



CONTRIBUTO DAL CONVEGNO

“ALLEANZE TERAPEUTICHE CULTURALI”

**TRAUMA E PSICOSI. DALLA SINDROME DI LESBO AL CASO
DI UN AUTORE DI REATO A TRIESTE**

Alessandro Barberio¹, Alessandra Oretti²

ISSN: 2283-8961

Abstract

La migrazione è stata riconosciuta come un importante determinante della salute e sempre più studi si concentrano specificamente sulle malattie mentali nei gruppi di migranti. I migranti possono aver vissuto eventi traumatici nel loro paese d'origine, tali da averli forzati ad intraprendere un viaggio in cui spesso subiscono ulteriori privazioni e traumi. Nel contesto di

¹ Psichiatra, Direttore REMS, DSM ASUGI Trieste, alessandro.barberio@asugi.sanita.fvg.it

² Psichiatra, Direttrice SPDC, DSM ASUGI Trieste, alessandra.oretti@asugi.sanita.fvg.it

Lesbo e nella città di Trieste, si delineano due casi distinti caratterizzati dallo sviluppo di sintomi psicotici con gradienti differenti e da gravi traumi nella storia personale dei soggetti.

Il primo caso, rappresentato da Abdou, è emblematico di molti casi analoghi, valutati in una clinica ambulatoriale di un'organizzazione umanitaria a Lesbo, che ha portato alla denominazione "sindrome di Lesbo". La storia e la sintomatologia di Abdou sono tipiche di un'esposizione a torture nel suo paese d'origine.

Il secondo caso riguarda Mohamed, un giovane egiziano, che è stato portato all'attenzione dei servizi di salute mentale di Trieste nel 2021 a seguito dell'omicidio del padre. Dal momento dell'arresto fino alla presa in carico, emergono i dettagli della sua evoluzione psicotica e il lavoro degli operatori sanitari. La sua storia è caratterizzata da deliri di natura divina e traumi vissuti durante la leva militare obbligatoria, offrendo una visione della complessità della salute mentale. Nonostante i miglioramenti evidenziati durante l'intervento, la sfida della presa in carico di entrambi i casi sottolinea la necessità di comprendere e supportare individui come Abdou e Mohamed, nonché di migliorare le competenze specifiche relative alla gestione di persone con eventi traumatici così significativi nella loro vita.

Key words:

Trauma, Psicosi, Autore di reato, Vittime di tortura, Migrazione, Lesbo.

Caso Abdou - Contesto Iniziale

Il primo incontro con Abdu avvenne presso una clinica gestita da un'organizzazione umanitaria operante a Mitilini, alla quale venivano riferiti pazienti più gravi dal punto di vista della salute mentale, provenienti dal Centro di accoglienza e identificazione (RIC) di Moria (Lesbo, Grecia). La clinica, dotata di una strutturata componente di salute mentale, forniva consultazioni mediche e supporto psichiatrico e socio-psicologico. La maggior parte delle persone trattate riportava uno o più eventi traumatici nel loro paese d'origine e/o durante il percorso migratorio. Gli eventi traumatici erano connotati da esperienze di tortura ed abusi sessuali subiti nel paese di origine, umiliazioni e testimonianza dell'uccisione di parenti e o amici.

Anamnesi familiare

Abdou viene dall’Africa Sub-Sahariana, è il secondo figlio di una famiglia numerosa, lavorava come ebanista insieme a fratello maggiore e viveva con la propria famiglia, moglie e tre figli piccoli, nello stesso quartiere della sua famiglia di origine.

La storia traumatica e il profilo psichiatrico

Abdou, dopo aver partecipato di una manifestazione politica nel suo paese, trova la sua casa attaccata e saccheggiata dai militari. In mezzo al caos, moglie e figli erano fuori casa. Temendo la violenza dei militari, Abdou si rifugiò nella boscaglia con il fratello, ma la loro fuga venne interrotta dai militari, che decapitarono il fratello di fronte a lui. Inoltre, venne obbligato a trasportare i corpi sanguinanti dei suoi amici, uccisi barbaramente, su un furgone dei militari. Il successivo arresto di Abdou segnò la perdita di contatto con la sua famiglia.

