

RIPETUTI TENTATIVI DI SUICIDIO IN UNA ADOLESCENTE RECENTEMENTE MIGRATA.

Poggioli DG*, Mancaruso A.**, Chiodo S.*, Costa S.* Ponzellini G.***

*Neuropsichiatra Infantile, **Psicologa,***Psicologa Borsista; UOS Psichiatria e Psicoterapia Età Evolutiva Area Dipartimentale NPIA- Dipartimento Salute Mentale AzUSL Bologna.

Introduzione

Presentiamo la storia clinica di Carola, adolescente incontrata poco dopo il suo arrivo in Italia per gesti suicidari e stati simil-allucinatori. Carola era arrivata in Italia, da Lima, da soli sei mesi quando si è presentata insieme alla madre all’UOS di Psichiatria e Psicoterapia Età Evolutiva Area Dipartimentale NPIA- Dipartimento Salute Mentale AzUSL Bologna. Aveva raggiunto la madre che era in Italia da sei anni. ***La presentazione clinica è l’occasione per una sintetica revisione della letteratura sui fattori di rischio, difficoltà diagnostiche, terapeutiche e prognostiche che possono interessare i minori migranti.***

Rispetto alla prevalenza, con una valutazione che si limita agli accessi al DH-PPEE, abbiamo osservato che di 17 minori seguiti nel 2010 per comportamenti suicidari, 7 sono di recente arrivo in Italia (**41.2% mentre la percentuale di adolescenti stranieri 15-19 anni residenti a Bologna è di 13.4%**). Per le modalità con le quali i minori giungono al servizio, tutti i tentativi di suicidio sono gravati da importanti conseguenze sanitarie, infatti, prima di accedere alle cure psichiatriche sono stati ricoverati in medicina d’urgenza. Sappiamo che i comportamenti suicidari rappresentano il segnale di un grave stato di disagio e sono caratterizzati dalla frattura tra resilienza ed eventi stressanti. Quando un adolescente, come nel caso che descriveremo e nella quasi totalità dei casi di adolescenti migranti in cura nel nostro servizio per tentato suicidio (TS), raggiunge i genitori o più spesso la madre, dopo una separazione perché è stato lasciato indietro nel percorso migratorio (“left behind” children) incontra una molteplicità di difficoltà che lo rendono, nella prima fase del suo inserimento, particolarmente fragile. Questo, forse, spiega perché in quest’ultimo periodo al nostro servizio gli ultimi adolescenti arrivati per un TS sono di origine Moldava, infatti, pur essendo un gruppo nazionale che si colloca solo al sesto posto per residenti a Bologna, è al primo posto per numero di arrivi in questi ultimi due anni. Il problema dei minori lasciati a casa dai genitori per migrazione economica (le difficoltà maggiori si registrano quando è la madre a partire) riguarda non solo migrazioni tra paesi diversi (molto noti e ricchi di implicazioni gli studi svolti nelle Filippine dove il problema interessa oltre il 27% dei minori) ma anche all’interno di uno stesso paese, ad esempio, vi sono numerosi studi cinesi che riguardano migrazioni da aree rurali a città con i minori rimasti a casa che evidenziano, nei minori, notevoli disagi psichici ed un aumento del TS. (1) ***Il ricongiungimento dopo una lunga separazione è spesso fonte di amare delusioni e violente reazioni.*** Madre e figli non si riconoscono reciprocamente e non riescono a superare immagini idealizzate favorite dalla distanza e dalla nostalgia. Inoltre spesso la condizione economica e sociale del genitore è assai più precaria di quanto il figlio non si sarebbe aspettato, obbliga l’adulto ad impegnarsi molto nel lavoro e a non essere quindi così disponibile come al figlio sarebbe necessario. (2) Le ricerche dedicate a minori migranti che hanno compiuto un gesto suicidario non sono molto numerose, Colucci E. e Martin G. hanno analizzato 82 ricerche (tra il 1966 ed il 2007) dedicate alle problematiche suicidarie di minori con specifica attenzione alla dimensione etnoculturale (4-5). Tra queste non vi sono ricerche specificamente condotte su adolescenti che hanno compiuto gesti suicidari e