



## REVIEW

### VISSUTI POST-TRAUMATICI E TRAUMI DELL'IMMIGRAZIONE

Silvia Di Mario<sup>1</sup>, Alessandra Talamo<sup>2</sup>

ISSN: 2283-8961

#### Abstract

Questa breve review ha l'obiettivo di descrivere le caratteristiche psicopatologiche generali della salute mentale di gruppi di migranti connesse alle esperienze traumatiche durante la fase pre e post-migratoria. Differenze nell'età, nella salute fisica, nel modello culturale di riferimento, rispetto alla resilienza e allo status legale del migrante sembrano essere associate ad esiti di salute mentale. Questa associazione può essere riscontrata anche nel caso in cui vengono corrisposte o meno le aspettative pre-migratorie e i livelli di adattamento post post-migratori oppure se vi fosse un'ulteriore esposizione ad eventi traumatici. Ciò pone in rilievo l'importanza delle condizioni di vita relazionali e socio-politiche e delle ricadute sulla salute mentale di conseguenze psicopatologiche delle esperienze traumatiche del passato.

*This short review aimed to describe mental health general psychopathological characteristics of migrant groups related to traumatic experiences during the pre- and post-migratory phase. Differences in migrant age, physical health, cultural pattern, resilience, and legal status appear to be specifically associated with mental health outcomes. This relation can also be found in cases where pre-migratory expectations and post-migratory adaptation levels are matched or if there is further exposure to traumatic events. This emphasizes the importance of relational and socio-political living conditions and the rebound on mental health, even with respect to the psychopathological sequelae of past traumatic experiences.*

**Key words:** migranti, trauma, salute mentale, eventi traumatici

---

<sup>1</sup> Psichiatra e psicoterapeuta, Servizio ambulatoriale e consulenze, Policlinico Tor Vergata, Roma

<sup>2</sup> Psichiatra e psicoterapeuta, SPDC Policlinico Tor Vergata, Roma

È noto come la popolazione migrante sia esposta ad una serie di rischi per la salute mentale e fisica, ed in modo particolare a situazioni stressanti, che in alcuni casi assumono le caratteristiche di vere e proprie esperienze traumatiche (Bustamante et al., 2017).

Stress e trauma, a loro volta, sono stati ampiamente correlati a disturbi mentali dello spettro depressivo e ansioso, di quello psicotico, da uso di sostanze, al rischio suicidario e, in modo più specifico, al disturbo dell'adattamento e al disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) (Foster, 2001; Takeuchi et al., 2007; Bustamante et al., 2017).

I fattori stressanti, o gli eventi traumatici, possono verificarsi in ogni fase del processo migratorio (Shekunov, 2016): nella fase pre-migratoria, ossia quando il viaggio viene ideato e pianificato (in questo periodo ricoprono un ruolo importante l'età, lo stato di salute fisica e le risorse personali dell'individuo, come la sua capacità di adattarsi allo stress), nella fase di migrazione vera e propria, quando viene compiuto lo spostamento dal paese di origine a quello di approdo (in questo periodo, le condizioni più o meno favorevoli, se non francamente pericolose del viaggio, hanno certamente ricadute sul benessere psico-fisico del migrante), ed infine nella fase post-migratoria, ossia quel momento tipico del processo di migrazione nel paese accogliimento, che vede il migrante impegnato nel processo di integrazione nella nuova cultura (in questo periodo i fattori stressanti o traumatici sono rappresentati dallo stress di acculturazione, da possibili discriminazioni o da razzismo, o dal semplice entrare in contatto con una cultura molto differente dalla quella di origine) (Shekunov, 20016; Bustamante et al., 2017).

