

Il Trauma migratorio e la Teoria dell'Esposizione Narrativa

Silvia Mion

¹Associazione di Psicoterapia Cognitiva, APC Verona

Riassunto

Con questo elaborato è stato approfondito l'attuale tema del trauma che si sviluppa durante il processo migratorio. Partendo dalla spiegazione di parole chiave legate al tema della migrazione, come territorio, cultura, confine e identità, sono state analizzate poi le conseguenze dell'intero processo, prima della partenza, durante e dopo l'arrivo nella nazione ospitante, specificando le problematiche di salute mentale che possono derivare dalle condizioni vissute fino al momento della possibile presa in carico. Vi sono diversi disturbi associati al processo migratorio, come ad esempio l'ansia, la depressione e il disturbo post-traumatico da stress; dato che quest'ultimo secondo alcuni studi è risultato uno dei disturbi più frequenti per questa fascia di popolazione, è stato successivamente analizzato il concetto di trauma, distinguendone le possibili tipologie, ed è stato introdotto il suo trattamento, approfondendo uno dei più recenti interventi psicoterapeutici sviluppato proprio per trattare il PTSD e altre complicanze legate a traumi importanti: la Terapia dell'Esposizione Narrativa, qui descritta, che si fonda sull'idea che rielaborare e condividere la propria storia personale possa svolgere un ruolo cruciale nel processo di guarigione.

Parole chiave: trauma, migrazione, PTSD, terapia dell'esposizione narrativa

Summary

This paper delves into the current issue of trauma that develops during the migration process. Starting with an explanation of key terms related to migration, such as territory, culture, border, and identity, it then analyzes the consequences of the entire process: before departure, during the journey, and after arrival in the host nation, highlighting the mental health issues that can arise from the conditions experienced up to the point of possible intervention. There are several disorders associated with the migration process, such as anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder (PTSD). Given that PTSD, according to some studies, is one of the most common disorders in this population group, the concept of trauma was subsequently analyzed, distinguishing its possible types, and its treatment was introduced. The focus was on one of the most recent psychotherapeutic interventions developed specifically to treat PTSD and other complications related to significant traumas: Narrative Exposure Therapy. This therapy, described here, is based on the idea that reworking and sharing one's personal story can play a crucial role in the healing process.

Parole chiave: trauma, migration, PTSD, narrative exposure therapy

Introduzione

Il trauma è un complesso fenomeno che può colpire chiunque, indipendentemente dal contesto culturale di provenienza.

Nel campo dell'etnopsicologia, lo studio del trauma va oltre le tradizionali prospettive psicologiche, e tiene conto dei fattori culturali, sociali e storici che ne influenzano la manifestazione e l'esperienza. Il trauma, pertanto, non può essere compreso separatamente dal contesto culturale in cui avviene, in quanto le diverse culture hanno modi distinti di interpretare ed esprimere l'angoscia, e questo influenza il modo in cui il trauma viene percepito e trattato all'interno di una comunità.

È importante quindi riconoscere il valore dei fattori culturali nel modellare la comprensione e la risposta al trauma, e incorporare le credenze, le pratiche e le tradizioni di guarigione in interventi terapeutici, al fine di garantire che il trattamento sia culturalmente sensibile e rilevante.

Questo è un tema a me caro sin dal mio primo tirocinio della triennale nella facoltà di Psicologia a Padova, svolto nelle baraccopoli di Nairobi, Kenya, per la durata di un mese; esperienza che mi ha permesso di avvicinarmi e approfondire le tematiche psicologiche collegate a quelle culturali sino ad oggi, e che mi ha portato a lavorare tutt'ora in un Centro di Accoglienza Straordinaria nella provincia di Verona. Con questo elaborato vorrei quindi far comprendere qual è il processo migratorio di una persona costretta a lasciare il proprio paese e le conseguenze ad esso collegate, l'incidenza dei disturbi psichiatrici connessi alla migrazione e quali possono essere i diversi traumi correlati.

L'intento poi è di dare enfasi ad un trattamento psicoterapeutico recente, la Narrative Exposure Therapy (NET) che ha la sua ultima revisione nel 2019¹, e che ha come scopo principale quello di «facilitare l'elaborazione delle memorie traumatiche nell'autobiografia dell'individuo, traducendo in “parola” quanto fino a quel momento è rimasto a livello sensoriale»².

Il processo migratorio

Il fenomeno migratorio è un processo che coinvolge milioni di individui in tutto il mondo, dando vita a dinamiche sociali, economiche e psicologiche di ampia portata.

Per comprendere la migrazione e i disturbi ad essa collegati, è necessario in primo luogo definire alcuni concetti senza i quali non si riuscirebbe a cogliere le molteplici sfumature e le conseguenze che ne derivano. I primissimi aspetti da considerare nell'analisi di un fenomeno multifattoriale ed in continuo mutamento sono: il territorio; il confine; la cultura; l'identità.

¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6450467/>

² <https://www.sisst.it/net/>

Per poter analizzare il disagio della persona migrante, non si può non tenere in considerazione che è una persona con le sue caratteristiche individuali, sociali e culturali, ma al contempo è un individuo che è mutato durante il viaggio, e che continua a mutare per potersi adattare ai contesti che lo accolgono.

Con la parola territorio spesso ci si sofferma alla definizione geografica del termine e si è subito portati a pensare ad uno spazio con determinate caratteristiche fisiche e biologiche; oltre agli aspetti naturali, la definizione è strettamente legata al concetto di antropizzazione, ovvero l'insieme degli interventi di trasformazione dell'ambiente naturale da parte dell'uomo. L'uomo è un organizzatore dello spazio, come afferma Leroi-Gourhan, nel 1977: il territorio, quindi, non dipende solo dalla sua conformazione, ma viene modificato dall'essere umano. *“Il territorio non è solo l'ambiente ma determina le specie viventi, che sono parte del territorio e che contribuiscono a definirlo e, eventualmente, a modificarlo. Le specie, percependo l'ambiente, creano una loro immagine interna e riflessa; ciò permette l'adattamento ... Il territorio antropizzato è lo spazio su cui l'essere umano proietta il proprio pensare ed agire. È tutto ciò che la nostra specie percepisce come forma simile a sé.”* (Cianconi, 2015, pg.20).

L'uomo, quindi, interviene sull'ambiente creando significati, e contemporaneamente assorbe i significati dei luoghi che attraversa durante il suo passaggio. Tutto questo lascia un segno nel migrante, che deve imparare ad interpretare una realtà differente dalla sua, trovandosi impossibilitato a replicare il suo sistema di consapevolezza interiorizzato tramite gli schemi culturali di origine.

Il concetto di sistema di consapevolezza è collegato a quello di cultura, che viene così definita da Ugo Fabietti (2010): «Un complesso di idee, simboli, azioni e disposizioni storicamente tramandati, acquisiti, selezionati e largamente condivisi da un certo numero di individui, mediante i quali questi ultimi si accostano al mondo in senso pratico e intellettuale». I sistemi appresi possono cambiare nel corso del tempo sia per logiche interne, come il passaggio generazionale, sia per dinamiche esterne, come l'incontro/scontro con culture differenti (Cianconi, 2015).

La cultura quindi «è fatta dagli uomini e fa gli uomini» (Cianconi, 2015 pg. 20-21). In altre parole, fa riferimento a sistemi di conoscenze, concetti, regole e pratiche che vengono appresi e trasmessi da una generazione all'altra, ma contemporaneamente guida l'uomo nella comprensione dell'ambiente circostante. Questi valori coinvolgono aspetti come le relazioni sociali, il linguaggio, la comunicazione non verbale di pensieri ed emozioni, il sacro, la moralità, la tecnologia e l'economia. I contenuti culturali condivisi trasmettono sicurezza e creano un senso di appartenenza e di identità in chi si riconosce in essi. Ciò avviene perché la nostra capacità di comprendere la realtà

in quanto esseri umani è limitata: gli stimoli esterni vengono acquisiti, decodificati ed immagazzinati (Atkinson e Shiffrin, 1971) attraverso schemi precedentemente costituiti. Come sostiene Michael Gazzaniga (2007), disponiamo di un modulo interprete che ha il compito di fornire spiegazioni rispetto al mondo che ci circonda per fornire stabilità alla nostra mente.

