

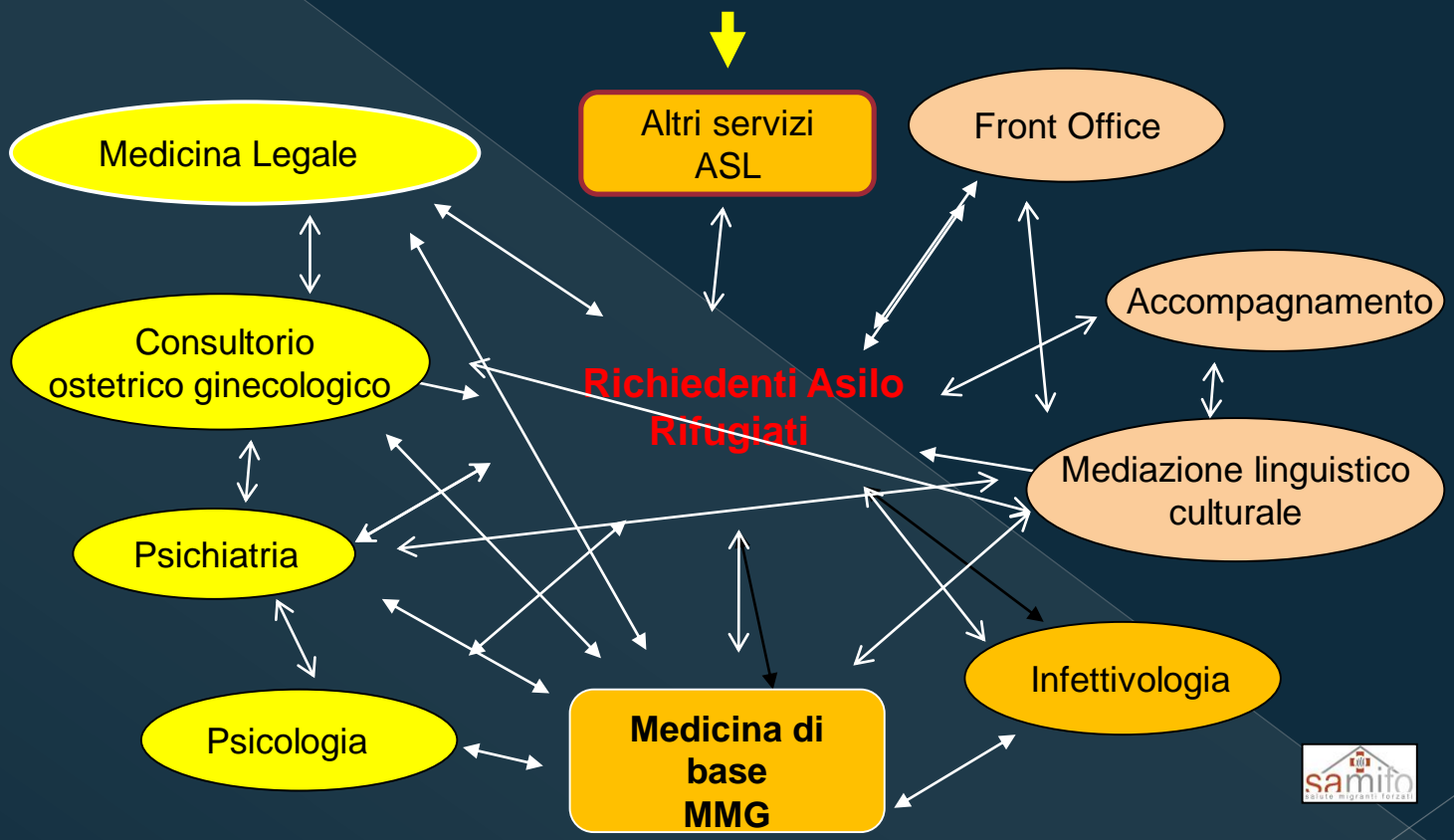
# IL TRAUMA NEI RIFUGIATI.

DEFINIZIONI E SPECIFICITÀ

EMILIO VERCILLO

# SA.MI.FO.:

## Centro di Salute per Migranti Forzati ASL-Roma 1



# 3 equivoci

1. ***UN EVENTO VIOLENTO CAUSA INEVITABILMENTE UNA CONSEGUENZA PSICOPATOLOGICA NELLA PERSONA***
2. ***LE SOFFERENZE MENTALI DELLA PERSONA DIPENDONO DA QUELLO CHE GLI E' SUCCESSO***
3. ***LE PATOLOGIE SONO DIVERSE SECONDO LE VARIE CULTURE, ANCHE QUELLE TRAUMATICHE***

**1. UN EVENTO VIOLENTO CAUSA  
(sempre) UNA CONSEGUENZA  
PSICOPATOLOGICA NELLA PERSONA**

CHE COSA É 'TRAUMA'

# CHE COSA È 'TRAUMA'

- TRAUMA È LESIONE, NON INCIDENTE
- *EVENTO TRAUMATICO* = EVENTO CHE PROVOCA (O PUÒ PROVOCCARE) TRAUMA

# TRAUMA

- Supera la capacità dell'individuo di usare normali meccanismi di coping per adattarsi alla situazione:  
diversamente da 'distress' → PROVOCA FRATTURA(E)
- Se *T. Complesso*: può scompaginare il quadro di riferimento di riferimento individuale:  
(le credenze su tempo, se stesso, sul mondo, sul proprio corpo)
- Per esperienza diretta
- Testimone
- Di seconda mano o "Trauma Vicario" ( come ascoltare resoconti di violenza)

# INTEGRAZIONE

«La salute mentale è caratterizzata da una alta capacità de *integrazione*, che unisce un'ampia gamma di fenomeni dentro **UNA** personalità»

P. Janet 1889









# IL TRAUMA È SPECIFICO DELLA PERSONA

- Due persone che vedono/sperimentano lo stesso evento o trauma possono non reagire nella stessa maniera.
- Quello che è traumatico per una persona può non esserlo per un'altra

# TORTURE

“Every torture victim experiences pain in a different way, and even physical pain inflicted by torture will not produce the same psychological result in all”

C. Schubert, R-L Punamäki 2016

The strongest single determinant for PTSD  
2009

Steel et al.