Dunque, i fattori stressanti e traumatici legati alla migrazione possono riguardare sia il processo migratorio di per sé, sia il successivo processo di acculturazione nel paese ospitante, inteso come percorso attraverso cui si acquisiscono valori e pratiche culturali differenti rispetto a quelli della cultura di provenienza (Knipscheer e Kleber, 2006; Bustamante et al., 2017); è evidente come questo sia un processo che coinvolge vari aspetti della vita del migrante: lingua, identità culturale, valori, usanze, relazioni sociali, ruoli di genere, abitudini alimentari, comunicazione. Le strategie di acculturazione messe in atto dall'individuo, nella sua interazione con la società, sono diverse, più o meno funzionali, e quindi in diversa misura correlate con manifestazioni di disagio

psichico o insorgenza di veri e propri disturbi psichiatrici. La strategia di acculturazione più funzionale, ed associata ad un livello di stress minore, è l'integrazione (Berry, 1997): quando cioè l'individuo mantiene aspetti della cultura di appartenenza ma è, allo stesso tempo, in grado di acquisire anche elementi della cultura ospitante. Un processo di acculturazione di questo tipo può avvenire unicamente in contesti esplicitamente multiculturali, che siano basati sull'accettazione della diversità e su bassi livelli di pregiudizio (Bustamante et al., 2017).

Il ruolo dello stress legato al processo di acculturazione è stato valutato studiando il cosiddetto "healthy migrant effect": gli studi effettuati sulla popolazione migrante sono concordi nel sottolineare come la salute fisica e mentale (espressa dal tasso di disturbi depressivi e ansiosi) del migrante al momento dell'ingresso nel paese ospitante sia superiore rispetto a quella della popolazione generale del paese di accoglienza e possa peggiorare progressivamente col tempo (Kinzie, 2006; Shekunov, 2016).

Come è lecito aspettarsi, tuttavia, la popolazione migrante composta da rifugiati presenta un rischio per disturbi psichiatrici significativamente maggiore rispetto alla popolazione generale (Matheson et al., 2008), nello specifico, rispetto all'insorgenza di quadri depressivi, somatizzazioni e, soprattutto, di PTSD. La maggiore incidenza di quest'ultimo disturbo è confermata da molti studi, che valutano il rischio di manifestare questa patologia da parte dei rifugiati circa dieci volte di più rispetto alla popolazione generale (Brume et al., 2002; Matheson et al., 2008; Steel et al., 2017).

In una prospettiva migratoria, se ci soffermiamo in particolare sulla fase di integrazione nel paese ospitante, i fattori psicosociali (intesi come presenza di supporto sociale, grado di conoscenza della lingua, scolarità, presenza o meno di un impiego, ecc.), sembrano ricoprire un ruolo centrale nel modulare l'espressione dei sintomi post-traumatici e possono agire aumentando la vulnerabilità dell'individuo o, viceversa, come fattori protettivi. Particolarmente significativo, per il manifestarsi del PTSD e relativamente alla gravità, sembra essere il ruolo del supporto sociale da parte della popolazione ospitante o da parte del gruppo etnico di appartenenza (Schweitzer et al., 2006; Le Master et al., 2018).

Per quanto riguarda la variabilità culturale del PTSD, una parte della letteratura non riconosce significative differenze di manifestazioni legate all'etnia. Infatti, in termini di prevalenza, le variabilità rilevate da alcuni studi (maggiore prevalenza tra gli afro-

americani e latino-americani rispetto gli asiatici), sono state attribuite da alcuni autori alla condizione socioeconomica e al tipo di trauma, piuttosto che all'etnia di appartenenza (Asnaani e Hall-Clark, 2017).

Altri studi sottolineano tuttavia come in alcune etnie (ad es. latino-americani) prevalgano alcuni pattern sintomatologici come: pensieri intrusivi, iperarousal, evitamento (Ehlers et al., 2016).

Inoltre, varie etnie con diversi valori e visioni del mondo, elaborano il trauma in modo differente: visione negativa di sé, degli altri e del mondo, e senso di colpa ed impotenza (pattern sintomatologico del DSM 5 riguardante le alterazioni negative di pensieri ed emozioni associate al trauma) sono stati infatti più frequentemente rilevati nella popolazione afro-americana rispetto ai caucasici (Ehlers et al., 2016; Hall-Clark et al. 2017). Per alcuni autori, questo significherebbe che alcune etnie, rispetto ad altre, sperimenterebbero maggiore sfiducia nella possibilità di essere assistiti e di ricevere supporto sociale dopo aver subito un trauma (Alim et al., 2006).