recentemente migrati. Per altro nella review non si ricavano informazioni certe rispetto all’influenza della dimensione etnoculturale sia per i fattori di rischio che per quelli protettivi, ovvero le condizioni di rischio note per gruppi di adolescenti caucasici sono considerate parimenti significative per gruppi con caratteristiche etnoculturali diverse. Diversi ricercatori ed anche gli autori del lavoro citato sottolineano i limiti metodologici di molti studi prodotti dedicati allo spettro suicidario e fattori etnoculturali. Alcuni limiti segnalati riguardano gli strumenti utilizzati, altri le modalità con le quali è stato individuato il campione della ricerca o anche il fatto di non aver considerato variabili importanti come luogo e condizioni socio economiche. Molti autori consigliano l’introduzione di tecniche di ricerca qualitativa in questo ambito per arrivare a definire più accuratamente gli strumenti quantitativi. (5-6) Sull’importanza della dimensione socioeconomica si deve poi ricordare come i suicidi (e le manifestazioni suicidarie di conseguenza) hanno una maggiore prevalenza tra la popolazione meno ambiente, come evidenziato da un lavoro svolto in Australia su un campione maschile analizzato tra il 1979 ed il 2003. Si evidenzia come globalmente la prevalenza del suicidio, nel gruppo studiato, si sia ridotto a partire dal 1998, ma questo solo tra le classi economiche medie ed alte mentre le classi di livello economico basso non presentano riduzione ma piuttosto un aumento del suicidio.(7) ***Indipendentemente dalle ricerche quantitative vi sono alcuni aspetti che vengono normalmente sottolineati come importanti da numerosi esperti e che riguardano il “fenomeno della migrazione” piuttosto che le caratteristiche etnoculturali del gruppo migrante. (8-9)*** In particolare numerosi autori ci ricordano come nella pratica clinica si incontrano adolescenti, figli di migranti, che esprimono la loro sofferenza sotto forme molteplici: attacchi violenti come tentativi di suicidio, crisi di angoscia, accessi di pensiero delirante ma anche passaggi all’atto delinquenziali o ancora patologie che si traducono direttamente sul corpo (mutilazioni, marchiature del corpo ecc.). Molti hanno constatato che il bisogno di traumi ricorre fortemente nei figli di migranti e che si integra con la psicopatologia dell’esilio. L’esilio è spesso un trauma vissuto dai genitori e trasferito ai figli (nel caso di minori nati o vissuti prevalentemente nel paese di immigrazione) e le esperienze traumatiche degli adolescenti vanno nella direzione di una definizione dell’**identità**, a volte attraverso uso di droghe, costituzione di nuovi gruppi, rifiuto della cultura dominante. Gli adolescenti a causa della migrazione si trovano spesso nella situazione di conoscere le logiche del mondo esterno meglio dei propri genitori come se diventassero loro genitori dei propri genitori così insieme ai problemi di identità dobbiamo considerare quelli di affiliazione.

La storia di Carola

Carola è arrivata per una consultazione in Agosto 2008. L’invio era motivato da un importante disagio psicologico segnalato dalla madre e dalla minore stessa caratterizzato da: fenomeni dissociativi, instabilità emotiva, precedenti tentativi di suicidio, fughe da casa e comportamenti promiscui con due IVG. La richiesta di aiuto psichiatrico era stata caldeggiata anche dai colleghi del servizio sociale a cui la madre si era rivolta per facilitare l’inserimento in Italia della figlia. Tutti gli interventi svolti a favore della minore sono stati discussi con i colleghi del servizio sociale e la collaborazione è stata intensa e fruttuosa. In questi casi le necessità sono così numerose ed è così importante che tutte vengano almeno affrontate che non potrebbe essere immaginato un intervento da parte di un singolo servizio, almeno per la nostra organizzazione.