**BUT: PREVALENCE OF PTSD IN POPULATION OF TORTURED PEOPLE:**

**45% IN REVIEW BY HOWARD JOHNSON, ANDREW THOMPSON 2007**

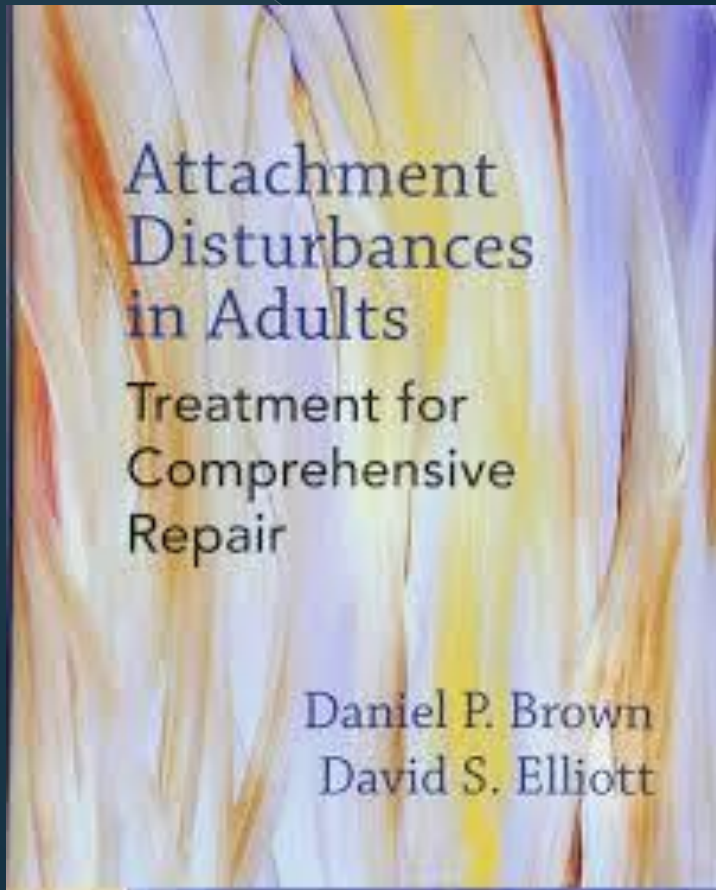
**31% IN META-ANALYSIS BY STEEL ET AL. 2009**



# SAME STARTINGS, DIFFERENT RESULTS

- Cloitre et al. 2014: 310 pts with childhood physical/sexual abuses
  - PTSD, PTSD<sub>c</sub>, DISSOCIATIVE DISORDERS, BORDERLINE PERSONALITY DIS. , **NO DIAGNOSIS**
- Spinazzola et al., 2005: 1700 chronically abused children, only 25% with PTSD diagnosis

# DANIEL BROWN



This is a screenshot of a web browser displaying a Spreaker podcast player. At the top, there is a white navigation bar with a hamburger menu icon, the YouTube logo with 'DE' next to it, and a search box containing the text 'Cerca'. Below this is a dark grey header for the Spreaker player. The Spreaker logo, which includes a yellow star, is on the left. To the right of the logo, the text 'discover more on www.spreaker.com' is visible. The main content area features a blue square icon with a white speech bubble containing the text 'THERAPIST UNCENSORED'. To the right of the icon, the podcast title 'Therapist Uncensored' is displayed in a large, white, sans-serif font, followed by the episode title 'TU 87: Treating Complex Trauma and Attachment with Guest Dr. Daniel Brown' in a smaller white font. At the bottom of the player, there is a white audio waveform visualization. A small Spreaker logo is also present in the bottom right corner of the player area.

## **2. LE SOFFERENZE MENTALI DELLA PERSONA DIPENDONO DA QUELLO CHE GLI E' SUCCESSO**

**SPECIFICITA' DELLE CONSEGUENZE:  
NON TUTTO QUELLO CHE VIENE DOPO  
NELLA PERSONA DIPENDE DAL TRAUMA**



# Fattori pre-migratori

TRAUMA



Non correla significativamente con  
l'aumento dei livelli di  
**DEPRESSIONE** nei migrati forzati  
( $p = 0,251$ )

Caratteristiche cliniche.

Rischi di *mis-diagnosi*.

Alterazioni della memoria e della coscienza al centro delle sindromi PTSD.

Rischi giuridici.

# Fattori pre-migratori

## Lutto migratorio

SEPARAZIONE

Perdita ambigua

(Boss, 2000; Falicov, 2004)



**Sembra essere correlato significativamente con  
l'aumento dei livelli di depressione nei migranti forzati  
MA NON CON LE REAZIONI POSTTRAUMATICHE**

Sentimenti di fallimento

Autosvalutazione

Sensi di colpa

Rischio di suicidio

## PATOLOGIE INDIPENDENTI DAL TRAUMA

- Altre manifestazioni (depressioni, disturbi del comportamento di vario tipo, abuso di sostanze psicotrope, etc) **NON HANNO NESSI CAUSALI DIRETTI** con gli accadimenti violenti, ma trovano origine in altre condizioni.
- È stato evidenziato da alcune ricerche che mentre il PTSD correla con traumi pregressi, **condizioni 'depressive'** non possiedono altrettanta consistenza di correlazione col trauma, bensì con perdite (lutti, perdita dello status sociale, o di identità nella comunità, etc) (Carnevali 2011).

## PATOLOGIE INDIPENDENTI DAL TRAUMA

- Quello che viene chiamato **shock culturale**, o impropriamente trauma culturale, **NON** rientra tra le **cause di patologia post-traumatica**.
- **L'abuso di sostanze** tendenzialmente **CORRELA PIÙ** con le disposizioni caratteriali dell'individuo, condotte di gruppo, e disponibilità delle sostanze, piuttosto che con eventi traumatici **Tseng 2001**

# VULNERABILITÀ

- Il termine **vulnerabilità** significa che alcune persone presentano una situazione di rischio (in questo caso per patologie mentali) per diversi fattori (vedi D.L. n.142 del 18/08/2015 - art.17 comma 1)
- Ad esempio:
  - Vittime di tortura (violenza intenzionale e ripetuta per uno scopo);
  - Donne. La condizione femminile rende le donne particolarmente esposte alla possibilità di violenza intra-ed extra-familiare;
  - Uomini vittime di violenza sessuale;
  - Minori non accompagnati;

Sono **tutti soggetti a rischio** di sviluppo di patologie post-traumatiche

# VULNERABILITÀ NON E' PATOLOGIA

- L'incidenza di patologia post-traumatica che segue un'esperienza potenzialmente traumatica non supera il 50% in molte rilevazioni (Copeland et al. 2007, Kessler et al. 1995).
- Le stime differiscono molto nell'intervallo delle rilevazioni e non coprono mai il 100% delle vittime di violenza intenzionale.
- Fondamentale è l'individuazione precoce della patologia ai fini sanitari, che deve essere non solo tempestiva ma anche selettiva, **E NON PUÒ BASARSI SOLO SULLE NARRAZIONI DELLE VIOLENZE SUBITE**