Durante il raid dei militari nel suo quartiere Abdou fu costretto a essere testimone di violenze, comprese quelle sessuali, perpetrate ai danni dei membri della sua famiglia allargata.

Dopo un mese in prigione, e di torture quasi quotidiane, Abdou riuscì e a fuggire, grazie all'aiuto di un parente, rifugiandosi in un paese limitrofo. Tuttavia, la paura di essere nuovamente catturato, data la sua condizione di fuggitivo nel suo paese d'origine, lo spinse a fuggire di nuovo, giungendo sull'isola di Lesbo.

Abdou fuggì portando con sé il peso del rimorso per non essere riuscito a salvare suo fratello né a dargli una degna sepoltura, con i ricordi vividi dell'odore e del flusso del sangue di coloro che erano stati uccisi barbaramente ed i cui corpi era stato costretto a trasportare. Il Centro di accoglienza e identificazione in cui trovò rifugio era sovraffollato, originariamente progettato per accogliere 2.000 persone, ne ospitava più del doppio. Le condizioni igienico-sanitarie erano critiche (un bagno ed una doccia ogni 80 persone), la coesistenza forzata generava tensioni e il limitato spazio di movimento

alimentava i conflitti e aumentava il livello di violenza. Anche ottenere cibo rappresentava una lotta quotidiana.

Abdou, in uno stato confusionale e delirante, fu riferito alla clinica di Mitilini da un amico, il quale riconobbe la sua intenzione di farsi del male.

Presa in carico

Il colloquio inizia con la presenza dell'amico di Abdou e dell'equipe multidisciplinare della clinica. Abdou, visibilmente agitato, tormentato dalla visione del corpo decapitato del fratello. Gli chiediamo di ascoltare se c'è qualche messaggio o richiesta dal fratello defunto. Abdou racconta che suo fratello gli dice di scappare, di raggiungerlo, che lo sta aspettando e che è in pericolo. Interrompiamo il racconto a causa dell'odore del sangue, offrendo a Abdou un fazzoletto per calmarsi. Dopo averlo odorato riesce a tornare in sé e ci chiede cosa sia successo e dove si trovi, rassicurato dall'amico.

Riprendiamo il colloquio facendo un patto col fratello defunto: chiediamo ad Abdou di affidarsi a noi, e lui accetta. Richiediamo dettagli sulla situazione dei suoi familiari ancora in vita, come figli e moglie. La sessione si conclude con la prescrizione del trattamento e una spiegazione dettagliata sulla terapia, concordando un nuovo incontro per il giorno successivo. Finalmente, il giorno dopo, Abdou riesce a esprimere il suo dolore attraverso le lacrime.

Nella sessione successiva, Abdou racconta la distruzione del suo rifugio a causa di un corto circuito, perdendo ogni bene, compresi i documenti essenziali per i servizi e la distribuzione del cibo. In cerca disperata di sopravvivenza e del contatto con la famiglia, Abdou, tramite Facebook, riesce finalmente a comunicare con loro, apprendendo che stanno bene. Questo nuovo legame diventa la sua forza trainante, infondendogli speranza per il futuro e la determinazione nel migliorare la sua situazione.

Quanto ai sintomi e comportamenti prevalenti e invalidanti, Abdou sperimenta vissuti persecutori, sensi di colpa e vergogna, allucinazioni e comportamenti disorganizzati. Presenta anche sintomi di disturbo da stress post-traumatico (PTSD), e il suo punteggio GAF è basso. Inoltre, vive il trauma perpetrato come un demone che si insinua nella sua

mente, manifestandosi attraverso comportamenti disorganizzati, violenti e autolesivi in situazioni di stress.