La mente, quindi, ha bisogno di ordine. Deve poter riconoscere l'ambiente e gli stimoli attorno a sé. In altre parole, come anticipato sopra, l'essere umano ritaglia la realtà in base alle proprie esperienze, e la classifica per poterla comprendere. Ma per poter fare questo, occorre separare ciò a cui si dà un significato, da un "qualcosa" che diventa automaticamente altro. Questa linea, che separa, viene definita confine, concetto ripreso da diversi autori, i quali hanno cercato di comprenderne le accezioni sociologiche e psicologiche. Georg Simmel (1998) definisce il confine come fatto sociologico che si costruisce in uno spazio determinato; Cuttitta (2012) divide il concetto in confine territoriale, ovvero la linea che segna una discontinuità tra proprietà materiali, (siano esse Stati, beni privati, terreni ecc...) e confine non territoriale, quello che segna la differenza tra entità immateriali, come ad esempio le culture, le credenze religiose, i gruppi etnici, le classi sociali o la pelle delle persone (Fanon, 1952; Aime e Papotti, 2023). La funzione dei confini è quindi quella di limitare un'identità da tutto ciò che viene considerato diverso.

La cultura crea i confini entro i quali si definisce e, di conseguenza, le identità delle persone che in essa si riconoscono. Secondo Giovanni Jervis (1997), l'identità può essere definita come l'esercizio di riconoscersi ed essere riconoscibili, ossia l'insieme descrivibile delle nostre caratteristiche. A questo proposito, è importante tenere a mente che le categorie di "noi" e "altro" non esistono in natura ma sono costruzioni che i gruppi umani fanno per formare le proprie unità sociali (Aime e Papotti, 2023).

Inoltre, il concetto di identità è strettamente collegato al cambiamento. La percezione di sé è infatti soggetta a molteplici mutamenti durante l'esistenza per i diversi avvenimenti che occorrono durante la vita (Jervis, 1997). E migrare corrisponde ad un cambiamento radicale nella vita di chi compie questa scelta.

Migrare, spostarsi ed esplorare sono caratteristiche intrinseche nell'essere umano, che da sempre si è mosso alla ricerca di territori che permettessero la sua sopravvivenza sia biologica che culturale (Cameron et al., 2012). Il termine migrante, quindi, si riferisce in prima battuta non alla persona ma all'azione che mette in atto, ovvero cambiare, muoversi, spostarsi. (Finco, 2022). È in quest'ottica che la persona migrante può essere definita come «una persona, un essere umano, che si muove e che mai, o quasi, si ferma. Si muove da un paese all'altro, da un territorio ad un altro e non arriva mai. Il migrante oggi è una persona senza nazionalità della quale, se facilmente possiamo

individuare la provenienza, difficilmente possiamo individuare una destinazione. O meglio, possiamo individuare solo il destino, quello di muoversi, viaggiare, esplorare, imparare, e, rare volte, essere compreso» (Dean, 2011). Il migrante è quindi un individuo che lascia il proprio luogo di residenza abituale per stabilirsi in un'altra nazione per un periodo di almeno un anno; chi compie il viaggio non lascia solo la sua terra, ma porta con sé simboli, memorie, relazioni e sistemi di significato. La persona, infatti, non si separa simbolicamente dal suo gruppo di appartenenza, con il quale rimane in contatto. Allo stesso tempo però, proprio perché migra, non appartiene più a nulla, diventa una persona diversa (Cianconi, 2015). Uno dei rischi, infatti, è che la persona non riesca a mantenere una continuità tra il prima e il dopo, una coerenza tra i mondi culturali che sperimenta.

Il migrante che decide di partire può essere spinto da diverse motivazioni, che possono variare da fattori economici a situazioni di conflitto o persecuzione o ancora per sfuggire a crisi ecologiche. Tutto ciò può dar vita ad un'esperienza spaventosa, soverchiante, di fronte alla quale un individuo si sente impotente, ovvero un'esperienza traumatica (Hermann, 1992).

La letteratura (Bhruga, Jones, 2001) afferma che il trauma legato alla migrazione, può manifestarsi nelle diverse fasi del processo migratorio: prima del viaggio, durante il viaggio stesso e successivamente all'arrivo nel nuovo contesto.

Prima del viaggio, queste persone spesso affrontano situazioni traumatiche legate alla loro decisione di migrare, come la povertà estrema, l'insicurezza, la discriminazione o la violenza nei loro luoghi di origine. Essi sperimentano un insieme di emozioni contrastanti: l'anticipazione di cosa avverrà, l'ansia e la paura unite spesso con speranze e aspettative di una vita migliore. Questi fattori possono avere un impatto molto significativo sulla loro salute mentale, predisponendo queste persone, anche ad esperienze traumatiche.

Durante il viaggio, le persone migranti affrontano sfide uniche e spesso pericolose. La mancanza di cibo, acqua e denaro, l'esposizione a situazioni di violenza, inclusi abusi fisici e sessuali, lutti e la separazione dalla propria famiglia possono contribuire all'insorgenza di sintomi post-traumatici. Il viaggio può essere particolarmente difficile per i rifugiati costretti a fuggire da situazioni di conflitto armato, dove la violenza è onnipresente e le risorse sono molto limitate. L'instabilità emotiva derivante dalla mancanza di sicurezza durante il viaggio, inoltre, può contribuire significativamente all'emergere di disturbi psichiatrici post-migrazione.

Una volta giunti a destinazione, il post-viaggio può essere altrettanto difficile. L'adattamento a una nuova cultura, la mancanza di sostegno sociale e gli ostacoli legati all'integrazione possono avere un impatto significativo. Non tutti i contenuti culturali, ad esempio, possono essere modificati facilmente senza minacciare la continuità identitaria dell'individuo (Cianconi, 2015). Inoltre, le

persone migranti sono spesso esposte a discriminazioni, razzismo e xenofobia, isolamento, ed a ulteriori problematiche come l'incertezza legale e sanitaria (Losi, 2000).

Appena giungono in Italia, queste persone vengono portate nei primi centri di accoglienza (hotspot), dove viene loro garantito un primo soccorso medico per i casi più gravi, un fotosegnalamento e una pre-identificazione. A causa di diversi fattori quali l'incertezza verso il proprio presente e il proprio futuro, l'incomprensione linguistica e il sovraffollamento, uno studio del 2020 ha rilevato che negli hotspot con più di 1000 migranti "le condizioni di vita precarie nei grandi e sovraffollati centri di accoglienza producono effetti negativi sulla salute mentale dei rifugiati e dei richiedenti asilo al pari delle violenze subite nei paesi di origine o lungo la rotta migratoria"³. Coloro che intendono procedere con la permanenza nel Paese e quindi con la richiesta di asilo poi, vengono poi trasferiti nei Centri Governativi o nei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS), dove viene garantita una prima assistenza di base.

La migrazione, quindi, può essere considerata un fattore di rischio per la salute mentale, e la vulnerabilità individuale può essere influenzata da un insieme di fattori genetici, esperienze pregresse di trauma, risorse personali e sociali disponibili. La mancanza di supporto sociale e di risorse, inoltre, può aumentare il rischio di disturbi come ansia, depressione e disturbo post-traumatico da stress. Secondo i dati di Medici Senza Frontiere, in uno studio effettuato nel 2015/2016 nei centri di accoglienza straordinaria siti nella provincia di Ragusa, il 60,5% delle persone che vi hanno partecipato mostravano problematiche di salute mentale. Tra queste, il 42% dei pazienti presentavano disturbi di stress post traumatico, il 27% disturbi d'ansia, e il 19% disturbi depressivi. L'età media del campione era di circa 24 anni⁴. Un altro studio, effettuato da Tarricone et al., citato nelle stime dell'OMS nel 2022⁵, conferma l'incidenza dei disturbi psichiatrici connessi alla migrazione, e afferma che i disturbi mentali raggiungono il 22,1% nelle popolazioni colpite da conflitti; sempre nel report dell'OMS⁶, troviamo una metanalisi globale, effettuata da Henkelmann et al. (2020), con la quale hanno rilevato che i rifugiati e i richiedenti asilo avevano un alto tasso di ansia e depressione. Tuttavia, la prevalenza di questi disturbi in rifugiati e migranti, varia ampiamente tra i paesi dell'OMS. Nella Regione Europea dell'OMS, i rifugiati hanno una situazione in qualche modo simile riguardo la presenza dell'ansia (13%) rispetto alla popolazione generale (9%), ma un valore nettamente più elevato di prevalenza di disturbi depressivi (32% contro

³ <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0020764020959095?journalCode=ispa>

⁴ https://www.medicisenzafrontiere.it/wp-content/uploads/2018/06/Rapp_Traumi_Ignorati_180716.pdf

⁵ https://www.inmp.it/pubblicazioni/WHO-INMP_World_Health_Report_Summary.pdf

⁶ https://www.inmp.it/pubblicazioni/WHO-INMP_World_Health_Report.pdf p.124-125

il 4%). La separazione dalla cultura d'origine, le difficoltà legate all'integrazione in un nuovo contesto sociale e la costruzione di una nuova identità possono essere fattori che contribuiscono all'insorgenza di questo tipo di problematiche.