## **2.1 L'IMPATTO DEL TRAUMA**

**NON ESISTE LEGAME TRA DETERMINATI TRAUMI SPECIFICI  
E LE MANIFESTAZIONI DI PATOLOGIA POST-TRAUMATICA**

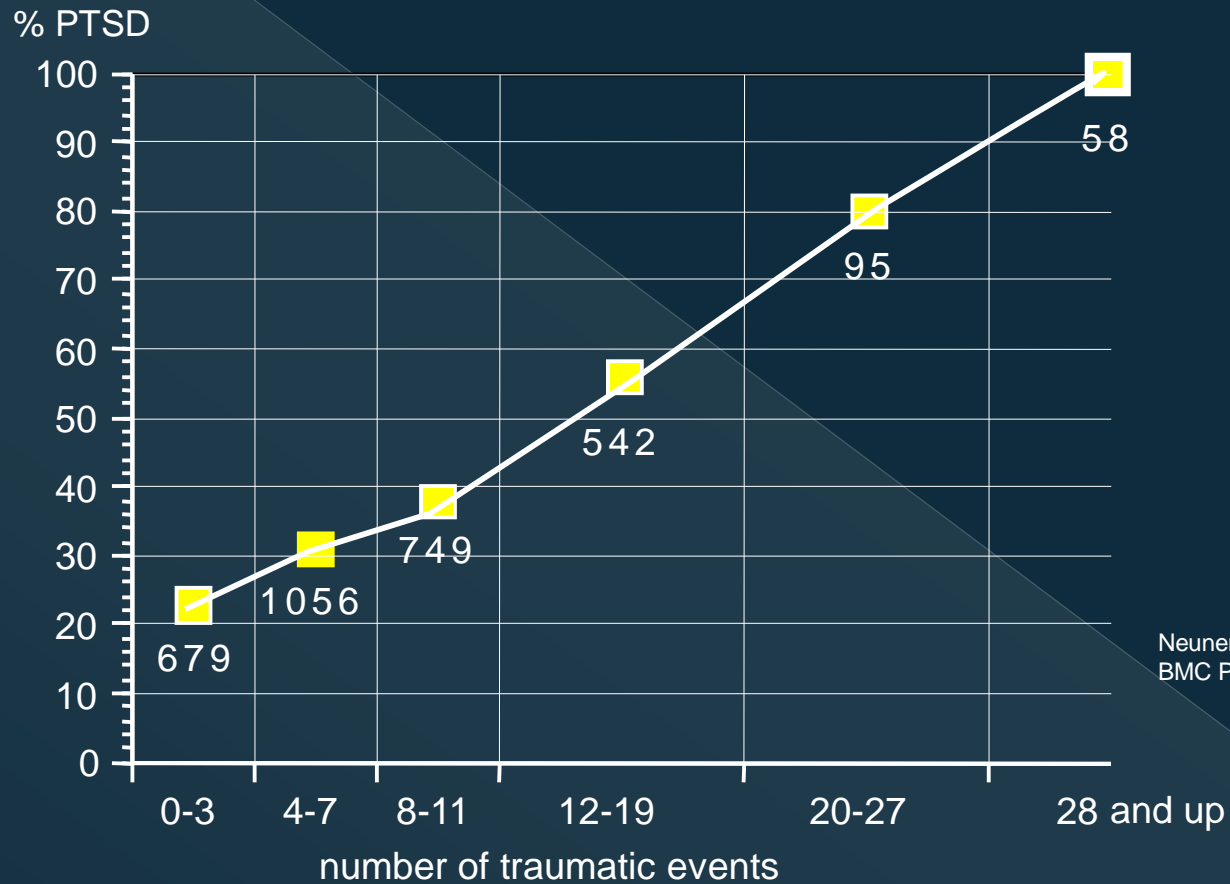
# TRAUMA DI TIPO I E DI TIPO II

- **TIPO I:** trauma per un incidente singolo, puntuale, inaspettato: disastri naturali, attacchi terroristici, incidente drammatico
- **TIPO II:**
  - > eventi traumatici ricorrenti con inizio in prima infanzia; abuso fisico o sessuale, insieme a neglect emozionale;
  - > esperienze prolungate di guerra, rifugiati, indottrinamento e lavaggio del cervello in prigionieri politici (quest'ultimo gruppo può avere o no problemi precedenti di attaccamento nell'infanzia).
  - > **In genere comporta tradimento fondamentale della fiducia nelle relazioni primarie, e compromette lo sviluppo bio- psicosociale e emozionale**
  - > Tipo IIA: traumi multipli sperimentati da persone con backgrounds stabili che hanno sufficienti risorse per gestire meglio gli eventi traumatici
  - > Tipo IIB: trauma multipli così travolgenti che la persona non può separare l'uno dall'altro; la resilienza è compromessa. Tipo IIB(R): resilienza al principio presente nel soggetto. Tipo IIB(nR) soggetti che non hanno mai avuto resilienza

# TRAUMA INFANTILE PRECOCE

- Se possibile, distinguere tra eventi traumatizzanti “positivi” e “negativi”
- “Negativo” significa che situazioni e cose che avrebbero dovuto essere disponibili non lo sono state, o non in modo sufficiente: mancanza di cure (che includono anche cibo, vestiti, gioco), di attenzioni, amore, fierezza, stimoli, “essere visti”.
- “Positivo” significa che sono avvenute situazioni che non sarebbero mai dovute avvenire (abuso fisico e sessuale, violenza, essere testimoni di minacce e violenza verso altri) tenendo conto dell’età di inizio e della durata degli abusi

# PTSD: The Building Block Effect



Neuner et al.,  
BMC Psychiatry 2004

## 2.2 RESILIENZA/E

COSA NON FA DI OGNI EVENTO UN TRAUMA  
(e cosa possiamo usare dopo il trauma)

# PREVEDIBILITA' - PREPARAZIONE

- Basoglu nel 1997 ha evidenziato che i **non attivisti politici** hanno significativamente manifestato sintomi riferibili al PTSD (58.5 vs. 18) e alla depressione maggiore (24% vs.4%) pur essendo stati sottoposti a violenze relativamente minori
- La **minore preparazione** psicologica al trauma sembra essere un fattore predittore lo sviluppo di disturbi psichici.

