteggio è alto continui gli studi, se è basso possono stabilire di mandarti a lavorare in agricoltura, edilizia, polizia, esercito o altro per un tempo indefinito, come è successo al padre. ET racconta:

Dopo la scuola, sono le autorità a decidere se farti svolgere servizi per lo Stato così come il luogo e tu non hai voce in capitolo. Se uno rifiuta di eseguire gli ordini ricevuti finisce in prigione. Poi, ho ricevuto a casa due lettere di reclutamento, inviti a recarmi e registrarli presso il governo per fare il servizio militare. Mi avevano trovato. Da quel momento in poi potevano bussare alla porta di casa nostra in piena notte e

prelevarmi. Ho iniziato a nascondermi e dormire nei rifugi di fortuna. C'erano retate ovunque intorno a noi e si vedevano spesso militari arrivare in piena notte e prelevare i giovani dalle case. Venivano anche a casa nostra e minacciavano mia madre. Avevamo paura e stavo male: vedere mia madre soffrire mi addolorava. Molti dei ragazzi reclutati venivano mandati nei campi di addestramento. So dai racconti che si trovavano in mezzo al deserto, non c'era da mangiare, mancava l'acqua. Qualcuno non sopravviveva all'addestramento.

Racconta poi come è maturata la decisione di lasciare il suo paese e di come il viaggio sia stato pieno di eventi traumatici:

Sono rimasto nascosto per due anni. Nei giorni precedenti la mia partenza sono venuti i militari nel villaggio e hanno prelevato molti ragazzi per il servizio militare. Sono partito una notte da casa mia e dopo tre giorni sono arrivato nello stato vicino dove ho pagato un trafficante. Cercavamo di non passare nei villaggi, ma di fare la strada nel deserto. Abbiamo sofferto la fame e la sete. Arrivati in un paese al confine ci siamo riparati in una casa; lì ho passato un mese, chiuso con tanti altri ragazzi, avevamo paura di spostarci, eravamo senza documenti. È arrivata un'altra persona poi che aveva il compito di portarci in Libia, è arrivato un Lory (camioncino) e ci hanno caricato in 100. Al confine ci siamo fermati per altri undici giorni. C'era chi non aveva soldi e doveva pagare per proseguire, minacciavano chi non aveva soldi di farseli inviare perché altrimenti l'avrebbero lasciato lì. Queste persone erano picchiate. [...] Siamo arrivati in Libia, era un posto orribile. Siamo stati ammassati in più di 400 persone in un capannone. Qui ho pagato altri soldi per scappare. Sono morte delle persone nella fuga. Ci siamo rifugiati presso una famiglia nel Sabara dove è arrivato un uomo che ci ha portato in un'altra struttura. Complessivamente ho passato un anno in Libia. Un giorno siamo stati caricati su un gommone in 90 e siamo partiti. All'imbarco ho visto un ragazzo del mio villaggio che stava malissimo ed è morto lì, prima della partenza. Ho dovuto avvisare io la famiglia della sua morte. Sono stato malissimo per questo evento. Mentre

eravamo in mare ho visto tante persone stare male. Poi sono sbarcato in Sicilia e trasferito in Toscana. In questo centro eravamo in tanti africani e alcuni di loro hanno deciso di andare in Germania e io non volevo rimanere da solo, così sono partito anch'io. In Germania non conoscevo nessuno, poi un connazionale che mi ha accompagnato in un centro e sono stato inserito in un progetto di accoglienza. Mi è stato dato un primo permesso di soggiorno provvisorio, quando sono tornato in Questura tedesca a rinnovare il permesso mi è stato detto che non potevo più stare in Germania.

Le tematiche rielaborate

Le narrazioni raccolte hanno fatto emergere tutte le ferite che hanno portato alla crisi vissuta da ET. Sappiamo che esperienze continue e ripetute di deprivazione lasciano spesso l'individuo con una sensazione di vergogna, colpa e mancanza di sicurezza, nonché l'incapacità di esprimere i propri bisogni e/o di vivere una reale intimità. Come abbiamo visto la storia di ET è costellata di esperienze connotate come fattori di rischio che sfavoriscono uno sviluppo cognitivo ed emotivo efficace e una coerente costruzione del sé. Per compenso pochi fattori di protezione come l'amore materno e la vicinanza del fratello maggiore hanno permesso a ET di costruire internamente un senso di fiducia nel futuro. Senso di fiducia che però è stato interrotto a più riprese nel corso della sua storia a causa degli avvenimenti traumatici con il culmine nel viaggio in uscita dalla Germania, momento nel quale ad ET si è riaperto l'incubo della precarietà che aveva parzialmente sedato nel periodo di permanenza in Germania. Questo è ciò che lo ha spinto ad uscire dal suo paese: *il terrore* di essere catturato dai militari e di vivere una situazione per lui insostenibile, non sapendo ciò che gli avrebbe riservato il suo progetto di viaggio.

Il tragitto verso l'Europa è uno strumento di fuga che risponde ad un disagio emotivo e non all'intenzione ragionata di costruirsi un futuro migliore. Se non ci fosse stata la *giffa*, ET probabilmente non avrebbe mai lasciato il suo paese. Il progetto poteva essere considerato semplice e lineare. Ma in realtà la migrazione è un cambiamento così profondo che può produrre molta sofferenza sulla psiche

della persona, tanto più se la migrazione è stata forzata. 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. Questo è ciò che ha provato quando è atterrato all'aeroporto di Bologna, probabilmente ignaro persino del luogo in cui si trovava. Qui, per la prima volta ha sentito di non avere più una strada stabilita, neppure da altri.