Trattamento

Un approccio basato sull'esperienza clinica, ma anche su linee guida adattate al contesto (cliniche, di supervisione, e concrete, come per esempio attraverso la distribuzione di sacco a pelo, tende, o di alternative, come il buono per avere il pranzo dello chef volontario), ha favorito il miglioramento rispetto ai sintomi invalidanti. Il trattamento farmacologico è stato orientato all'efficacia e maneggevolezza di prescrizione prediligendo olanzapina e poi SSRI. (fig. 1).

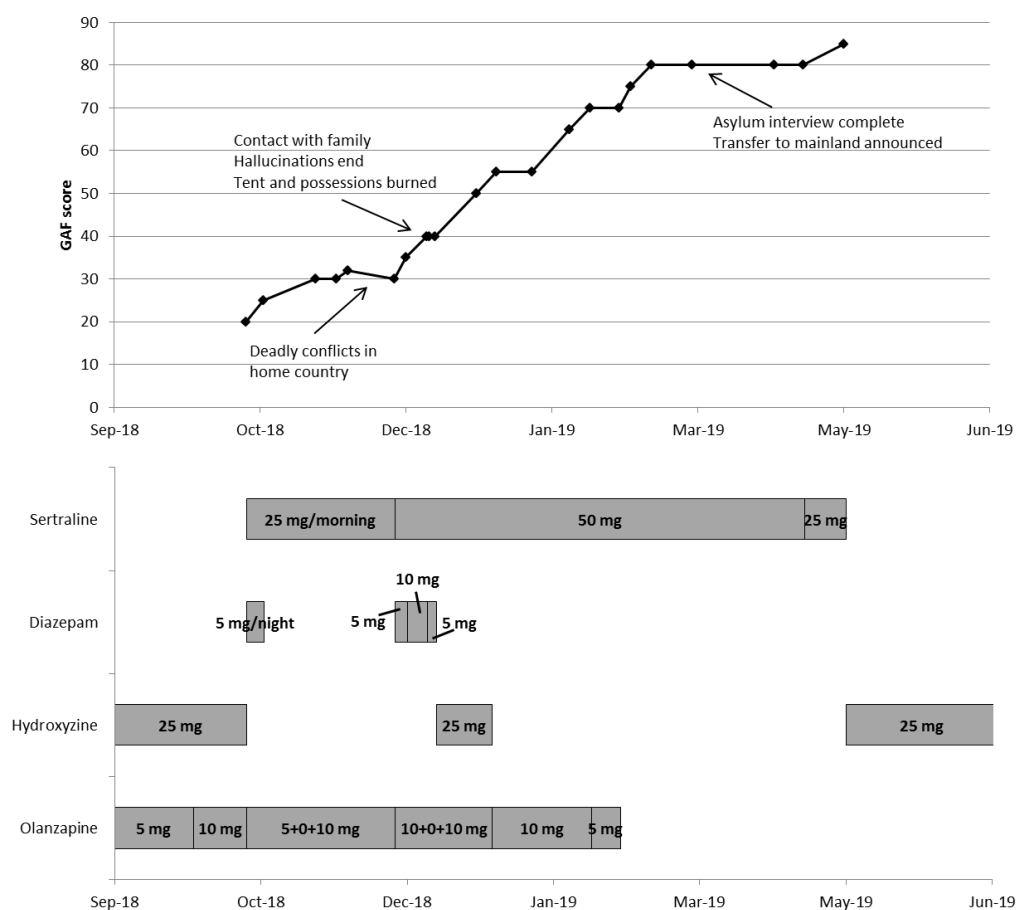


FIG 1. Andamento GAF Score nel tempo e trattamento farmacologico

Considerazioni ed evoluzione vissuto degli operatori

La maggior parte delle persone seguite presentava sintomi psicotici e tentativi di suicidio. Queste persone, molte delle quali erano giovani uomini (25-27 anni) provenienti dall'Africa subsahariana, condividevano storie di violenza.