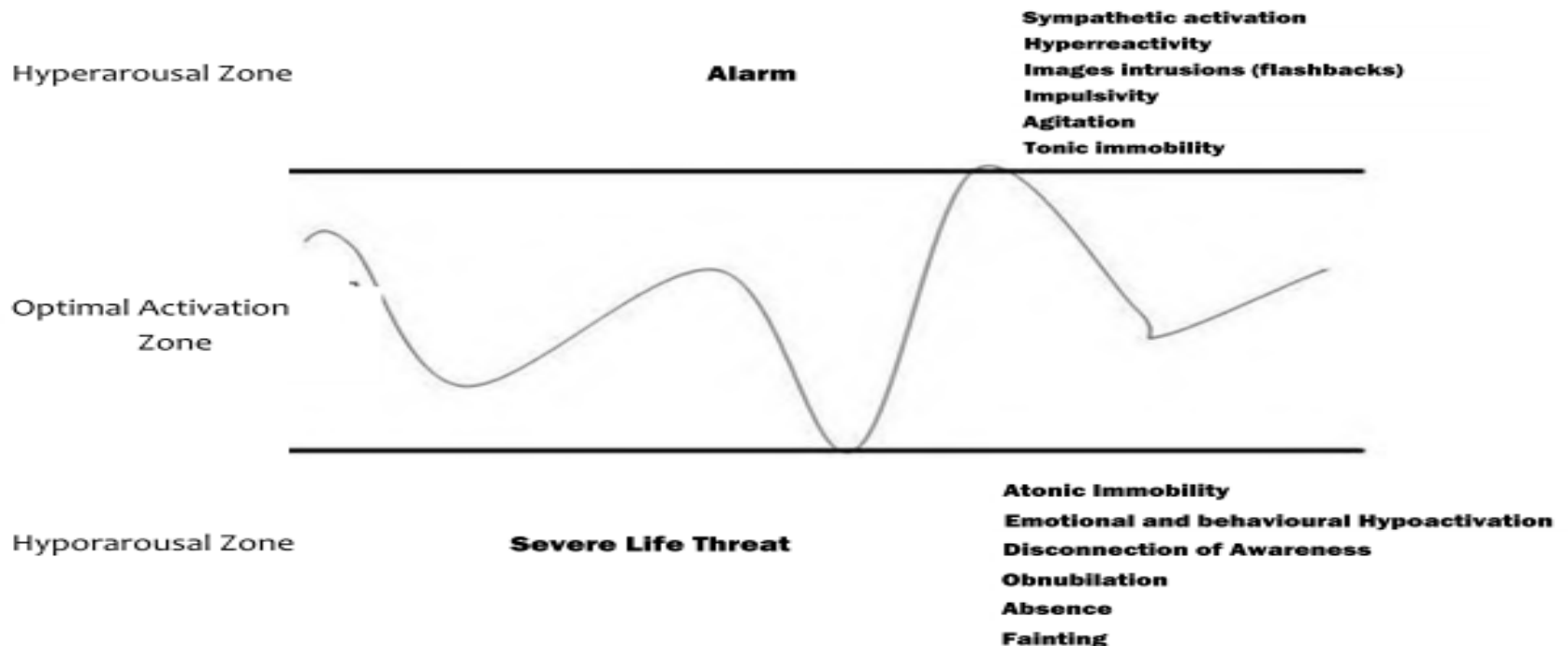
Basoglu et al 1997: **Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture**, Psychol Med. 1997 Nov;27(6):1421-33

- Es.: progesterone in donne che attraversano il Sahara



## 2.3 IL COME DEL TRAUMA

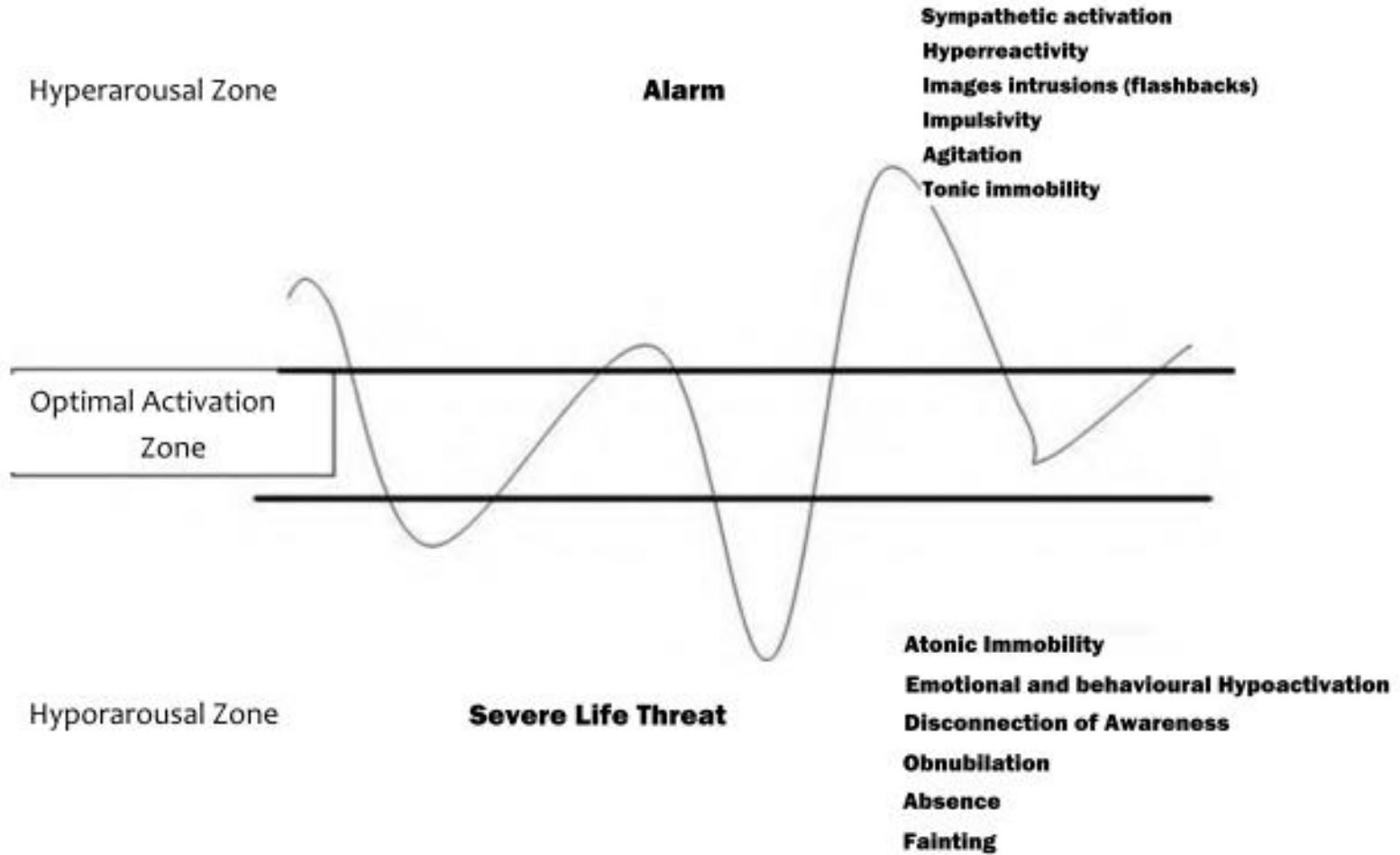
### WINDOW OF TOLERANCE. AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM ACTIVATION