Conclusioni

Grazie al lavoro integrato tra psichiatra e psicologa e relative e équipe dei due servizi, ET ha potuto rielaborare le parti di sé nel passato, presente e futuro, che l'evento traumatico, culmine di un percorso di vita difficile, aveva disgregato. È stato tutelato dalle nostre certificazioni che hanno permesso di non riesporlo al trauma di un ulteriore trasferimento. Oggi ET permane sul nostro territorio, includendosi nel tessuto sociale, senza più sintomi correlati alla situazione sconvolgente il proprio senso di sé. Ora finalmente sta cominciando a vivere nuove relazioni significative sulle quali fonda la propria sicurezza, fiducia e possibilità di progredire nell'integrazione come l'apprendimento della lingua, eventuali approcci lavorativi adeguati, maggior calore affettivo e senso di speranza.

BIBLIOGRAFIA

- ARIETI S., *Manuale di Psichiatria*, Boringhieri, Torino 1985; 522-36.
- BAKER D., HUNTER E., LAWRENCE E. et al. Depersonalization disorder: clinical features of 204 cases. *Br J Psychiat*, 2003; 182: 428-33.
- BOWLBY J., *Attaccamento e perdita*, Boringhieri, 1983.
- CAPLAN, G., *Principles of preventive Psychiatry*. Basic books, New York; 1964.
- DION K.L., Ethnolinguistic correlates of alexithymia: toward a cultural perspective, *Journal of Psychosomatic Research*, 41 (6), 1996.
- FARINA B., LIOTTI G., *Dimensione dissociativa e trauma dello sviluppo*, Raffaello Cortina Editore, 2018.

- GALIMBERTI U., *Dizionario di Psicologia*, UTET, Torino 2000.
- GRECO, POZZI, GREMIGNI, *La dissociazione. Fenomenologia clinica, sviluppi psicopatologici e implicazioni per la psicoterapia*, Maddali e Bruni, 2016.
- HIDALGO RODRIGO MI., DIAZ GONZALEZ RJ., LANA MOLINER A., et al., Depersonalization in panic disorders. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*, 1997; 25(3): 167-71.
- HOLMES J., *La teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina Editore, 1994.
- LUHMANN N., *La fiducia*, Il mulino, 2002.
- MARTY P., M'UZAN M., La pensée opératoire, *Revue Française de Psychanalyse*, 27(suppl), 1963.
- MCWILLIAMS L.A., COX B.J., ENNS M.W., "Trauma and depersonalization during panic attacks", *Am J Psychiat* 2001; 158(4): 656-7.
- MERLEAU-PONTY M., "Fenomenologia della Percezione", Il Saggiatore, Milano 1972
- MIRISOLA C., "Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo Istat", 2017.
- MITI G., *I disturbi dissociativi della coscienza*, Carocci, 2013.
- PASCUCCI L., Schizofrenia: due anatomie diverse per lo stesso disturbo. *Beck News*, 27 Maggio 2020.
- RESNIK S., Cotard syndrome and depersonalization; contribution to the problem of negation. *Rev Psicoanal*, 1955; 12(1): 80-101.
- SEGUI J., MARQUEZ M., GARCIA L., et al., "Depersonalization in panic disorder: a clinical study". *Compr Psychiat* 2000; 41(3): 172.
- SHAPIRO F., *Manuale EMDR*, Raffaello Cortina Editore, 2019.
- SIERRA M., BERRIOS G.E., The phenomenological stability of depersonalization: comparing the old with the new. *J Nerv Ment Dis*, 2001; 189(9): 629-36.
- STERN D.N., (1985). The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology, trad.it.: *Il mondo interpersonale del bambino*, Torino: Bollati Boringhieri, 1987.
- VERCILLO E., GUERRA M., *Clinica del trauma nei rifugiati*. Mimesis Edizioni, 2019.

PAROLE CHIAVE: *Crisi, Migrazione, Lavoro integrato, Vulnerabilità.*

KEYWORDS: *Crisis, Migration, Cooperation work, Vulnerability.*

AUTORE

Lorenza Barbieri è psichiatra e psicoterapeuta presso il CSM Casalecchio e il servizio di Salute Mentale Pavullo. Si è formata secondo la concezione operativa di gruppo promossa da M. De Berardinis con supervisione di A. Bauleo; conduce gruppi all'interno del SPDC di Ferrara. Ha partecipato al gruppo dipartimentale "Vulnerabilità e migranti" e al manuale *Pratiche di cura e migrazione: tra clinica e accoglienza. Le esperienze del progetto Start-Er 2022* con il contributo "Psicopatologia di un migrante: contenere la frammentazione con la connessione tra i servizi".

Laura Guerzoni è Psicologa Clinica e di Comunità, Psicoterapeuta ad approccio integrato con l'uso dell'Ipnosi Eriksoniana. Ha una specifica formazione sul trattamento del Trauma e lavora nel campo della Psicologia delle migrazioni dal 2018. Ha partecipato al manuale *Pratiche di cura e migrazione: tra clinica e accoglienza. Le esperienze del progetto Start-Er 2022* con il contributo "Psicopatologia di un migrante: contenere la frammentazione con la connessione tra i servizi". Ha conseguito un master in Psicodiagnostica e un corso di alta formazione in Psicologia Giuridica. È membro della SII e di EMDR Italia.

SINTESI

Le autrici portano un caso clinico su cui hanno congiuntamente lavorato, in modo integrato, ciascuna per le proprie competenze e con gli strumenti delle rispettive équipes di lavoro. La persona che ha necessitato del loro intervento è migrante in stato di crisi dissociativa acuta. Ne narrano l'accoglienza, l'intervento a breve e lungo termine.

ABSTRACT

The authors present a clinical case on which they have worked together, in an integrated way, each with their own skills and with the tools of their respective work teams. The person who needed their intervention is a migrant in a state of acute dissociative crisis. They narrate the reception, the short and long term intervention.