Le diagnosi iniziali sono state difficili, dovendo distinguere tra PTSD complex e sintomi propriamente psicotici piuttosto che dissociativi. Abbiamo riscontrato vissuti paranoidei, sensi di colpa/vergogna, allucinazioni e comportamenti disorganizzati con tentativi di suicidio. Dopo un'attenta valutazione, il team clinico è giunto a una conclusione. In primo luogo, pur essendo le visioni legate a esperienze traumatiche passate, il loro contenuto non si riferiva a ricordi specifici. In secondo luogo, le visioni influenzavano il comportamento del paziente in modo più ampio rispetto alla reazione tipica da PTSD di lotta, fuga o di blocco (freezing). Queste manifestazioni si verificavano in modo pervasivo, senza dipendere da trigger specifici, né ad episodi di flashback o di insonnia. Inoltre, il paziente manteneva una parziale consapevolezza dell'ambiente circostante durante la manifestazione dei sintomi e poteva ricordarli chiaramente. Questa caratteristica indicava sintomi più consistenti con una condizione psicotica piuttosto che dissociativa. Pertanto, sono state escluse le manifestazioni dissociative e si è giunti alla diagnosi di PTSD associato a un disturbo psicotico acuto. Anche il PTSD complex, introdotto nella revisione dell'ICD-11, non corrispondeva alla presentazione clinica di questo caso. Attraverso un approccio graduale, si cercava di ristabilire un contatto umano, aiutando i sopravvissuti a ritrovare un senso di identità.

Crediamo che il tipo di trauma, caratterizzato da violenze individuali e ripetute, sia stato responsabile di tali sintomi, piuttosto che le differenze etno-antropologiche che naturalmente possono connotare l'espressione sintomatica ma non il processo e sviluppo di sintomi psicotici osservati in questo caso? In questa popolazione? In questo disturbo?.

L'apporto di leader comunitari, mediatori culturali e un approccio multidisciplinare ha favorito la fiducia "terapeutica". Gli operatori, tuttavia, hanno sperimentato un peso emotivo significativo a causa dei sintomi espressi dai pazienti. In contesti simili, è cruciale che gli operatori siano preparati, supportati e sostenuti nella gestione del lavoro.

L'approccio multidisciplinare è stato centrale: differenti profili, continuità con i mediatori culturali, diversi punti di vista, ed un approccio comune basato su una visione condivisa ha contribuito a sostenere oltre che i pazienti seguiti anche gli operatori ingaggiati con loro.

Caso Mohamed - Contesto Iniziale

Il primo contatto con Mohamed avvenne presso la casa circondariale di Trieste (può essere utile ricordarlo che se non il lettore distratto può pensare che siamo ancora a Lesbo), dove era detenuto in custodia cautelare a seguito dell'accusa di aver causato la morte del padre attraverso un violento attacco con un coltello da cucina. Gli agenti intervennero dopo una segnalazione da parte di un vicino che aveva udito le urla provenienti dall'abitazione.

Profilo Psichiatrico

Dal momento dell'arresto, Mohamed manifestò segni di disturbo psicotico, caratterizzato da deliri persecutori-megalomaniaci. Nelle interazioni, rifiutava l'uso dell'interprete, preferendo esprimersi in italiano o inglese. Nel corso del tempo, emersero affermazioni deliranti riguardanti il suo ruolo divino e il bisogno di compiere ulteriori omicidi, fornendo uno spaccato inquietante della sua condizione mentale. In un post su Facebook, Mohamed aveva dichiarato: "Io sono Allah, non posso avere un padre perché sono io il generatore di ogni cosa, senza inizio né fine, al di sopra delle leggi umane". Questa affermazione riflette una distorsione della realtà e un'identificazione delirante con una divinità, manifestazione del disturbo psicotico in atto. Un altro elemento preoccupante emerso dalle sue dichiarazioni è la negazione della paternità della sua vittima, attribuendola invece a *Iblīs*³, il diavolo, descritto come un terrorista e trafficante di esseri umani. Questa spiegazione, ancorata alle credenze dell'Islam sulla