Mod from: Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006)

**FIG. 2**

**REDUCED WINDOW OF TOLERANCE IN POST-TRAUMATIC PATIENTS**



Mod from: Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006)

# L'IMPATTO DEL TRAUMA: IL CORPO NEL TRAUMA

1. “A partire dagli anni ‘90 si considerano i disturbi correlati al trauma non come disturbi dovuti ad un evento, ma come disturbi del corpo, del cervello e del sistema nervoso”

Janina Fischer 2017

- *‘The body keeps the score’* van der Kolk 2014

2. “L’eredità delle risposte traumatiche riflette un tentativo di adattamento, più che essere una prova di ‘patologia’”

# L'IMPATTO DEL TRAUMA:

- Le **memorie traumatiche** sono solo la parte più semplice del problema (Dysfunctional Information Storing)
- la **narrazione verbale** è una risposta semplicistica e inefficace anche solo sulle «memorie» (predominanza del corpo: sistemi d'azione, sistemi motivazionali)
- L'informazione immagazzinata in modo disfunzionale riguarda anche la **strutturazione interna** del soggetto come conseguenza del trauma: parti, difese, fobia di emozioni e ricordi

# L'IMPATTO DEL TRAUMA

- Esempio: focalizzarsi sul ricordo traumatico risveglia nel paziente l'evento. Quando anche non lo ritraumatizziamo con il nostro intervento (la fase di stabilizzazione è stata efficace), arriva l'emozione di paura, sia pure senza hyperarousal (non esce dalla Finestra di tolleranza).
- Ma può risvegliarsi la 'paura per la paura', e anche la rabbia per aver paura, per 'essere debole'.
- Anche senza che ci sia dissociazione, le paura, paura per la paura, e rabbia per la debolezza impediscono che si possa lavorare sulla memoria traumatica.

**=> VANNO RISOLTE PRIMA**



FUITE ET  
TERREUR  
durant le voyage

23-03-2011  
MEURTRE DE  
L'ÉPOUSE

GUERRE  
CIVILE DANS  
La cité  
assiste aux  
BRUTALITÉS  
E MEURTRES  
2010

ON Bon période  
de TRAVAIL  
avec le  
GOUVERNEMENT

38 ans  
menaces  
de la PART  
NORDISTE

PERTE  
DE L'ENFANT

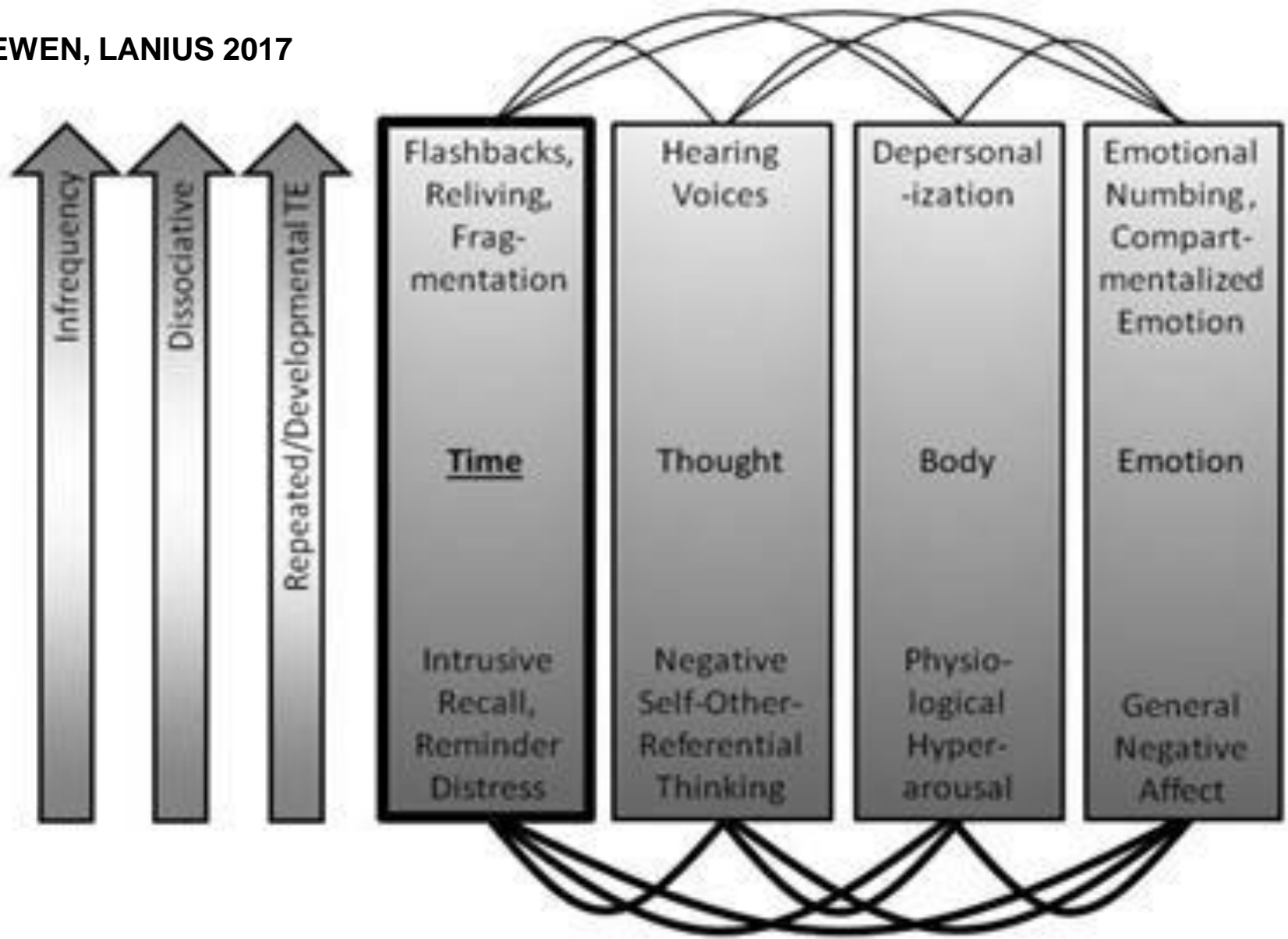
MARIAGE  
36 ans

33 ans  
LES PARENTS  
n'acceptent PAS  
de lui donner la  
main

16  
6A m  
S'ENVA  
04 m

# LINEA DELLA VITA





**FIGURE 3.1.** The 4-D Model of the Traumatized Self Highlighting NWC Distress versus TRASC of Time. TE = trauma exposure.