Dalla consultazione è emersa la presenza di un Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS) legato ad eventi del recente passato (IGV, morte violenta del fratello, perdita della nonna materna e più recentemente separazione dai famigliari per il trasferimento in Italia) insieme ad una rilevante instabilità emotiva ed aspetti depressivi. Si è anche evidenziata una difficoltà relazionale con la madre, per altro, comprensibile come conseguenza della una lunga separazione. Infatti, la madre nel 2003, dopo la definitiva separazione dal padre di Carola, aveva lasciato il Perù per venire a lavorare in Italia ed aveva affidato i figli alla propria madre oltre che al padre naturale. Il padre della minore, pur importante per Carola, era, però, spesso assente per motivi di lavoro.

Ricostruendo la storia clinica di Carola si evidenziano vari momenti di disagio psicologico con aspetti depressivi ed instabilità emotiva precedenti il suo arrivo in Italia e per queste difficoltà Carola riferisce di aver assunto, in Perù, una terapia farmacologica.

Dopo sei mesi dal suo arrivo in Italia, Carola, è stata iscritta al primo anno di una scuola professionale per moda. Si sono evidenziate precocemente difficoltà linguistiche tali da rendere il percorso scolastico estremamente difficile. Insieme al difficoltoso apprendimento si sono manifestate anche problematiche relazionali con litigi accesi e caratterizzati da scontri fisici con altre ragazze straniere della stessa scuola.

Successivamente le è stato proposta una formazione professionale ma anche questa è stata abbandonata rapidamente. Le relazioni sociali sono state prevalentemente coltivate nell’ambito dei connazionali a dispetto dei desideri della madre che spesso ha cercato di scoraggiare queste amicizie avanzando il sospetto si trattasse di persone pericolose e delinquenziali. Durante il percorso di cura specialmente, nella prima fase, si sono verificate numerose fughe da casa. Le fughe sono state interpretate, in equipe, come momenti di “evitamento psichico” di situazioni emotivamente inaccettabili per la minore. Le fughe stesse hanno rappresentato oltre che un serio rischio per la minore, infatti, durante una di queste ha subito diverse violenze, anche una continua frattura nel suo percorso terapeutico. Molti episodi di fuga e anche gravi atti autolesivi (in un caso si è procurata un profondo taglio del polso sinistro) sono avvenuti in situazioni di stato di coscienza alterato da uso di alcolici.

In occasione di un litigio particolarmente acceso con la madre vi è stato un allontanamento famigliare d'emergenza. Carola è stata accolta presso la comunità di prima accoglienza “La Ginestra”. Carola durante il suo soggiorno in comunità è stata in grado di stabilire, con alcuni operatori, un discreto rapporto ed ha mostrato di potersi adattare alle regole di base. Inoltre, ha riallacciato un rapporto più sereno con la madre come se la relativa lontananza abbia favorito un dialogo meno conflittuale tra loro. La separazione è durata un breve periodo e poi Carola è tornata a casa. Dopo circa un anno dall’arrivo di Carola vi è stato il ricongiungimento famigliare per la sorella ed il fratello più piccoli: ha rappresentato un momento di difficoltà, per i conflitti che si sono verificati ma, nel tempo, una risorsa importante. Nello stesso periodo si è verificata una nuova IVG. E’ stata una decisione sofferta e legata anche alla decisa opposizione da parte del fidanzato e della madre di Carola alla possibilità di portare avanti la gravidanza. Nei mesi successivi è osservato un progressivo miglioramento della condizione psichica di Carola con una evidente maggiore stabilità e scomparsa delle cadute depressive. I comportamenti di fuga, gli agiti aggressivi e gli eccessi alcoolici sono scomparsi lasciando posto alla possibilità di dialogo e trattativa con la madre e con il fidanzato. In Ottobre 2009 ha scoperto di essere nuovamente in gravidanza e questa volta ha deciso, convincendo fidanzato e madre, che avrebbe portato a termine la gravidanza, cosa che ha fatto con la nascita di una bambina. Più recentemente ha ripreso la formazione professionale come parrucchiera in precedenza abbandonata.