L'ansia nelle persone migranti può manifestarsi in diverse forme, ed è influenzata da una serie di fattori legati al processo migratorio (Henkelmann e al., 2020). Le manifestazioni di ansia possono essere di diverso tipo, ma spesso includono sintomi emotivi, comportamentali e fisici. Alcuni modi in cui l'ansia può manifestarsi nelle persone migranti sono:

1. *Ansia sociale*: può nascere dall'isolamento, causato sia dalla separazione dalla famiglia e dalla comunità d'origine, che dalla difficoltà di costruire nuove relazioni nel paese ospitante; e dalla paura del giudizio, ovvero la paura di essere giudicati o discriminati;

2. *Ansia culturale e linguistica*: può essere causata dalle barriere linguistiche, quindi dalla difficoltà nel comunicare, che a sua volta può generare un senso di impotenza, e dalla difficoltà di adattamento culturale: in quanto la percezione di essere "fuori luogo" o di non comprendere appieno le dinamiche culturali può generare la cosiddetta "doppia assenza" (Sayad, 2002);

3. *Ansia riguardo al futuro*: nasce generalmente dall'incertezza riguardo al futuro, legata ad aspetti come lo status di immigrazione, l'occupazione (soprattutto quando la persona migrante ha il compito di provvedere economicamente alla famiglia, anche se rimasta nel Paese di nascita) e il percorso di integrazione, può causare preoccupazione costante. L'ansia sulle prospettive future può essere particolarmente elevata nei migranti che fuggono da situazioni di conflitto o instabilità;

4. *Ansia legata al trauma migratorio*: causata dai sintomi post-traumatici come flashback, incubi o ipervigilanza, dati da esperienze traumatiche vissute durante il viaggio o nei loro paesi d'origine;

5. *Ansia economica*: data dalle preoccupazioni economiche, inclusa la ricerca di lavoro, il mantenimento della famiglia e la gestione delle risorse finanziarie limitate;

6. *Sintomi fisici*: generalmente l'ansia nel corpo può causare problemi gastrointestinali come dolori addominali, nausea o diarrea, e/o tensione muscolare e mal di testa;

7. *Ansia legata all'identità*: causata dai cosiddetti conflitti identitari, ovvero la ricerca di un equilibrio tra la preservazione dell'identità culturale di origine e l'adattamento a nuove identità; l'ansia può derivare dai conflitti interni legati all'identità e alla costruzione di una nuova narrativa personale.

Per quanto riguarda la depressione, essa può manifestarsi come una risposta al senso di perdita, al trauma migratorio e alle difficoltà di integrazione. Queste persone arrivano in un territorio straniero, dove le disparità socioeconomiche emergono immediatamente, e le barriere linguistiche

ostacolano ulteriormente l'integrazione, portando così ad un isolamento forzato. Secondo Scaringi (2008), la depressione può manifestarsi come:

1. *Sensazione di perdita e nostalgia*: la separazione dalla famiglia, dalla comunità d'origine e dal proprio paese può generare sentimenti di perdita e nostalgia. La mancanza di radici culturali e sociali può contribuire all'insorgenza della depressione;

2. *Isolamento sociale*: l'adattamento a una nuova cultura e società può comportare difficoltà nel costruire reti sociali significative, così come l'isolamento, la mancanza di amicizie e di supporto sociale;

3. *Barriere linguistiche*: le barriere linguistiche possono rappresentare un ostacolo significativo all'integrazione sia sociale che lavorativa. La difficoltà a comunicare può isolare ulteriormente la persona migrante, contribuendo alla sensazione di estraneità;

4. *Stress legato alla situazione legale*: l'incertezza sulla situazione legale, come l'attesa del riconoscimento del permesso di soggiorno, può generare uno stress significativo. La paura di problemi legali o di espulsione può contribuire alla depressione;

5. *Esperienze traumatiche*: molti migranti portano con sé storie di esperienze traumatiche non elaborate, come la fuga da conflitti, la violenza o la persecuzione nei loro paesi d'origine;

6. *Difficoltà di adattamento culturale*: l'adattamento a nuove norme sociali, valori culturali e pratiche quotidiane può essere fonte di stress psicologico;

7. *Perdita di ruoli e identità*: la migrazione può comportare la perdita di ruoli sociali e di identità; la mancanza di riconoscimento delle competenze professionali, la difficoltà nel trovare lavoro e la percezione di inutilità possono influenzare negativamente la salute mentale;

8. *Stress economico*: le difficoltà nel trovare lavoro, le disparità socioeconomiche e l'instabilità finanziaria possono aumentare lo stress economico, e la preoccupazione costante per il sostentamento proprio e della famiglia può contribuire all'insorgenza della depressione;

9. *Sintomi fisici e psicologici*: attraverso sintomi fisici come affaticamento, disturbi del sonno, cambiamenti nell'appetito e sintomi psicologici come sentimenti persistenti di tristezza, disinteresse nelle attività quotidiane, sentimenti di colpa o indegnità;

10. *Carenza di sostegno sociale*: la mancanza di reti di supporto sociale, sia nella comunità d'origine che nella società ospitante, può aumentare la vulnerabilità alla depressione. La percezione di solitudine può accentuare l'impatto negativo sulla salute mentale.

Infine, come precedentemente visto, il disturbo che si presenta con la maggior frequenza nelle persone migranti è il disturbo post-traumatico da stress (PTSD). Quando si parla di eventi potenzialmente traumatici, ci si riferisce ad eventi che la persona subisce direttamente o di cui è

testimone, o di cui viene a conoscenza quando riguardano persone con cui sente vicinanza, e sono caratterizzati da “morte reale o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale” (American Psychiatric Association, 2013). Nei migranti può manifestarsi attraverso una serie di sintomi che riflettono le esperienze traumatiche vissute durante tutto il processo migratorio. Le manifestazioni più comuni del PTSD nelle persone migranti (Morina et al., 2018) sono:

1. *Flashback e intrusioni*: le persone con PTSD possono sperimentare flashback, ossia ricordi vividi e involontari degli eventi traumatici. Questi possono manifestarsi attraverso immagini, suoni o sensazioni fisiche, riportando la persona immediatamente all'evento traumatico;

2. *Evitamento*: la tendenza a evitare situazioni, luoghi o persone che ricordano l'evento traumatico è un sintomo tipico. Nei migranti, questo potrebbe tradursi nell'evitare luoghi che richiamano il viaggio o le situazioni di pericolo;

3. *Iperarousal*: in coloro che soffrono di questo disturbo si ritrova spesso un elevato stato di allerta e ipervigilanza;

4. *Sintomi fisici*: i più comuni sono i disturbi del sonno (spesso causati da incubi legati alle esperienze traumatiche vissute pre-durante-post viaggio), problemi gastrointestinali, e dolori fisici. Questi sintomi possono essere una risposta diretta allo stress cronico associato alle esperienze traumatiche;

5. *Disturbi dell'umore*: il PTSD può influenzare in modo negativo l'umore, causando depressione, irritabilità e una generale sensazione di disperazione;

6. *Irritabilità e problemi di concentrazione*: i migranti con PTSD possono manifestare irritabilità e difficoltà di concentrazione, come conseguenza alla tensione psicologica e all'iperarousal associati al disturbo;

7. *Alterazioni negative del pensiero e delle emozioni*: possono portare ad amnesia verso parti importanti dell'evento traumatico, ed a convinzioni negative relative a sé stessi, agli altri o al mondo; si presentano inoltre pensieri di colpa e responsabilità verso l'evento o verso le sue conseguenze;

8. *Alterazioni negative delle emozioni*: si può sperimentare una forte diminuzione di interesse verso le attività quotidiane, accompagnata da sentimenti di estraneità e distacco nei confronti delle altre persone, e una difficoltà significativa e persistente nel provare emozioni positive verso gli altri;

9. *Risposte Emotive Intense*: generalmente le persone con PTSD spesso sperimentano risposte emotive intense, come paura, rabbia o tristezza, che possono essere scatenate da stimoli che ricordano l'evento traumatico.

