

7)PERCORSI DI SALUTE MENTALE DI RIFUGIATI VITTIME DI VIOLENZA TRAUMATICHE

Premesse generali

La prima considerazione, anche se apparentemente ovvia, è quella secondo cui una persona che è stata vittima di violenze intenzionali anche estreme, può soffrire di altre patologie non correlate agli eventi traumatici cui è stata sottoposta.

Queste sono comprensive di

- patologie fisiche, le quali vengono scarsamente indagate e troppo spesso facilmente classificate come somatizzazioni per violenze subite;
- patologie organiche neglette con manifestazioni sintomatologiche psichiche, misconosciute, anche se frequenti nella popolazione proveniente da aree endemiche;
- patologie psichiatriche di cui una persona può soffrire, (anche precedentemente al percorso migratorio o agli eventi traumatici), senza nesso causale quindi, nella loro fenomenologia psicopatologica, con gli eventi avversi pur presenti nella vita del paziente.

L'attenzione focalizzata sulle caratteristiche peculiari della popolazione di RTPI non esime pertanto da un corretto percorso diagnostico.

A scopo esemplificativo, non esaustivo, sulla base delle considerazioni sopra esposte, si presentano due possibili scenari di errore di segno opposto tra loro, cui porre particolarmente attenzione e da evitare.

a) Pazienti frettolosamente diagnosticati come psicotici (leggasi schizofrenici), sulla base di manifestazioni ideative e/o comportamentali dall'apparenza psicotica, basati invece su credenze culturali, e non comprese per motivi linguistici o culturali. O anche sintomatologia dissociativa (di origine post-traumatica) interpretata come manifestazioni schizofreniche, con la

conseguenza di terapie improprie, e formulazione di prognosi inevitabilmente negativa.

b) Di segno opposto all'errore a): pazienti con sintomatologia appartenente ad una patologia psichiatrica ben conosciuta nella popolazione italiana (es. ritardo mentale, schizofrenia, disturbo d'ansia, depressioni, etc.), che sulla base del semplice elemento anamnestico di precedenti di violenza subita, vengono interpretati diagnosticati come disturbi post-traumatici.

Infatti qualunque sia il tipo di evento potenzialmente traumatico, il trauma è **specifico** della persona: lo stesso evento causa reazioni differenti nelle persone che lo vedono o sperimentano, quello che è traumatico per una persona può non esserlo per un'altra, e le percentuali di patologia traumatica risultanti dopo l'esposizione diretta o indiretta a un'esperienza di abuso sono sorprendenti. Infatti, l'incidenza di patologia post-traumatica che segue un'esperienza potenzialmente traumatica non supera il 50% in molte rilevazioni.

Non ogni persona vulnerabile è vulnerante e ferita con conseguenti danni patologici, di interesse sanitario.

Quadri clinici

Qualunque sia il tipo di evento traumatico i quadri clinici dei disturbi post-traumatici sono uguali, dipendendo più dai percorsi psico biologici di risposta dell'essere umano (qualunque sia la cultura di provenienza), che dal tipo di violenza subita.

I quadri clinici che hanno eventi traumatici come fattori causali sono organizzati in linea di massima nelle categorie:

- Disturbi da Stress Post Traumatico PTSD, Semplice e/o Complesso
- Disturbi dissociativi.

(Si rimanda ai manuali specialistici per approfondimenti clinici)

Individuazione precoce

L'individuazione precoce è importante perché le conseguenze cliniche della violenza intenzionale hanno la tendenza a cronicizzare o ad evolvere verso un progressivo peggioramento.

Il corteo sintomatologico proprio dei disturbi post traumatici, si sviluppa generalmente per la prima volta dopo l'arrivo in Europa e comunque quando il RTPI si trova finalmente al sicuro. Al momento dello sbarco, o nel periodo immediatamente successivo sono più comunemente visibili la concitazione e lo stress acuto legati al rischio di morire in mare appena vissuti, ad esempio. E' solo successivamente, nei mesi seguenti, che può emergere in modo graduale la fenomenologia postraumatica ed è in queste fasi dell'accoglienza che l'individuazione precoce trova il proprio campo di attuazione

Livelli di intervento

1° livello

La **rilevazione** dei soggetti vittime di violenza estrema è operato da tutti gli operatori che a vario titolo e per le proprie competenze operano nei centri di accoglienza.

Si precisa che le persone con disturbi post traumatici sono per così dire "trasparenti", vale a dire che in genere non si fanno notare, spariscono, si isolano, si paralizzano se altri gridano, non sono agitati e aggressivi, ma appaiono spaventati nella mimica. E sono generalmente riottosi a raccontare la propria storia, non volendo infatti né ricordare o pensare l'evento traumatico.

2° livello

Valutazione diagnostica. In questa seconda fase, il medico e lo psicologo valuteranno il grado di sofferenza psicopatologica e la probabilità che il soggetto abbia conseguenze sindromiche per le esperienze di violenza.

In questa fase non è possibile già formulare una diagnosi di certezza, diagnosi che infatti ha bisogno di tempo per raggiungere la propria definizione.

E' tuttavia una fase importante perché permette di escludere i casi non di interesse sanitario, i cui problemi sono riferibili a carattere personale, stile di comportamento individuali o culturali del soggetto.

3° livello

I soggetti individuati saranno inviati presso le strutture sanitarie che possiedono adeguate competenze specialistiche per la conferma diagnostica e la presa in carico tempestiva; tali strutture avvieranno percorsi multidisciplinari integrati, in cui differenti figure sono formate per un approccio specialistico centrato sulla terapia dei disturbi post-traumatici transculturale.

La multidisciplinarietà rappresenta il cardine del sistema di presa in carico; tuttavia, si sottolinea come il personale dei centri specialistici se deve da una parte essere formato sulla specificità e in particolare sulla patologia posttraumatica, ma contestualmente deve essere in grado di interagire con tutte le professionalità operanti all'interno del servizio

Per approfondimenti- **PERCORSI DI SALUTE IN RIFUGIATI VITTIME DI VIOLENZA TRAUMATICHE – Regione Lazio**