# DUE GRANDI CAPITOLI IN PSICOTRAUMATOLOGIA. (TIPI DI FRATTURA)

## > **Disturbi Post-Traumatici [PTSD(s)]**

- Rotture della continuità dell'esperienza in Sè già strutturati

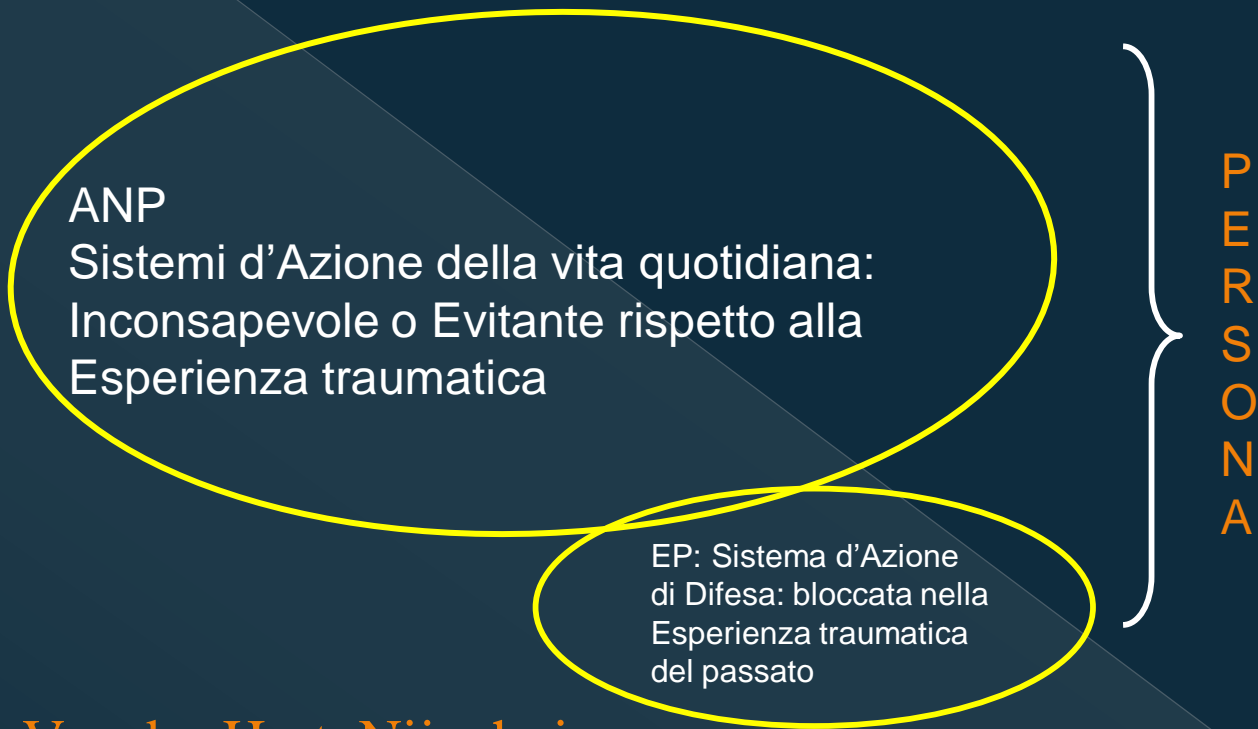
## > **Disturbi Dissociativi**

- È stata resa impossibile l'integrazione del Sè in una età evolutiva

# PTSD & D. Dissociativi

- PTSD può supporre una persona 'sana' prima del trauma: 'sana' non vuol dire senza sintomatologia psichiatrica in questo caso, ma con una struttura di personalità sana, un attaccamento sicuro o insicuro **ma non disorganizzato** ad esempio nella sua storia evolutiva
- D. DISSOCIATIVO può esplodere in occasione del trauma recente in una persona apparentemente 'sana', ma trova la sua origine e le sue forme in eventi di età evolutiva

# Dissociazione Strutturale Primaria PTSD Semplice



Van der Hart, Nijenhuis  
&Steele (2000)

# Dissociazione Strutturale Secondaria:

Una parte che funziona nella  
vita quotidiana (ANP)

Parte bloccata nel  
tempo del trauma  
**Frozen EP**

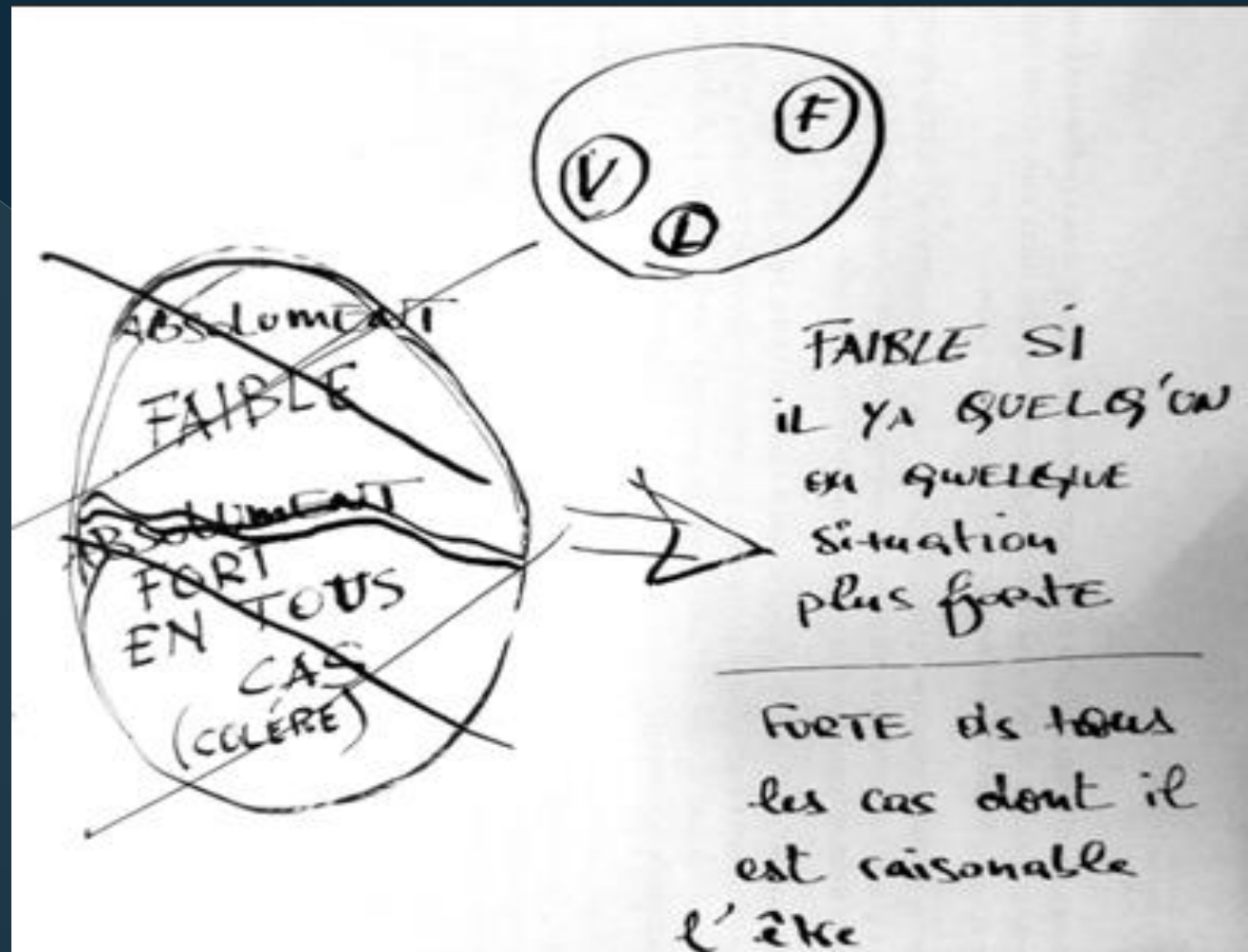
Parte bloccata  
nel tempo del trauma  
**Fight EP**