Il trauma migratorio è quindi un fenomeno complesso che richiede un'analisi multifattoriale. Va ricordato, infatti che la sofferenza si delinea su più “territori” che spaziano dal livello psicologico a quello culturale, sociale e relazionale. Un approccio di questo tipo è essenziale per comprendere appieno l'impatto della migrazione sulla salute mentale. La creazione di programmi di supporto psicosociale, la sensibilizzazione culturale e l'accesso a servizi sanitari mentali possono contribuire a ridurre i rischi legati al trauma migratorio, favorendo così un processo di integrazione più sano e resiliente per le persone migranti.

Il trauma

Prima di andare ad analizzare in modo approfondito il trauma, ritengo sia importante fare una distinzione tra i termini evento traumatico e trauma. Con “evento traumatico” si intende un’esperienza singola o un evento (o serie di eventi) protratto nel tempo e in grado di produrre una reazione emotiva negativa sufficientemente intensa da interferire con la capacità di integrare idee, emozioni, e sensazioni presenti nel corso dell’esperienza stessa. Il “trauma” invece, è l’effetto psicologico causato dall’evento traumatico (Herman, 1992); la reazione emotiva di sopraffazione può verificarsi nell’immediato oppure a distanza di tempo dall’evento traumatico. La differenza chiave tra questi due elementi sta quindi nel fatto che un evento traumatico è un’esperienza esterna che potenzialmente può causare danni, mentre il trauma è la risposta interna o l’effetto psicologico di quell’evento sull’individuo. Questa distinzione è cruciale perché sottolinea come le esperienze traumatiche siano soggettive e uniche per ogni individuo. Fattori come la storia personale, il supporto sociale, e le risorse interne, quindi, influenzano il modo in cui un individuo elabora e risponde al trauma.

Dal momento in cui il trauma è l’effetto psicologico di un evento, esso risulta imprescindibile dal concetto di memoria, e ritengo sia importante fare la distinzione tra memoria "calda" e "fredda", come le definisce Zelazo (2004), parlando più in generale delle funzioni esecutive. Questi termini si riferiscono a due diversi modi in cui le esperienze e i ricordi possono essere elaborati e memorizzati.

La memoria calda è emotivamente carica e spesso legata a esperienze traumatiche o molto stressanti. Questi ricordi sono intensi, vividi e spesso accompagnati da una forte risposta emotiva. Essa può attivare il sistema di risposta allo stress del corpo, portando a reazioni fisiologiche come aumento della frequenza cardiaca, sudorazione o tensione muscolare. I ricordi caldi possono manifestarsi sotto forma di flashback o ricordi intrusivi, dove l’esperienza traumatica è rivissuta in modo intenso e talvolta soverchiante. Per questo motivo, questo tipo di memoria è un componente chiave nel disturbo da stress post-traumatico (PTSD), dove i ricordi del trauma rimangono vividi e emotivamente disturbanti.

La memoria fredda invece, è più distaccata e oggettiva. Questi ricordi tendono ad essere descrittivi, focalizzati sui fatti e privi di una forte carica emotiva. Questo tipo di memoria è associata a un’elaborazione cognitiva più razionale e analitica. È tipicamente ciò che utilizziamo per ricordare informazioni quotidiane, come fatti o eventi storici.

Nel trattamento del trauma, come ad esempio con la NET uno degli obiettivi può essere trasformare i ricordi caldi in ricordi freddi, e ciò implica ridurre la carica emotiva dei ricordi

traumatici, rendendoli più gestibili e meno disturbanti. Questo è possibile, ad esempio, tramite la ristrutturazione cognitiva, dove si possono aiutare i pazienti a trasformare i ricordi caldi in ricordi freddi, incoraggiandoli a rivedere e reinterpretare i loro ricordi traumatici in un modo più distaccato e oggettivo, e tramite l'abituazione. Pertanto, la distinzione tra memoria calda e fredda è fondamentale nella comprensione di come i ricordi traumatici influenzino gli individui e nel guidare gli approcci terapeutici per il trattamento di condizioni come il PTSD. Questa distinzione aiuta a capire come un'esperienza traumatica possa essere trasformata e integrata nella storia personale in un modo che riduca il suo impatto disturbante.

Un'ulteriore classificazione del trauma (Herman, 1992) è la suddivisione in traumi singoli, derivanti da un unico grande evento, definibile come “esperienza traumatica di natura estrema” che comprende la percezione di pericolo al corpo, attacco al sé, che può portare alla morte o minaccia all'integrità fisica propria o delle persone care, e traumi continuativi, che si verificano ripetutamente o per lunghi periodi. Questo tipo di traumi, sono spesso legati a esperienze come abusi continui e duraturi, come vissuti di guerra, atti di negligenza da parte delle figure di attaccamento e accudimento durante l'infanzia, ma anche abusi verbali ripetuti o l'essere ignorati, squalificati, invalidati e derisi. Nelle vittime di trauma singolo, l'emergere della psicopatologia si presenta con il “Disturbo post traumatico da stress Simplex” che presenta le seguenti caratteristiche: flashback, memorie e pensieri intrusivi, incubi e insonnia, reazioni emotive intense, condotte di evitamento, iperarousal, alterazioni della memoria e difficoltà di concentrazione. Nelle persone vittime di traumi di tipo continuativo invece, la probabile conseguenza è l'insorgenza del disturbo post traumatico da stress di tipo Complex il quale, oltre a presentare le caratteristiche del DPTS Simplex, si caratterizza, secondo Van der Hart et al. (2011), per l'interferenza con lo sviluppo alterando 6 macroaree della sua esistenza:

- Regolazione delle emozioni e controllo degli impulsi: si riflette nell'incapacità di gestire le emozioni intense ed improvvise e nell'attuazione di condotte autodistruttive messe in atto nel tentativo di ripristinare un senso di autocontrollo (esempi sono l'abuso di alcol o di sostanze ed i comportamenti autolesionistici);
- Alterazione dell'attenzione e della consapevolezza con la presenza di continui episodi dissociativi e amnesie collegate all'impossibilità di sottrarsi a pensieri e ricordi traumatici;
- Percezione di sé: i sopravvissuti hanno una visione di sé spesso alterata, percependosi come deboli e impotenti. Sono soggetti che rimangono aperti, la cui identità viene spezzata quando l'attentatore compie l'atto traumatico e che vengono privati della loro unicità di persone;

- Rapporti interpersonali: sono caratterizzati dalla perdita di fiducia e dall'impossibilità di entrare in intimità con l'altro. Generalmente le persone tendono ad isolarsi ed a ritirarsi. Caratteristica principale è il silenzio, dovuto ad una convinzione di non poter essere capite;

- Somatizzazione: le vittime tendono a presentare sintomi somatici non riconducibili a cause mediche.

Il trauma sperimentato dai richiedenti asilo e rifugiati, ha caratteristiche, gravità e durata differenti rispetto a quelle generalmente osservate in altre popolazioni, sviluppa un decorso fluttuante nel lungo termine, e si presenta con una elevata comorbidità ad altre patologie (Nosè et al., 2017).