³ Nome proprio del diavolo (non epiteto come *ashshaitān* "il satana") nel Corano e quindi nell'islamismo. *Treccani online*. www.treccani.it/vocabolario.

figura di Iblīs, sottolinea la complessità delle distorsioni mentali di Mohamed. La sua presunta missione di dover "uccidere ancora 17 persone" aggiunge un elemento di pericolosità a questo scenario, richiedendo un'attenzione particolare da parte degli operatori sanitari e giudiziari. Il profilo Facebook di Mohamed rivelava ulteriori dettagli preoccupanti. La sua presentazione come "God, the one god, the eternal" fa eco ai versi del Corano, ma con una tinta distorta. I suoi post deliranti su governi internazionali e le denunce farneticanti di attività di cyberterrorismo suggeriscono una crescente disconnessione dalla realtà e una condizione delirante florida. Le immagini di demoni pubblicate, apparentemente legate a un gioco online, e il profilo in ombra con foto al negativo del suo volto indicano un'ulteriore immersione nelle sfere deliranti e oscure della sua mente. Le dichiarazioni di Mohamed su Facebook rivelano una mente gravemente disturbata, con deliri di grandezza e una distorsione della realtà di stampo persecutorio.

Anamnesi Familiare

Mohamed e la sua famiglia sono di origini egiziane. Il padre di Mohamed emigrò in Italia per motivi economici qualche anno prima, mentre la madre e la sorella rimasero in Egitto. Nel 2019, dopo aver svolto il servizio militare, Mohamed si trasferì a Trieste grazie al supporto del padre. A distanza di un anno, iniziarono le misure di contenimento per il Covid-19, incluso il *lockdown*. Il periodo di isolamento durante la pandemia contribuì al peggioramento della sua condizione, impedendogli di proseguire gli studi universitari che aveva intrapreso e che aveva l'intenzione di completare.

Episodio Traumatico:

Dal 2011, la penisola del Sinai è stata teatro di vari conflitti nel corso degli anni, caratterizzati dalla presenza di gruppi armati, attività terroristiche e operazioni militari. Tra questi, *Wilayat Sinai*, un gruppo successivamente affiliatosi allo Stato Islamico (IS) nel Sinai, ha concentrato i suoi attacchi sulla polizia e sull'esercito egiziani fin dalla sua creazione, in risposta alla soppressione repressiva delle forze di sicurezza egiziane nei confronti dei gruppi islamisti.

In questo conflitto, l'esercito statale egiziano si è impegnato e ha subito consistenti perdite umane, compresi i soldati arruolati per la leva obbligatoria. Mentre i militanti

dell'IS vengono addestrati nella guerriglia, nella guerra nel deserto, nel combattimento di casa in casa, con eventuali esperienze militare in altri contesti (in Siria, Afghanistan, Iraq e Libia), la maggior parte delle forze combattenti d'Egitto è composta da reclute che hanno trascorso solo 45 giorni nei campi d'addestramento.

Il confluito in corso nel Sinai, può aver contribuito alla formazione di un'esperienza altamente stressante e traumatica.

Durante il servizio di leva in Sinai durante un'azione militare, due suoi compagni persero la vita. A questo si aggiunge la cultura militare, che potrebbe aver contribuito a nascondere segni di debolezza o vulnerabilità, lasciando Mohamed a lottare con il peso emotivo del suo passato senza adeguate risorse di sostegno. Inoltre, il contesto militare, in particolare nell'esercito egiziano, spesso non prevede un adeguato supporto psicologico per affrontare i traumi legati alla guerra. Il trauma, ancorato all'uccisione dei suoi compagni, potrebbe essere stato un catalizzatore per lo sviluppo della sua psicosi, fungendo da meccanismo difensivo per affrontare percezioni interiori laceranti e destrutturanti. La mente di Mohamed, cercando di elaborare l'orrore vissuto, potrebbe essersi difesa attraverso il delirio e l'identificazione distorta con il divino.