Dimensioni come la discriminazione razziale (Carter et al., 2010; Asnaani e Hall-Clark, 2017), lo stigma nei confronti di alcuni tipi di trauma e delle manifestazioni psichiche conseguenti (Pole et al., 2008), sono state messe in relazione con il manifestarsi e con la gravità del PTSD dopo l'esposizione ad un trauma (Asnaani e Hall-Clark, 2017). Anche il processo di acculturazione stesso può rappresentare, se avviene in circostanze sfavorevoli od ostili, un fattore di rischio per lo sviluppo del PTSD, o, viceversa, un fattore protettivo o prognosticamente favorevole, nel caso in cui il contatto con la cultura occidentale sia in grado di mitigare i vissuti di vergogna e colpa associate al trauma in alcune culture (Di Gangi et al., 2016), facilitando la richiesta di assistenza e di supporto sociale (Oppedal et al., 2015).

Alcuni autori sottolineano come il disturbo post-traumatico da stress manifestato dalla popolazione migrante (Palic, 2011) abbia delle caratteristiche peculiari: è frequentemente secondario a traumi multipli, si associa frequentemente a fattori stressanti post-migratori, ha spesso un andamento cronico e manifesta elevati tassi di comorbidità con altri disturbi psichiatrici (prevalentemente con i disturbi dell'area depressiva-ansiosa e con i disturbi da uso di sostanze) (Palic et al., 2011; Ehlers et al. 2016).

Quando le esperienze traumatiche sono condivise nell'ambito di una stessa etnia, inoltre, e non sono esperienze isolate del singolo, la condivisione emotiva può avvenire più facilmente, migliorando quindi le strategie di coping ed il supporto sociale, ed avendo quindi un'influenza positiva sulla prognosi. Anche l'appartenenza ad un sistema di valori di riferimento solido (valori religiosi, politici, sociali) fornisce una strategia di coping condivisa, facilitando l'attribuzione di significato al trauma (Matheson et al., 2008).

La presenza di vissuti post traumatici (memorie intrusive, sintomi dissociativi) o di vere e proprie diagnosi psichiatriche, è in grado di compromettere la capacità dell'individuo di integrarsi nel nuovo contesto culturale, interferendo con il processo di acculturazione. La sintomatologia post-traumatica si associa infatti a vissuti di inutilità e perdita di speranza, con conseguente apatia, bassi livelli di energia, ritiro sociale e quindi scarso funzionamento in vari contesti (Schweitzer et al., 2006).

In effetti, i migranti che manifestano conseguenze psicologiche post-traumatiche, raffrontati a quelli che non le hanno subite, presentano maggiori difficoltà nell'imparare la lingua del paese di accoglienza, varie problematiche di salute, ridotta capacità di interagire socialmente e di acquisire tradizioni e abitudini del paese di accoglienza, oltre a maggiori difficoltà nel trovare e mantenere un impiego (Blight et al., 2006; Steel et al., 2017).

È dunque evidente come esista una interazione complessa tra traumi pre-migratori, post-migratori e stress psicosociale, a cui conseguono diversificati quadri sintomatologici, e come il ruolo del paese di accoglienza (nell'accettazione della diversità, nella multiculturalità, nella accessibilità alle cure, nel grado di supporto sociale offerto), non sia per niente accessorio rispetto a particolari manifestazioni sindromiche ed alla stessa formulazione della prognosi dei disturbi mentali secondari al trauma.

## BIBLIOGRAFIA

Alim, T. N., Charney, D. S., Mellman, T. A., *An overview of post-traumatic stress disorder in African Americans*. Journal of Clinical Psychology. 2006, 62: 801-13.

Asnaani, A., Hall-Clark, B., *Recent developments in understanding ethnocultural and race differences in trauma exposure and PTSD*. Current Opinion in Psychology. 2017, 14: 96-101.

Berry, J. W., *Immigration, acculturation and adaptation*. Appl. Psychol. 1997, 46: 5-68.