Oltre alle differenze culturali presenti però, come in parte già visto, le basi fisiologiche che determinano e mantengono i sintomi dati dalla traumatizzazione sono le stesse per tutte le persone: quando vi sono segnali di allarme, secondo la psicofisiologia e la biologia evoluzionistica, il nostro cervello ci può dare una serie di risposte difensive (congelamento, fuga, combattimento, terrore, immobilità, e svenimento, chiamati *meccanismi di difesa a cascata*), che diventano più intense a seconda della vicinanza al pericolo e alla minaccia percepiti (Schauer e Elbert, 2010).

Queste risposte difensive nascono in reazione a degli stressor, come la privazione fisica o eventi paurosi, che possono condurre a disturbi nello spettro del trauma. La sequenza di queste risposte allo stress, secondo Elbert e Rockstroh (2003), McEwen (2002), e Teicher et al (2002) possono dipendere da:

- Ippocampo: responsabile delle funzioni associate alla costruzione della memoria;
- Asse ipotalamo- ipofisi- surrene: punto di forza per il meccanismo di difesa a cascata, coinvolto nella regolazione retroattiva di un ormone dello stress, ovvero del cortisolo;
- Asse amigdala- locus coeruleus- ghiandola surrenale- sistema nervoso simpatico: dirige il flusso sanguigno, aumenta la consapevolezza e mobilita la risposta difensiva corrispondente;
- sistema immunitario: è coinvolto sia nelle risposte adattive del corpo, in quanto stressor naturali brevi ed intensi sono associati alla regolazione adattiva di alcuni parametri immunitari, sia a risposte disadattive, infatti lo stress cronico porta alla soppressione immunitaria.

Nei mammiferi generalmente la risposta allo stress si interrompe quando il pericolo cessa di esistere. Per gli esseri umani invece questo non avviene, in quanto l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene potrebbe rimanere attiva per un tempo indefinito. Ciò può provocare delle risposte che ritornano nel tempo, con il rischio, in presenza di uno stress prolungato, di trasformare le risposte fisiologiche adattive in disturbi disadattivi (Schauen, Neuer, Elbert, 2014). Sempre per gli autori non è detto, quindi, che a seguito di un evento traumatico derivi necessariamente l'esordio patologico: ciò che

discrimina la nascita della patologia è la rielaborazione personale del soggetto rispetto all'evento. L'imprevedibilità della situazione, infatti, compromette l'elaborazione emotiva della persona. Da una parte, il sopravvissuto vive un costante sentimento di paura e perdita di sicurezza (l'informazione infatti viene archiviata senza essere elaborata dalla corteccia prefrontale che, nel momento di pericolo, non si attiva in tempo; per questo in presenza di trigger la persona mette in atto la risposta traumatica) e si trova quindi in un costante limbo tra presente e passato; dall'altra, la persona mette in atto risposte emotive che sono legate al trauma e alla personale attribuzione causale dell'evento. Queste risposte possono essere:

- senso di colpa: utilizzato per diminuire il senso di impotenza e legato al sentimento di sentirsi responsabili di aver commesso un'azione sbagliata che ha portato al carnefice a compiere l'atto traumatico nei suoi confronti (tipico dell'autoaccusa comportamentale);
- sentimento di vergogna: si presenta quando la persona attribuisce a delle sue inclinazioni interne la causa dell'evento (autoaccusa caratterologica);
- disgusto: emerge quando il trauma è caratterizzato da un agente contaminante (come nel caso degli abusi sessuali).

Come visto quindi, il processo migratorio è intrinsecamente connesso al trauma, e la comprensione approfondita di questo fenomeno richiede una visione più ampia rispetto a quella a cui normalmente siamo abituati, che consideri i molteplici elementi che contribuiscono al vissuto complesso delle persone migranti. Solo attraverso un approccio completo e sensibile possiamo sperare di fornire un adeguato sostegno psicologico e sociale a coloro che affrontano questo difficile percorso (Losi, 2000).

La Terapia dell'Esposizione Narrativa (NET)

Come visto fino ad ora, gli studi concordano nell'affermare che uno dei disturbi mentali più frequenti nelle persone rifugiate e richiedenti asilo, sia il disturbo post-traumatico da stress, all'interno del quale è importante analizzare ciò che avviene alle funzioni cognitive. L'aver subito uno o più traumi, spesso comporta diverse problematiche legate alla concentrazione, alla memoria, alla fissazione e alla rievocazione di ricordi autobiografici (Petta e al., 2018). Ancor di più, nei migranti con PTSD correlato a depressione, si è notato una difficoltà importante nell'accedere a ricordi specifici della propria vita (Graham e al., 2014). Questo fenomeno, chiamato Overgeneral Memory, può derivare dalle interruzioni del processo di recupero della traccia mnestica, in cui la ricerca viene bloccata a livello generale senza che si verifichi l'accesso a memorie più specifiche. Hanno un ruolo centrale le ruminazioni, e quindi anche i pensieri intrusivi, i deficit di codifica dell'informazione, l'evitamento di emozioni negative correlate ad eventi traumatici o ancora le problematiche di controllo esecutivo. Questi dati sono confermati anche da studi precedenti su richiedenti asilo e su altri gruppi di pazienti con PTSD" (Moradi et al., 2008; Lagarde et al., 2009; Koso et al., 2012)". Per rispondere a queste difficoltà di recupero dei ricordi, nasce la NET.

La terapia dell'esposizione narrativa (NET) è un recente intervento psicoterapeutico breve e focale (il cui numero di sedute varia a seconda del setting e della gravità del PTSD), sviluppato per aiutare le persone che soffrono di disturbo da stress post-traumatico e altre complicanze legate a traumi importanti, in particolare i traumi complessi e cumulativi (Schauer, Neuner, Elbert, 2014). Questa forma di terapia è particolarmente utilizzata per trattare persone sopravvissute ad atti di violenza, guerra, prigionia e tortura, come la maggior parte delle persone migranti che arrivano nei paesi occidentali. Affrontare tutto ciò, risulta quantomeno destabilizzante per un essere umano, e per questo motivo è importante aiutare la persona ad affrontare questi temi con sensibilità: la NET aiuta in questo, in quanto è sì un'esposizione narrativa, ma parte dall'affrontare questi temi utilizzando il non verbale (il processo inizia facendo concretamente una linea della vita con una corda, aggiungendo i sassi per gli eventi negativi, e i fiori per quelli positivi), supportata poi dalla scrittura di un testo da parte del terapeuta (spesso aiutato da un mediatore linguistico), e dalla sua rilettura assieme. Questa terapia appare così funzionale, in quanto prevede anche la scrittura di un report finale, e ciò è utile alla persona migrante non solo per integrare i propri vissuti, ma anche per poter dare una testimonianza scritta, valida e riconosciuta del proprio passato, che può essere inviata, previo accordo del paziente, alle organizzazioni che si occupano di diritti umani e alla Commissione Territoriale (ente che valuta il riconoscimento di una protezione internazionale).

Come detto in precedenza, le persone migranti hanno vissuto esperienze emotive intense e spesso soverchianti, derivate da eventi estremamente stressanti o minacciosi per l'integrità fisica o psicologica di un individuo. Hanno pertanto vissuto traumi, che possono derivare da una vasta gamma di esperienze, come incidenti, disastri naturali, violenze, abusi, o perdite significative (Herman, 1992). Questi hanno un impatto profondo sull'individuo, e possono arrivare ad influenzarne la salute mentale, quella fisica e il benessere emotivo, portando la psiche della persona a rispondere al trauma in diversi modi, come tramite il disturbo da stress post-traumatico (PTSD), l'ansia, la depressione, e i disturbi dissociativi.