Presa in Carico e Trattamento

In seguito alla valutazione presso la casa circondariale di Trieste, Mohamed fu ricoverato presso il SPDC di Trieste. Il trattamento farmacologico è stato essenziale fin dall'inizio, consentendo di esplorare, superata la fase di massima floridità del delirio, gli snodi di un possibile percorso di recupero. Riconosciuto incapace per infermità di mente al momento del fatto e socialmente pericoloso, gli veniva applicata una misura di sicurezza detentiva in REMS.

Attualmente assume un antipsicotico in monoterapia. I colloqui individuali si svolgono in italiano; ora ammette di aver ucciso il padre, ma rimane molto chiuso e distante affettivamente. In generale, racconta poco di sé e rispetto al passato. Partecipa alle attività di vita quotidiana in REMS, viene coinvolto e svolge volentieri il riassetto della propria camera, della tavola per i pasti, partecipa a sessioni di ginnastica dolce quotidiana, segue lezioni di italiano a cadenza settimanale. Per evitare la perdita di rapporti con i familiari, viene organizzata una telefonata a settimana in Egitto con la

mamma e la sorella. È stato avviato a un percorso di formazione ed inserimento lavorativo esterno alla REMS con una ditta che lavora in appalto con il comune, supervisionato dai nostri operatori 15 ore a settimana. Il lavoro è stato sempre un valore per lui e ha un significato fortemente identitario.

Questioni aperte ed evoluzione del vissuto degli Operatori

A distanza di quasi due anni dalla presa in carico, è innegabile che la terapia farmacologica e relazionale, con valenza psicoterapeutica, abbia provocato un cambiamento sostanziale delle sue condizioni psichiche, anche se certamente non completo e risolutivo in un quadro psicopatologico con caratteristiche proprie della schizofrenia paranoide. È possibile che si sia scompensato progressivamente dopo il suo arrivo in Italia, nel confronto con un mondo così diverso da quello in cui aveva vissuto? E che i traumi riportati nella lotta contro il terrorismo e nella vita di caserma siano stati trigger di uno sviluppo psicotico (valenza difensiva da laceranti e destrutturanti percezioni interiori)?

Il vissuto sviluppato dagli operatori nei confronti di un autore di un reato così grave come il parricidio va sempre tenuto in debita considerazione, e vanno create le condizioni in cui possa essere verbalizzato, condiviso ed elaborato nel corso delle riunioni di equipe con tutto lo staff. Sia nel contesto del ricovero in SPDC che nella REMS, si è dato ampio spazio a momenti a tale scopo dedicati. In tale modo, abbiamo potuto osservare una evoluzione nel tempo dei vissuti degli operatori coinvolti. Si è passati dal timore per possibili episodi di aggressività alla diffidenza verso le manifestazioni comportamentali di Mohamed, anche quelle non necessariamente negative o connotate da aggressività, perché l'efferatezza dell'omicidio rimane presente, seppur sullo sfondo, e condiziona emotivamente i giudizi degli operatori. Superata la diffidenza, si è giunti a valutare in maniera meno emotiva e razionale la presenza dei fattori di rischio aggressività, aggiornata e scevra da pregiudizi. Infine, è subentrata l'empatia, resa possibile dal fatto che Mohamed, cominciando ad essere più aderente su un piano di realtà, iniziava a relazionarsi in maniera più congrua. L'ulteriore passaggio

è riuscire ad avere uno sguardo compassionevole sull'altro e un atteggiamento di cura più caldo e sensibile alla sua sofferenza.