Blight, K. J., Ekblad, S., Persson, J. O., Ekberg J., *Mental health, employment and gender. Cross-sectional evidence in a sample of refugees from Bosnia Herzegovina living in two Swedish regions*. Soc. Sci. Med. 2006, 62: 1697-709.

Bustamante, L. H. U., Cerqueira, R. O., Leclerc, E., Brietzke, E., *Stress, trauma and post-traumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review*. Revista Brasileira de Psiquiatria 2017, 19.

Brume, M., Haasen, C., Krausz, M., Yagdiran, O., Bustos, E., Eisenman, D., *Belief systems as coping factors for traumatized refugees: a pilot study*. Eur. Psychiat 2002, 17:451-8.

Carter, R. T., Forsyth, J., *Reactions to racial discrimination: emotional stress and help-seeking behaviours*. Psychol Trauma. 2010, 2: 183-191.

Di Gangi, J. A., Goddard, A. J., Miller, S. A., Leon, G., Jason, L. A., *Differences in PTSD symptomatology among Latinos with childhood and adult trauma: the moderating role of acculturation*. HSOA J Addict Neuropharmacol. 2016, 3.

Ehlers, C. L., Kim, C., Gilder, D. A., Stoufflrier, G. M., Caetano, R., Yehuda, R., *Lifetime history of traumatic events in a young adult Mexican American sample: relation to substance dependence, affective disorder, acculturation stress, and PTSD*. 2016, 12 (83): 79-85.

Foster, R. P., *When immigration is trauma: guidelines for the individual and family clinician*. Am. J. Orthopsichiatry. 2001, 71: 153-70.

Hall-Clark, B. N., Petersen, A. L., Kaczurkin, L., Yarvis, J. S. et al., *Ethnoracial differences in PTSD symptoms and trauma-related cognitions in treatment seeking active duty military personnel for PTSD*. Psychol. Trauma. 2017, 9 (6): 741-45.

Kinzie, J. D., *Immigrants and Refugees: The Psychiatric Perspective* Trans Psych 2006, 43 (4): 577-91.

Knipscheer, J. W., Kleber, R. J., *The relative contribution of post-traumatic and acculturative stress to subjective mental health among Bosnian refugees*. J. of clinical Psychol. 2006, 62 (3) 339-53.

Le Master, J. W., Lumley, M. A., Arnetz, J. E., Arfken, C., Jamil, H., Broadbridge, C. L., Fetters, M. D., Pole, N., Arnetz, B. B., *Acculturation and post-migration psychological symptoms among Iraqi refugees. A pathanalysis*. American Journal of Orthopsychiatry 2018, 88 (1): 38-47.

Matheson, K., Jorden, S., Anisman, H., *Relations between trauma experiences and Psychological, Physical and neuroendocrine functioning among Somali refugees: mediating role of coping with acculturation Stressors*. J. Immigr. Minor Health. 2008, 10: 291-304.

Oppedal, B., Idsoe, T., *The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers*. Scand. J. psychol. 2015, 56: 203-211.

Palic S., Elklit A., *Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder in adult refugees: A systematic review of prospective treatment outcome studies and a critique*. Journal of affective Disorders. 2011, 131: 8-23.

Pole, N., Gone, J. P., Kulkarni, M., *Posttraumatic stress disorder among ethnoracial minorities in the United States*. Clin. Psychol. Sci. Pract. 2008, 15: 35-61.

Shekunov, J., *Immigration and Risk of Psychiatric Disorders: a review of existing Literature*. The Am. J. of Psychiatry. 2016, 11: 3-5.

Steel, J. L., Dunlavy, A. C., Harding, C. E., Theorell, T., *The psychological consequences of pre-emigration trauma and post-migration stress in refugees and immigrants from Africa*. 2017, 19:523-32.

Schweitzer, R., Melville, F., Steel, Z., Lacharez, P., *Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees*. Australian and New Zealand J of Psychiat 2006, 40 (2): 179-87.

Takeuchi, D. T., Akgria, M., Jackson, J. S., Williams, D. R., *Immigration and mental health: diverse findings in Asian, black, and Latino populations*. Am J Public Health. 2007, 97: 11-2.