Discussione Conclusioni

Come abbiamo visto, Carola, adolescente di origine Peruviana, ha presentato diversi tentativi di suicidio dopo il suo arrivo in Italia. Per altro, negli ultimi due anni si è assistito, per problematiche relative a problemi dello spettro suicidario, ad un aumento di richieste d’intervento a favore di adolescenti recentemente arrivati in Italia per ricongiungimento famigliare. Anche se non abbiamo dati globali, dal nostro osservatorio, si evidenzia una elevata incidenza dei comportamenti suicidari nel gruppo dei minori stranieri. Che si tratti di un gruppo a rischio è noto, vi sono diversi studi dedicati. Possiamo distinguere la letteratura scientifica tra studi dedicati ai comportamenti suicidari e caratteristiche etnoculturali oppure letteratura dedicata più in generale alle problematiche che si determinano con la migrazione. Rispetto a Carola le risposte più significative le abbiamo trovate in questo secondo ambito. Un’ipotesi per spiegare l’elevata prevalenza dei comportamenti suicidari nel gruppo di minori migranti rimanda ai problemi di identità che sono in primo piano nella migrazione e che possono evidenziarsi con manifestazioni dissociative (hanno un’elevata incidenza in questo gruppo come tra gli adolescenti con comportamenti suicidari). Nel caso di Carola abbiamo sia sintomi più specificamente definibili all’interno dei “Disturbi dissociativi non altrimenti specificati” (le voci dei bambini che giocano nella sua camera) che comportamenti di disadattamento (promiscuità sessuale, furti, abuso di alcool, risse, autolesionismo, tentativi di suicidio) legati alla duplice fatica di creare condizioni di sintonia con la madre e con l’ambiente. **Terapia:** Rispetto ad adolescenti con problematiche simili nel caso di Carola i cambiamenti sono stati rapidi e progressivi. Il trattamento che abbiamo proposto a Carola ed alla sua famiglia è stato nel rispetto del nostro protocollo (psicoterapia individuale e di gruppo, colloqui di sostegno alla funzione genitoriale, terapia farmacologica in alcune fasi particolarmente difficili, imponente intervento educativo). Tra le proposte terapeutiche quella che Carola ha utilizzato con maggiore entusiasmo ed utilità è stato l’intervento educativo. Poi i colloqui psicologico-psichiatrico al “bisogno” , si sono osservati significativi limiti per l’intervento farmacologico, la psicoterapia, sia individuale che di gruppo-psicodramma. Per le psicoterapie le difficoltà, più genericamente, sono state legate alla lingua ed alla necessità di rispettare i giorni e gli orari stabiliti. Queste osservazioni sono specifiche all’esperienza fatta con Carola e non generalizzabili, infatti, altri adolescenti migranti, pur con difficoltà linguistica, hanno utilizzato efficacemente l’esperienza psicoterapica. Probabilmente le sollecitazioni psicoterapiche erano lontane dalle necessità più prossime di Carola ed in questo senso non ritenute utili.

Evoluzione: l’evento che abbiamo individuato come un momento di cambiamento più significativo è stato legato alla decisione di portare a termine la gravidanza.

In precedenza vi erano state tre IVG e tra queste il vano tentativo di convincere Carola ad intraprendere una terapia anticoncezionale. Quest’ultimo aspetto era particolarmente complesso, nel caso di Carola, per ragioni legate all’età e per ragioni culturali. Per le ragioni culturali possiamo ricordare che mentre le IVG tra le donne italiane sono in continua riduzione hanno una elevata incidenza tra le donne migranti, nel caso della Lombardia, le IVG di donne straniere rappresentano il 34% del totale ed in certi ospedali oltre il 40-45%. (11). La decisione di portare avanti la gravidanza è stata motivata da Carola dicendo: *“Tutte le mie amiche a Lima hanno già uno o due figli, perché io non posso?”*. Durante la gravidanza, pur con aiuti, Carola ha seguito tutte le indicazioni mediche ed ha evitato situazioni stressanti. Dopo il parto ha dimostrato grande attenzioni per la sua bambina ed una indubbia competenza. La gravidanza si è verificata nel percorso di individuazione di Carola e l’ha nettamente rinforzato.