Conclusioni:

Le storie descritte narrano un percorso attraverso l'esperienza di gravi traumi, delirio e la possibilità di ripresa. Nel caso di Abdou, le gravi violenze e i lutti subiti hanno contribuito allo sviluppo di sintomi psicotici e PTSD in modo acuto, e l'intervento precoce potrebbe aver contribuito alla risoluzione dei sintomi psicotici. Nel caso di Mohamed, la combinazione di vari fattori, tra cui il contesto migratorio, il servizio militare traumatico, la pandemia e trattamenti specifici più tardivi, ha plasmato la sua esperienza.

La presa in carico di entrambi i casi descritti rappresenta ancora una sfida. Per Abdou, dopo la remissione dei sintomi acuti, non siamo a conoscenza delle strade che ha intrapreso nella ricerca dei diritti e nella possibilità di rifarsi una vita. Nel caso di Mohamed, gli sforzi per comprenderlo e supportarlo indicano una prospettiva di speranza e cambiamento.

REFERENCES

Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati. Agosto 2018. *“L’UNHCR esorta la Grecia a far fronte al sovraffollamento nei centri di accoglienza sulle isole dell’Egeo”*. <https://www.unhcr.org/it/notizie-storie/notizie/lunhcr-esorta-la-grecia-far-fronte-al-sovrappollamento-nei-centri-accoglienza-sulle-isole-dellegeo/>

Braakman MH, Kortmann FA, van den Brink W. 2019. *“Validity of 'post-traumatic stress disorder with secondary psychotic features': a review of the evidence. Acta Psychiatrica Scandinavica.”*.119(1):15-24. Epub 2008/09/04.

Correale A. 2013. “*La Trasmissione del Trauma, Quaderni di Cultura Junghiana*”. N.2

Derlet O, Deschietere G. Settembre 2019. “*Providing psychiatric healthcare to asylum seekers: reflections and challenges*”. [Psychiatr Danub.](#) 31(Suppl 3):395-399.

Gentry, C. Novembre 2018. “*The Sinai Insurgency, Part 2: Islamists and Militants.*” International Review. <https://international-review.org/the-sinai-insurgency-part-2-islamists-and-militants/>

McIntosh I. Story GW. 2021. “*BMJ Case Rep*”. 14:e235384. doi:10.1136/bcr-2020-235384

Médecins Sans Frontières (MSF) – Greece. Giugno 2021. “*Constructing crisis at Europe’s borders*”. Report. https://www.medicisenzafrontiere.it/wp-content/uploads/2021/06/MSF_Greece-report_EN.pdf

Müller LRF, Grossmann K, Hartmann F, Büter KP, Rosner R, Unterhitzberger J. Luglio 2019. “*1-year follow-up of the mental health and stress factors in asylum-seeking children and adolescents resettled in Germany*”. [BMC Public Health.](#) 8;19(1):908. doi: 10.1186/s12889-019-7263-6.

Shahenda N. Febbraio 2019. “*Sinai is our Vietnam’: Horror stories Egyptian soldiers tell from the front line*”. Middle East Eye. <https://www.middleeasteye.net/news/sinai-our-vietnam-horror-stories-egyptian-soldiers-tell-front-line>

Simano-Tov M, Bodas M, Wang A, Alkan M, Adini B. Settembre 2019. “*Impact of traumatic events incurred by asylum-seekers on mental health and utilization of medical services*”. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 6;27(1):85. doi: 10.1186/s13049-019-0665-8.

Spocci C. Giugno 2021. “*Il Sinai resta una polveriera* “. Limes, [La questione israeliana - n°5 - 2021](#)

Turner R. Luglio 2019. “*Migrants and refugees: improving health and well-being in a world on the move*”. PLoS Med: e1002876. Doi: 10.1371/journal.pmed.1002876.