Anche il DSM V tratta delle differenze culturali nella sezione “Aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza”, dove dice: *Il rischio di insorgenza e gravità del PTSD può variare tra gruppi culturali come conseguenza della variazione del tipo di esposizione traumatica (per es. genocidio), dell'impatto del significato attribuito all'evento traumatico (es. impossibilità di riti funerari dopo un'uccisione di massa), del contesto socioculturale quotidiano (es. risiedere tra colpevoli impuniti in un ambiente post-conflittuale) e di altri fattori culturali di reinserimento tra gli immigrati.*

L'approccio NET è stato sviluppato da Maggie Schauer, Thomas Elbert e Frank Neuner e rappresenta un metodo innovativo all'interno della pratica psicoterapeutica cognitivo-comportamentale. Si ispira alle precedenti tecniche di esposizione per il disturbo post-traumatico da stress, descritte da Foa et al. nel 1991, e si fonda sui principi della terapia espositiva integrata nell'approccio cognitivo-comportamentale. Questo metodo è stato poi adattato per rispondere alle esigenze delle persone con PTSD, integrando queste tecniche con quelle della Terapia della Testimonianza, che è stata particolarmente utile durante e dopo la dittatura di Pinochet in Cile per sostenere le vittime di persecuzioni politiche e violazioni dei diritti umani. Nell'approccio della Terapia della Testimonianza, ideato da Lira e Weinstein (conosciuti anche come Cienfuegos e Monelli nel 1983), si incoraggiano i pazienti a creare una narrazione complessiva della propria vita, affrontando, attraverso il racconto, le diverse esperienze traumatiche vissute; questa narrazione, poi trascritta come testimonianza scritta, serve da potente strumento di elaborazione del trauma. La NET prende quindi spunto da questo, ma si distingue per il suo focus sull'autobiografia, mirando a trattare non solo gli eventi traumatici individualmente, ma anche ad esplorare le connessioni tra le varie esperienze di trauma all'interno di un contesto di poli traumatizzazione. Viene riconosciuto quindi, che le persone affette da PTSD spesso non riescono a percepire la totalità della loro storia a causa dell'attivazione continua dei sintomi del trauma e delle sue conseguenze, pertanto, si interviene sulla rielaborazione delle esperienze traumatiche inserendole nel contesto più ampio in

cui sono avvenute, e integrandole nella narrazione complessiva della vita del paziente. Ciò consente di riorganizzare e dare un nuovo significato alla narrazione personale, integrando le interruzioni causate dai traumi e contribuendo a rendere coerente l'intera biografia dell'individuo. La NET offre quindi un percorso di guarigione che considera il trauma non come un evento isolato, ma come parte integrante della storia di vita della persona, aiutandola a ristrutturare la propria narrazione in modo che possa comprendere e dare senso all'intera propria esperienza (Micheli, 2020)

Questa terapia si concentra sulla ricostruzione e sul racconto dell'esperienza traumatica in un contesto sicuro e strutturato, enfatizzando la centralità delle storie personali. Essa si basa sull'idea che la rielaborazione e la condivisione della propria storia personale possano svolgere un ruolo fondamentale nel processo di guarigione.

I principi fondamentali della NET includono:

- La creazione di un racconto coerente e dettagliato dell'esperienza traumatica;
- L'identificazione e l'elaborazione di memorie traumatiche specifiche;
- La desensibilizzazione e la rielaborazione dell'evento traumatico in un contesto sicuro.

Un elemento chiave dell'esposizione narrativa è, quindi, la costruzione di una narrazione coerente e significativa. Questo processo non solo aiuta i pazienti a integrare i loro vissuti passati, ma permette anche loro di costruire una visione più equilibrata e adattativa del presente e del futuro. La consapevolezza della propria storia personale diventa un potente strumento di auto-conoscenza e auto-empowerment, promuovendo il benessere psicologico a lungo termine.

Gli obiettivi principali poi di questo tipo di terapia includono:

- Ridurre i sintomi del PTSD;
- Aiutare i pazienti a integrare le esperienze traumatiche nel loro concetto di sé e nella loro storia di vita;
- Migliorare la capacità del paziente di funzionare nella vita quotidiana.

L'obiettivo nella relazione invece, è quello di creare uno spazio terapeutico inclusivo e protetto in cui la voce del paziente sia ascoltata, rispettata e validata, al fine di ridare dignità a coloro che trovano la forza di affidarsi al terapeuta.

A differenza di altre forme di terapia per il PTSD, la NET si concentra più intensamente sul racconto dettagliato e sequenziale degli eventi traumatici, al fine di aiutare il paziente a creare una narrazione coerente e integrata dell'esperienza traumatica.

Fasi della Terapia

Come spiegato da Schauer M., Neuer N., ed Elbert T. (2014), la NET si svolge generalmente in una serie di sedute (minimo 4), con una durata variabile tra i 90 e i 120 minuti, ognuna delle quali ha passaggi specifici:

1. *Diagnosi e psicoeducazione*: il terapeuta stabilisce un rapporto di fiducia con il paziente e valuta la storia del trauma e i sintomi PTSD. Questo lo si ottiene tramite inizialmente una presentazione da parte del terapeuta, dove spiega chi è, lo scopo del progetto e i relativi principi etici. Segue la diagnosi del PTSD e dei disturbi correlati, tramite specifici strumenti. Infine, il terapeuta fa un lavoro di psicoeducazione specifico sulla condizione del paziente e sui relativi sintomi, al fine di fargli ben comprendere la diagnosi. Ciò dovrebbe avvenire tramite la normalizzazione e la legittimazione dello stato vissuto, tramite la descrizione delle reazioni al trauma e la spiegazione della procedura terapeutica;

2. *La Linea della Vita*: in questa fase (generalmente svolta nella seconda seduta), il paziente e il terapeuta costruiscono una linea del tempo degli eventi significativi della vita del paziente. Questo lo si fa chiedendo al paziente di stendere una corda o un filo, il quale rappresenterà la sua vita. Gli si chiederà poi di posizionare, per quanto possibile in ordine cronologico, dei fiori, che rappresenteranno i momenti positivi, e delle pietre, che invece simboleggeranno eventi paurosi e/o traumatici. Il paziente viene invitato a posizionare per primo un fiore, come simbolo della propria nascita. Sarà poi compito del terapeuta guidare il paziente a nominare e classificare i vari eventi (facendo sì che egli rimanga nell'ambito della memoria fredda), e successivamente a verbalizzarli e a riassumere la Linea della Vita. Una volta finita la seduta, sarà compito di entrambi, del terapeuta e del paziente assieme, di mettere via gli oggetti utilizzati;

3. *Iniziare la narrazione*: il paziente racconta dettagliatamente l'esperienza traumatica, mentre il terapeuta aiuta a strutturare la narrazione e ad elaborare le emozioni ed i pensieri associati. Anche in questa fase è importante che il terapeuta inizi l'incontro spiegando cosa si andrà a fare in seduta e successivamente si aiuterà il paziente ad iniziare la narrazione chiedendogli il luogo e la data di nascita. I passaggi successivi della narrazione sono: infanzia (dove si chiede al paziente il background familiare), periodo precedente al trauma (breve; qui è utile incoraggiare il paziente a non ricordare solo i fatti, ma anche ad iniziare l'elaborazione emotiva se non sono presenti eventi stressanti), primo evento traumatico (nel dettaglio; il racconto del paziente può diventare più incoerente e frammentato, o può anche essere interrotto se il paziente diventa troppo nervoso o emotivo. È importante che il terapeuta mantenga un ritmo rallentato della narrazione. Durante il racconto si attiverà la memoria calda, che a sua volta attiverà i sintomi derivanti dal trauma; sarà compito del terapeuta accompagnare il paziente attraverso una fase di abituazione, grazie alla quale

l'impatto emotivo delle sensazioni e dell'attivazione fisiologica calerà), post trauma (breve), vita nel frattempo (molto breve), altri eventi traumatici dal secondo in poi (nel dettaglio, nella stessa modalità del primo evento traumatico), prospettive per il futuro (breve);

4. *Chiusura*: il paziente integra l'esperienza traumatica nella propria storia di vita, e si lavora per rafforzare le strategie di coping e migliorare la funzionalità quotidiana. Nell'ultima seduta poi, il terapeuta verifica che siano stati raggiunti i criteri per la chiusura, e in quel caso legge tutto il resoconto al paziente, e, se c'è bisogno, si fanno dovute correzioni.

Questi passaggi avvengono tramite degli elementi base (Shauer, Neuer, Elbert, 2014 p.70):

- Costruzione di una narrazione coerente della biografia del paziente;
- Il terapeuta supporta il rivivere mentale degli eventi che il paziente attraverserà e la conseguente elaborazione emotiva. Il terapeuta assiste il paziente nel creare una struttura cronologica dei frammenti iniziali e delle esperienze traumatiche, dando enfasi al contesto spazio-temporale;
- Il terapeuta scrive la testimonianza del sopravvissuto. Nella seduta successiva la rilegge al paziente, cui viene chiesto di correggere/integrare dettagli. La procedura viene ripetuta nelle sedute successive fino a raggiungere una versione finale della biografia che includa tutte le esperienze traumatiche rilevanti;
- Nell'ultima seduta, il sopravvissuto, il traduttore ed il terapeuta firmano la testimonianza scritta;
- Il sopravvissuto tiene la narrazione della sua vita. In quanto documento scritto da un testimone, può anche servire come prova documentale di violazioni dei diritti umani e per scopi legali.