Parte bloccata  
nel tempo del  
trauma: **EP**  
**Sottomessa**

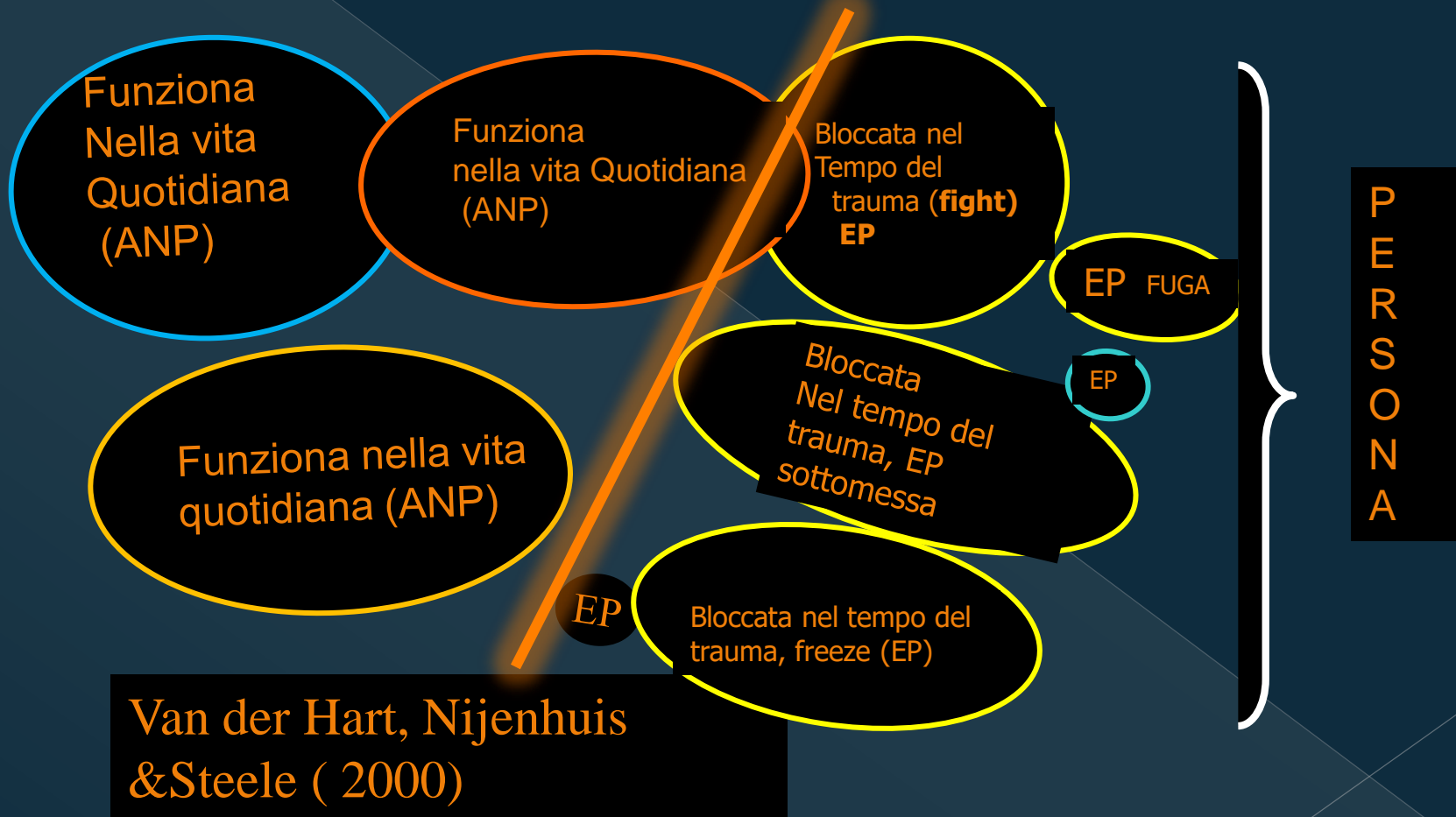
P  
E  
R  
S  
O  
N  
A

3  
7

# Angèle



# Dissociazione strutturale terziaria



### 3. LE PATOLOGIE SONO DIVERSE SECONDO LE VARIE CULTURE.

➔ GLI INTERVENTI DEVONO ESSERE QUINDI QUELLI PROPRI  
DELLE CREDENZE CULTURALI SPECIFICHE DEI SOGGETTI

L'equivoco della  
*etnopsichiatria*



# CULTURA E PSICOPATOLOGIA

## EFFETTI PATOGENETICI

- 1. La cultura è un fattore causale diretto nella formazione o "generazione" della psicopatologia attraverso un aumento della richiesta, e conseguente **DISTRESS** per la persona.

"Ci sono diversi modi in cui le idee e le credenze culturali possono contribuire allo stress, che, a sua volta, produce psicopatologia. ...dall'ansia culturalmente formata, dalle prestazioni culturalmente richieste e dai ruoli e doveri speciali prescritti dalla cultura. In questi casi, la cultura è considerata un fattore causale, poiché le credenze o le idee speciali culturalmente condivise contribuiscono direttamente alla formazione di un particolare stress, inducendo un certo modo di psicopatologia".