Certo, pur risolvendo molte delle sue difficoltà personali, non ha risolto quelle socioeconomiche. Il compagno di Carola lavora da molti anni ma non possono però permettersi una loro casa e devono cercare di contenere le spese. Carola in un’occasione ha ancora provato a cercare scorciatoie e comprando da un venditore burlone una “borsa magica” (anche se riempita di merce provvista di sistema anti taccheggio la borsa avrebbe dovuto evitare che suonasse l’allarme all’uscita dal centro commerciale) l’ha sperimentata riuscendo ad ottenere per sé e la sorella una denuncia per furto. Anche in questo caso è riuscita con l’aiuto della madre e dei servizi ad evitare il peggio. Rispetto alla formazione che ha deciso di riprendere Carola è in linea con i percorsi scolastici che più frequentemente vengono scelti da minori stranieri vedi tabelle 1-2-3. I dati riportati destano qualche preoccupazione sociale. Carola continua ad essere aiutata dal servizio di NPI e dal servizio sociale; presenta un’evoluzione favorevole a dispetto di quello che era sembrato un grave Disturbo di Personalità Borderline, questo ci ricorda come si debba essere prudenti nelle valutazioni diagnostiche.

Bibliografia

1 Gao Y, Li LP, Kim JH, Congdon N, Lau J, Griffiths S. The impact of parental migration on health status and health behaviours among left behind adolescent school children in China. BMC Public Health. 2010 Feb 3;10:56.

2 Francesca Mazzucchelli pag 282 in Gustavo Pietropoli Charmet, Piotti Antonio Uccidersi Il tentativo di suicidio in adolescenza Cortina Raffaello 2009

3 Colucci E, Martin G. Ethnocultural aspects of suicide in young people: a systematic literature review part 2: Risk factors, precipitating agents, and attitudes toward suicide. Suicide Life Threat Behav. 2007 Apr;37(2):222-37.

4 Colucci E, Martin G. Ethnocultural aspects of suicide in young people: a systematic literature review part 1: Rates and methods of youth suicide. Suicide Life Threat Behav. 2007 Apr;37(2):197-221.

5 Colucci E. "Focus groups can be fun": the use of activity-oriented questions in focus group discussions. Qual Health Res. 2007 Dec;17 (10):1422-33.

6 Colucci E, Kelly CM, Minas H, Jorm AF, Chatterjee S. Mental Health First Aid guidelines for helping a suicidal person: a Delphi consensus study in India. Int J Ment Health Syst. 2010 Feb 19;4:4.

7 Page A, Morrell S, Taylor R, Carter G, Dudley M. Divergent trends in suicide by socio-economic status in Australia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2006 Nov;41(11):911-7. Epub 2006 Sep 1.

8 pag 65 e seguenti in Marie Rose Moro, Quitterie De La Noë, Yoram Mouchenik, Thierry Baubet, *Manuale di psichiatria transculturale. Dalla clinica alla società.* Trad. di Giulia Magnani. Milano: Franco Angeli, 2009. Ed. orig.: *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social.* Grenoble, France: Editions La pensée Sauvage, 2006 ;1^a ed.: 2004

9 pag 243 e seguenti in Beneduce Roberto Etnopsichiatria Carrocci 2007

10 Thierry Baubet, Claudia Bruni, Marie Rose Moro pag 277 e seguenti in Marie Rose Moro et al volume già citato.

11 Ida Finzi pag 146 e seguenti in: Marie Rose Moro et al volume già citato