Le tecniche utilizzate per fare ciò sono per la maggiore tre: l'esposizione graduale e l'abituazione, dove il paziente è gradualmente esposto ai ricordi del trauma in un ambiente sicuro e controllato, per ridurre la risposta di paura (trasformazione da memoria calda a memoria fredda); la ristrutturazione cognitiva, grazie alla quale si lavora per modificare le convinzioni negative o distorte legate al trauma; e la desensibilizzazione, nella quale, attraverso la ripetizione della narrazione, il paziente riduce la reattività emotiva agli eventi traumatici (Schauer, Neuer, Elbert, 2014).

Nella messa in atto delle diverse strategie, il terapeuta nella NET gioca un ruolo attivo e di supporto, guidando il paziente attraverso il processo di narrazione e aiutando a gestire le reazioni emotive che emergono. Fondamentale è che il terapeuta mantenga una posizione empatica, ma neutrale, durante il racconto del trauma.

Questo tipo di terapia ha un impatto così forte a livello etnopsicologico in quanto può essere applicata con successo in diversi contesti e popolazioni, tra cui:

- Sopravvissuti di Guerra e Conflitti: È stata utilizzata efficacemente per trattare i rifugiati e i sopravvissuti di guerre, compresi i bambini e gli adolescenti (Neuer e al., 2018);
- Vittime di Violenza e Abusi: Si è dimostrata efficace nel trattamento di individui che hanno subito violenze fisiche, sessuali o psicologiche (Schauer e al. 2005);
- Sopravvissuti di Catastrofi Naturali: La NET è stata impiegata per aiutare le persone colpite da disastri naturali, come terremoti o alluvioni (Shauer e al., 2019).

Vi sono diversi benefici osservati dell'applicazione della NET in questi contesti, tra i quali la riduzione dei Sintomi di PTSD, un buon miglioramento della funzionalità psicosociale, e l'elaborazione del lutto e della perdita, in quanto la NET aiuta i pazienti a elaborare i sentimenti di lutto e perdita associati agli eventi traumatici.

A prova di ciò, Kaltenbach et al., in un loro recente studio del 2020⁷, indagano proprio l'andamento dei sintomi del PTSD durante e dopo la somministrazione della NET in un gruppo campione di persone rifugiate, che vivono in Germania. Questo studio nasce per il timore di una "ritraumatizzazione" in una percentuale molto maggiore, nelle persone a cui è stata somministrata la terapia dell'esposizione narrativa e che vivono in condizioni di instabilità. Per indagare ciò, oltre all'osservazione e ai colloqui con i membri del gruppo campione, essi hanno fatto compilare un questionario prima di ogni sessione di trattamento e durante i colloqui di follow up. I clinici hanno inoltre monitorato e documentato costantemente gli eventi di vita positivi e negativi e il contenuto delle sessioni di trattamento. Da questo studio è emerso che più della metà del gruppo campione ha mostrato una diminuzione dei sintomi durante la NET, e la percentuale aumenta nei follow-up a 3 e 6 mesi. Inoltre, durante il trattamento, l'esposizione agli eventi più angoscianti non ha evocato un aumento dei sintomi del PTSD, essi si aggravavano però all'esposizione di eventi di vita stressanti.

Nonostante la sua efficacia, l'implementazione della NET può presentare diverse sfide. Questo tipo di terapia, come visto precedentemente, risulta potenzialmente una strategia d'eccellenza in contesti di crisi o all'interno dei circuiti di accoglienza; purtroppo, però questi risultano anche i contesti con meno risorse economiche, e trovare terapeuti adeguatamente formati può essere un ostacolo. La formazione e la sensibilità del terapeuta risultano fondamentali sia per limitare quanto possibile il rischio di ritraumatizzazione, sia per contenere e gestire in modo adeguato il processo di narrazione del paziente, in quanto raccontare dettagliatamente gli eventi traumatici, può essere

⁷ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7298826/>

estremamente difficile ed emotivo, e può portare anche ad episodi dissociativi (in quel caso può essere utile utilizzare tecniche di grounding e/o stimolazioni sensoriali, richiamando il paziente nel qui ed ora), all'utilizzo di coping disfunzionali, o alla non abituaione, la quale spesso demarca una mancanza di narrazione di eventi chiave, per evitamento, colpa o vergogna (Neuer et al. 2010).

Infine, la NET come ogni intervento terapeutico, ha le sue critiche e limitazioni⁸; possiamo vedere ad esempio la limitazione legata alla sua generalizzabilità: pur essendo efficace in diversi contesti culturali, potrebbe non essere ugualmente adatta a tutti i tipi di traumi o a tutte le popolazioni. Ad esempio, la sua applicabilità in pazienti con disturbi complessi di personalità o con gravi problemi di salute mentale è stata messa in discussione, come afferma uno studio recentissimo pubblicato nell'ottobre 2023, “la NET riduce costantemente i sintomi del PTSD nei rifugiati, ma (...) non ci sono prove sufficienti che la NET migliori i sintomi depressivi. L'esercizio fisico, in aggiunta alla NET, sembra un'opzione promettente per migliorare i sintomi del PTSD e della depressione”⁹. Inoltre, presenta una forte dipendenza dal racconto verbale: la forte enfasi sulla narrazione verbale potrebbe non essere adatta per tutti i pazienti, specialmente per coloro che hanno difficoltà nell'esprimersi verbalmente o per coloro che hanno vissuto traumi in età molto precoce. Infine, vi è la necessità di fare ulteriori ricerche al fine di esplorare pienamente l'efficacia della NET in diversi contesti e con diverse popolazioni, soprattutto per valutare la sua efficacia a lungo termine, per minimizzare sempre più i rischi, e massimizzare i benefici di questa terapia.

Conclusioni

*“Poiché un monaco si lamentava col suo superiore del gran numero di emigranti che affluivano in Egitto attraversando il Mar Rosso, abba Filocolo disse:
- Perché ti lamenti? Siamo tutti discendenti di emigranti, da quando Adamo ed Eva han dovuto lasciare il Paradiso...” (Kern R., 1995)*

La complessa intersezione tra processo migratorio, trauma e la Terapia dell'Esposizione Narrativa (NET) a mio parere rappresenta un campo di indagine cruciale nel contesto della psicologia contemporanea. Attraverso questa tesi, ho cercato di descrivere come le esperienze delle

⁸ Neuner, F., Schauer, M., & Elbert, T. (2018). Critiques of Narrative Exposure Therapy: A Rebuttal. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(2)

⁹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10591536/>

persone che migrano dal loro paese d'origine, siano frequentemente intrecciate con storie di traumi significativi, legati sia a motivi della migrazione sia a quelli del processo migratorio stesso. Analizzando le loro storie, la NET emerge come un approccio terapeutico che sembra promettente, in quanto può offrire una strada per l'elaborazione e la guarigione da questi traumi profondamente radicati.

Il suo approccio unico, che combina l'esposizione graduale ai ricordi traumatici con la costruzione di una narrazione personale coerente, si adatta bene alle esigenze di coloro che faticano a portare alla memoria in modo congruo una storia di vita così difficile e tumultuosa. Inoltre, la capacità della NET di essere adattata a diversi contesti culturali rende questo metodo terapeutico ancora più prezioso, considerando la diversità culturale e linguistica presente tra gli immigrati.

Tuttavia, è importante riconoscere anche le sfide inerenti all'impiego della NET in questo contesto. La barriera linguistica, le differenze culturali nella percezione e nell'espressione del trauma, e la difficoltà di stabilire un rapporto di fiducia con i pazienti immigrati sono alcuni degli ostacoli che i terapeuti possono incontrare. È essenziale, quindi, che i terapeuti (ma anche, e non meno importante, i mediatori linguistici) che impiegano la NET con la popolazione immigrata ricevano una formazione adeguata non solo nella tecnica stessa ma anche nelle competenze sociali e interculturali, adottando una visione più ampia, rispetto alla visione occidentale alla quale siamo abituati.