- 2. "La cultura contribuisce allo sviluppo di una psicopatologia del tutto unica che si osserva solo in certi ambienti culturali e che. **“NON PUÒ ESSERE CATALOGATA IN MODO FENOMENOLOGICO (O ANCHE SOLO STRETTAMENTE CORRELATA) IN QUALSIASI GRUPPO DIAGNOSTICO CHE ESISTA IN SISTEMI DI CLASSIFICAZIONE CORRENTE»**

= **CULTURE-BOUND SYNDROMES (antiche Sindromi Etniche)**

# CULTURA E PSICOPATOLOGIA

## EFFETTI PATOPLASTICI

- Gli effetti psicopatoplastici sono i modi in cui la cultura contribuisce a modellare o "intonacare" le manifestazioni della psicopatologia. Due livelli diversi:
- 1. modellare il **contenuto** dei sintomi: deliri grandiosi possono essere caratterizzati dalla convinzione di essere un imperatore russo, Gesù Cristo, Buddha, o il presidente della Stati Uniti; possesso da parte di un diavolo, un djin, lo spirito di un antenato, ecc.
- 2. **modellare** il quadro clinico nel suo complesso. Presenza (o esagerazione) o assenza di certi sintomi che modificano in qualche misura la manifestazione totale del quadro clinico. **Variante** della sindrome della depressione, brain-fog syndrome, dell'anoressia non fat-fobic

# CULTURA E PSICOPATOLOGIA

## ○ EFFETTI PATOFACILITATIVI

"I fattori culturali non modificano troppo la manifestazione della psicopatologia, (il quadro clinico può ancora essere riconosciuto e categorizzato), ma contribuiscono alla frequente comparsa di certi disturbi mentali in una società.... che diventa prevalente in certe culture in momenti particolari". Comportamenti suicidi (rari nelle culture musulmane, frequenti nei protestanti), omicidi di massa (facilitati negli USA dalla disponibilità di armi), alcolismo e abuso di sostanze (facilitati dalla disponibilità di mercato facilitata e da un atteggiamento permissivo nei confronti del loro uso)

## ○ EFFETTI PATOREATTIVI

Fattori culturali non influenzano direttamente la manifestazione o la frequenza del disturbo mentale, influenzano le credenze delle persone e la comprensione del disturbo e modellano la loro "reazione" verso di esso, da parte dell'ambiente sociale che le circonda.

"Di conseguenza, il quadro clinico del disturbo mentale è colorato dalla reazione culturale, a livello secondario, nella misura in cui il processo totale della malattia varia". Ad esempio: decorso della schizofrenia nella società urbana altamente sviluppata rispetto a quella rurale meno sviluppata; PTSD associato alla guerra, nei veterani

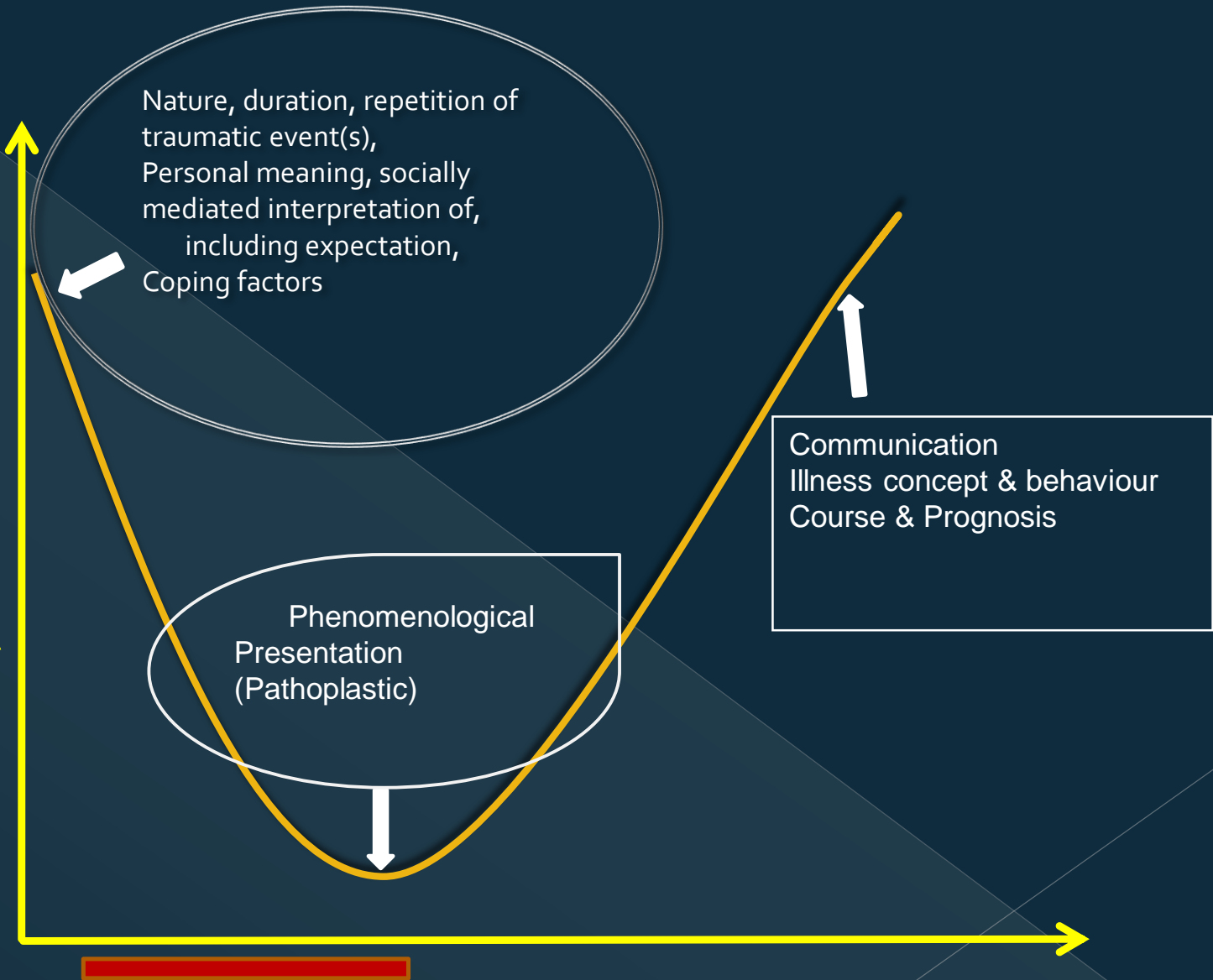


- Culture-bound Syndromes
- Epidemic Mental Disorders
- Minor Psychiatric Disorders
- Substance Abuse Disorders
- Major Psychiatric Disorders
- Organic Mental Disorders



from Tseng 2001, modified

**PESO DEI  
FATTORI  
SOCIO-  
CULTURALI  
NELLA  
PATOLOGIA  
POST-  
TRAUMATICA**



# CLINICA DEL TRAUMA NEI RIFUGIATI

UN MANUALE TEMATICO

A CURA DI EMILIO VERCILLO E MARIA GUERRA



**- UN'ALTRA VOLTA  
LA COSCIENZA A  
DARE PROBLEMI !!**

**- BISOGNERÀ  
DISCONNETTERLA!**