In conclusione, con questa tesi intendo sottolineare l'importanza di un approccio multifattoriale e culturalmente sensibile nel trattare il trauma tra gli immigrati. La NET, con le sue caratteristiche distintive e la sua efficacia dimostrata, offre un mezzo essenziale per affrontare le sfide uniche presentate da questa esperienza umana complessa e stratificata. Ulteriori ricerche sono necessarie per continuare a ottimizzare e adattare la NET alle necessità specifiche degli immigrati, assicurando che questa terapia possa essere accessibile e efficace per tutti coloro che cercano aiuto nel loro percorso verso la guarigione e l'integrazione.

Bibliografia

- Aime M., Papotti D., Confini (2023). *Realtà e invenzioni*. Gruppo Abele, Torino
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Association, Washington DC
- Atkinson R. C., Shiffrin R. M. (1971). "Il controllo della memoria a breve termine", *Le scienze*
- Bhugra, D., Jones, P. (2001). Migration and mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7(3), 216–223
- Cameron M. S., Evan T.D. (2012). *Emigrating beyond earth. Human adaptation and space colonization*, Springer, New York
- Cianconi P., (2015). *Le chiavi dell'orizzonte circolare*. Ed. no ed.

- Cutitta P., (2012). *Lo spettacolo del confine. Lampedusa tra produzione e messa in scena della frontiera*, Mimesi, Milano
- Dean M., (2011), *Ser migrante*, Palabras en movimiento, Ya Basta Globalproject
- Fabietti U., (2010). *Elementi di antropologia culturale*. Mondadori
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of Serious Mental Disorder in 7000 Refugees Resettled in Western Countries: A Systematic Review
- Finco R., (2022). *Esperienze di cura in migrazione*, Ombre Corte, Citta' di Castello
- Gazzaniga M. S., (2007). *L' interprete. Come il cervello decodifica il mondo*. Di Renzo Editore
- Graham B, Herlihy J, Brewin CR. (2014) Overgeneral memory in asylum seekers and refugees. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 45
- Herman J.L., (1992). *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*. Edizioni Magi
- Jervis G., (1997). *La conquista dell'identità. Essere sé stessi, essere diversi*. TheDotCompany editore
- Kern R., (1995). *Arguzie e facezie dei padri del deserto*. Gribaudi Editore
- Leroi-Gourhan A., (1997), *Il gesto e la parola*. Giulio Einaudi Editore
- Losi N., (2000), *Vite altrove. Migrazioni e disagio psichico*, Feltrinelli
- Micheli E., (2020), *La terapia dell'esposizione narrativa (NET) per il disturbo da stress post-traumatico*. Ipsico
- Moradi AR., Herlihy J, Yasseri G, Shahraray M, Turner S, Dalgleish T. (2008) Specificity of episodic and semantic aspects of autobiographical memory in relation to symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Acta psychologica*, 127
- Morina, N., Akhtar, A., Barth, J., Schnyder, U., (2018), *Psychiatric disorders in refugees and internally displaced persons after forced displacement: a systematic review*. *Front. Psychiatry* 9, 433
- Neuner, F., Kurreck, S., Ruf, M., Odenwald, M., Elbert, T., & Schauer, M. (2010). Can Narrative Exposure Therapy (NET) be used in populations with complex trauma exposure? *Journal of Trauma & Dissociation*, 11(3)
- Neuner, F., Onyut, L. P., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, E., & Elbert, T. (2006). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Trained Lay Counselors in an African Refugee Settlement: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4)
- Neuner, F., Schauer, M., & Elbert, T. (2018). Critiques of Narrative Exposure Therapy: A Rebuttal. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(2)
- Neuner, F., Schauer, M., & Elbert, T., (2011), *Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders*, 2nd rev. and expanded ed.
- Nosè M., Balette F., Bighelli I., Turrini G., Purgato M., Tol W., Priebe S., Barbui C., (2017). Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *PLoS One*.
- Petta AM. (2019) *Indagine sui bisogni sanitari e di salute mentale dei rifugiati e richiedenti asilo ospiti dei centri di accoglienza nel territorio di Roma*. Crossing Dialogues, Roma
- Robjant, K., & Fazel, M. (2010). The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: A review. *Clinical Psychology Review. Journal of Psychology*, 218
- Sayad A., (2002), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*. Raffaello Cortina Editore
- Scaringi E., (2008), *Psichiatria transculturale, «Kúmá. Creolizzare l'Europa»*, XV
- Schauer M., Elbert T. (2010). *Dissociation following traumatic stress: Etiology and treatment*
- Schauer M., Neuner F., Elbert T. (2014). *Terapia dell'esposizione narrativa, un trattamento a breve termine per i disturbi da stress traumatico*. Giovanni Fioriti Editore

- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2005). *Narrative Exposure Therapy: A Short-Term Intervention for Traumatic Stress Disorders After War, Terror, or Torture*. Hogrefe & Huber Publishers.
- Simmel G., (1998). *Sociologia*, Edizioni di Comunità, Torino
- Stanghellini, G. (1997). *Antropologia e Vulnerabilità*. Milano: Feltrinelli
- Steel Z., Chey T., Silove D., Marnane C., Bryant R.A., Van Ommeren M., (2009). Associations of torture and other potentially traumatic event with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*
- Tarricone I, D'Andrea G, Jongsma HE, Tosato S, GayerAnderson C, Stilo SA et al. (2021), Migration history and risk of psychosis: results from the multinational EU-GEI study. *Psychol Med.* 1–13. doi: 10.1017/S003329172000495X
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S. & Steele, K. (2011). *Fantasmî nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Milano: Raffaello Cortina
- Van Der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo*. Raffaello Cortina editore.
- Zelazo, P. D., Qu, L., & Müller, U. (2005). Hot and cool aspects of executive function: Relations in early development. In W. Schneider, R. Schumann-Hengsteler, & B. Sodian (Eds.), *Young children's cognitive development: Interrelationships among executive functioning, working memory, verbal ability, and theory of mind* (pp. 71–93). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

SITOGRAFIA

- <https://angolopsicologia.com/traumi-psicologici/>
- https://epiprevit.servversicuro.it/materiali/2017/EP3-4/EP3-4S1_INMP_2017.pdf
- <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0020764020959095?journalCode=ispa>
- https://scuolainterazionista.it/wp-content/uploads/2022/03/SDI-2021_5.pdf
- <https://www.aisted.it/trauma#:~:text=In%20psicologia%20e%20in%20psicanalisi,dotato%20di%20notevole%20carica%20emotiva.>
- <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/anxiety-depression-and-posttraumatic-stress-disorder-in-refugees-resettling-in-highincome-countries-systematic-review-and-metaanalysis/8AC75A92D4164C16A8755B333E8D4DB8>
- <https://www.emnitalyncp.it/definizione/migrante/#:~:text=Definizione,irregolari%2C%20usati%20per%20la%20migrazione>
- https://www.inmp.it/pubblicazioni/WHO-INMP_World_Health_Report_Summary.pdf
- https://www.iprs.it/il-profilo-di-salute-mentale-dei-richiedenti-asilo-e-rifugiati/#_ftn2
- https://www.medicisenzafrontiere.it/wp-content/uploads/2018/06/Rapp_Traumi_Ignorati_180716.pdf
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10591536/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7298826/>
- https://www.redattoresociale.it/article/notiziario/migranti_e_salute_mentale_quelle_ferite_invisibili_ancora_troppo_sottovalutate
- <https://www.scielo.br/j/remhu/a/zbKfTVvLNJbyMPdXkzw68jq/?format=pdf&lang=it>
- <https://www.sisst.it/net/>
- <https://www.stateofmind.it/2023/03/rifugiati-salute-mentale/>
- <https://www.wired.it/attualita/politica/2020/09/29/migranti-studio-hotspot-disturbi-mentali/>

Silvia Mion

Specializzanda in psicoterapia cognitiva, training Baggio e Mansutti

e-mail: silviavr.91@gmail.com

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it*

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it